

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ



«УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ГИНЕКОЛОГИИ»

(для студентов бакалавриата)

Область образования: 140000 -Здравоохранение

Направление образования: 60910200 -Лечебное дело

Ташкент -2024 г

Авторы:

Доцент кафедры: Акушерства и гинекологии Ташкентской Медицинской Академии д.м.н. Ан А.В., Соавторы: Аманбаева Ф.Б., Раджабова Н.Ш.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии в семейной медицине, д.м.н. профессор Нажмутдинова Д.К.

Заведующая кафедрой «Акушерства и гинекологии-2» ЦРПКМР д.м.н. профессор Каримова Ф.Д.

Учебное пособие по гинекологии представляет собой комплексный ресурс, предназначенный для студентов медицинских вузов, врачей-ординаторов в области акушерства и гинекологии. В нем освещаются основные темы, такие как анатомия и физиология женской репродуктивной системы, диагностика и лечение гинекологических заболеваний и вопросы профилактики, а также современные подходы к репродуктивному здоровью. Пособие включает клинические рекомендации, алгоритмы действий, иллюстрации и примеры из практики, что делает его полезным как для теоретического изучения, так и для практического применения в медицинской деятельности.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Введение	6
Глава №1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция	7
Глава №2. Нарушение менструального цикла	16
2.1. Аменорея	16
2.2. Гипоменструальный синдром	23
2.3. Задержка функционального и полового развития у девочек и молодых женщин.....	25
Глава №3. Аномальные маточные кровотечения.....	31
Глава №4. Кровотечение в первой половине беременности	40
4.1.Аборты	41
4.2. Эктопическая беременность	42
4.3. Пузырный занос	51
Глава №5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии	58
Глава №6. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов	80
Глава №7. Миома матки	108
7.1. Эндометриоз	115
Глава №8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.....	128
8.1.Киста и кистома яичников.....	136
Глава №9. Аномалия развития и неправильное положение женских половых органах.....	145
9.1. Методы медико-генетической диагностики гинекологических заболеваний	149

9.2. Генитальные аномалии девочек, подростков и молодых женщин.....	153
9.3. Синдром Кюстнера-Рокитанского.....	157
Ответы к тестам	162
Глоссарий	163
Список литературы	165

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД — артериальное давление

БПКЯ — болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталя)

ВЗОМТ — воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

ВМК — внутриматочный контрацептив

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ВПЧ — вирус папилломы человека

ГнРГ — гонадотропин-рилизинг-гормон (гонадолиберин, люлиберин)

ДМК — дисфункциональное маточное кровотечение

ЗГТ — заместительная гормональная терапия

ИМТ — индекс массы тела

ИППП — инфекции, передаваемые половым путем

КОК — комбинированные оральные контрацептивы

КПИ — кариопикнотический индекс

КТ — компьютерная томография

ЛГ — лютеинизирующий гормон

МРТ — магнитно-резонансная томография

МЦ — менструальный цикл

НПВС — нестероидные противовоспалительные лекарственные средства

ПМС — предменструальный синдром

ППР — преждевременное половое развитие

ПЦР — полимеразная цепная реакция

РС — репродуктивная система

СанПиН — санитарные правила и нормы

СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита

СПКЯ — синдром поликистозных яичников

ТТГ — тиреотропный гормон

УЗИ — ультразвуковое исследование

ФАП — фельдшерско-акушерский пункт

ФСГ — фолликулостимулирующий гормон

ХГЧ — хорионический гонадотропный гормон человека

ЦИН — цервикальная интраэпителиальная неоплазия

ЦРБ — центральная районная больница

ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение

ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие по гинекологии представляет собой незаменимый инструмент для всех, кто интересуется женским здоровьем и стремится развить свои знания в этой области. Это учебное пособие по гинекологии создано с целью помочь студентам и молодым врачам разобраться в сложных вопросах женского здоровья. Указом Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года №УП–60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы» определены задачи по совершенствованию системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, оснащению перинатальных центров необходимой медицинской техникой и оборудованием, их укомплектованию квалифицированными кадрами.

Мы собрали для вас самую актуальную информацию о гинекологических заболеваниях, методах диагностики и лечения, а также о профилактике и поддержании репродуктивного здоровья. Вместе мы пройдем через все этапы жизни женщины - от подросткового возраста до менопаузы, познакомимся с особенностями беременности и родов, а также обсудим важные вопросы контрацепции и сексуального здоровья.

В предлагаемое учебно-методическое пособие включены темы по нормальному менструальному циклу, его регуляции, функциональным нарушениям механизмов регуляции; методам исследования, применяемым в гинекологической практике и внематочной беременности. Материал изложен в краткой форме, с использованием современных данных.

Мы надеемся, что данное учебное пособие станет надежным источником знаний для всех, кто интересуется гинекологией и стремится к повышению квалификации в этой области.

Глава № 1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция

Менструальный цикл – это ритмически повторяющийся биологический процесс, подготавливающий организм женщины к беременности.

Менструация – это ежемесячные, циклически появляющиеся маточные кровотечения. Первая менструация (менархе) чаще появляется в 12-13 лет (+/- 1,5-2 года). Менструация прекращается чаще в 45-50 лет.

Менструальный цикл условно определяют от первого дня предыдущей до первого дня следующей менструации.

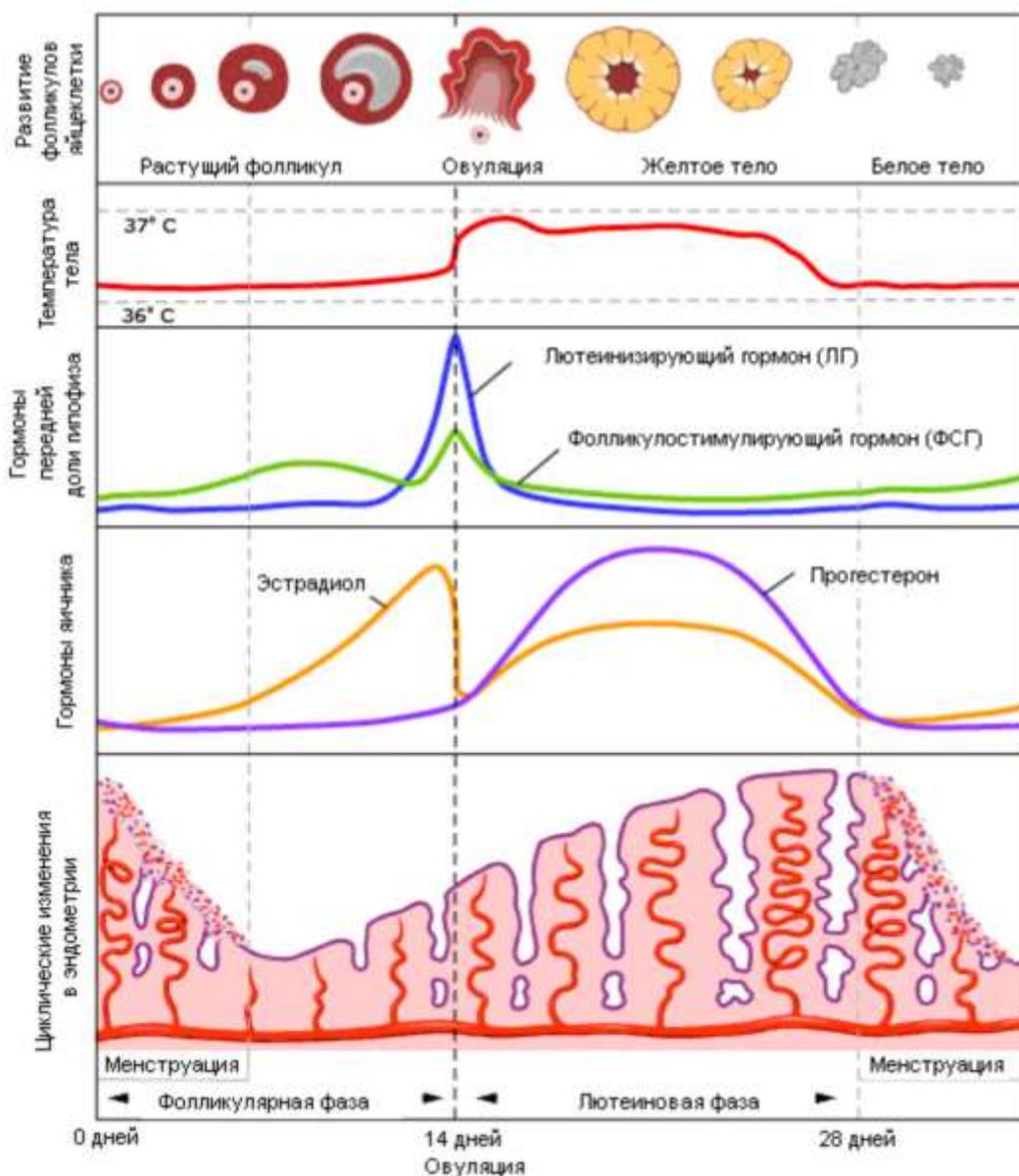


Рисунок 1.1. Менструальный цикл

Физиологический менструальный цикл характеризуется:

1. Двухфазностью.
2. Продолжительностью не менее 22 и не более 35 дней (у 60% женщин – 28-32 дня). Менструальный цикл продолжительностью менее 22 дней называется антепонирующий, более 35 дней – постпонирующий.
3. Постоянной цикличностью.
4. Продолжительностью менструации 2-7 дней.
5. Менструальной кровопотерей 50-150 мл.
6. Отсутствием болезненных проявлений и нарушений общего состояния организма.

Регуляция менструального цикла.

В регуляции менструального цикла участвует 5 звеньев:

- кора головного мозга.
- гипоталамус.
- гипофиз.
- яичники.
- матка.

- I. Экстрагипоталамические церебральные структуры воспринимают импульс из внешней среды и интерорецепторов и передают их с помощью нейротрансмиттеров (систему передатчиков нервных импульсов) в нейросекреторные ядра гипоталамуса.

К нейротрансмиттерам относятся: дофамин, норадреналин, серотонин, индол и новый класс морфиноподобных опиоидных нейропептидов – эндорфины, энкефалины, донорфины.

- II. Гипоталамус играет роль пускового механизма. Ядра гипоталамуса вырабатывают гипофизарные гормоны (рилизинг-гормоны) – либерины.

Выделен, синтезирован и описан рилизинг-гормон лютеинизирующего гормона гипофиза (РГЛГ, люлиберин). РГЛГ и его синтетические аналоги обладают способностью стимулировать выделение как ЛГ, так и ФСГ гипофизом. Для гипоталамических гонадотропных либеринов принято единое название РГЛГ.

Рилизинг-гормоны через специальную сосудистую (портальную) кровеносную систему попадают в переднюю долю гипофиза.

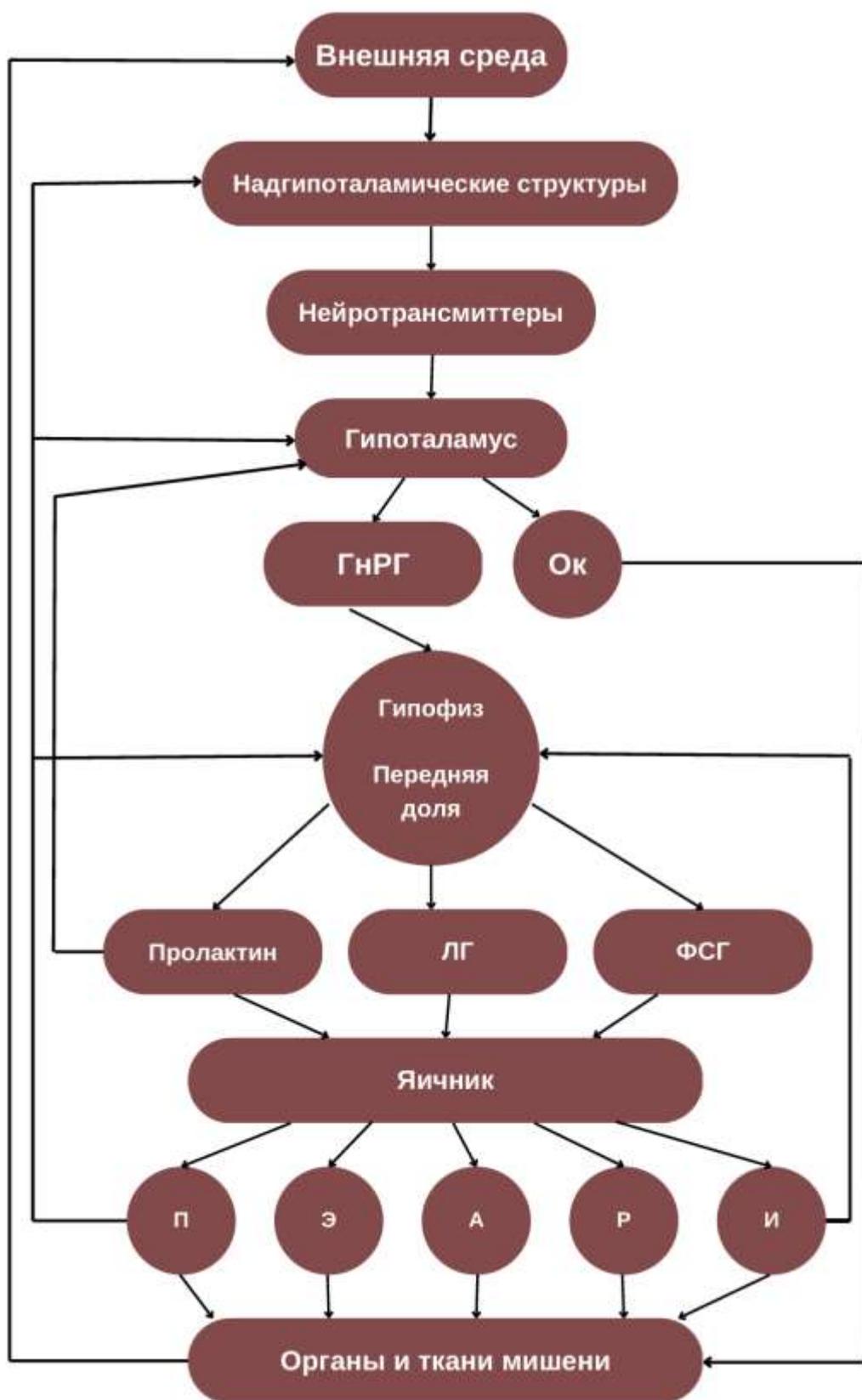


Рисунок 1.2. Функциональная структура репродуктивной системы: нейротрансмиттеры– дофамин, норадреналин, серотонин; опиоидные пептиды;β–эндорфины, энкефалин; Ок–окситоцин; П–прогестерон; Э–

эстрогены; А – андрогены; Р – релаксин; И – ингибин; I – V – уровни регуляции репродуктивной системы.

III. Гипофиз – это третий уровень регуляции.

Гипофиз состоит из **аденогипофиза** (передняя доля) и **нейрогипофиза** (задняя доля).

Аденогипофиз секретирует тропные гормоны:

Гонадотропные гормоны:

- ЛГ – лютеинизирующий гормон
- ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
- ПРЛ - пролактин

Тропные гормоны

- СТГ – соматотропин
- АКТГ – кортикотропин
- ТТГ – тиротропин.

Фолликулостимулирующий гормон стимулирует рост, развитие и созревание фолликула в яичнике. С помощью лютеинизирующего гормона фолликул начинает функционировать – синтезировать эстрогены, без ЛГ не происходит овуляции и образования желтого тела. Пролактин совместно с ЛГ стимулирует синтез прогестерона желтым телом, основная его биологическая роль – рост и развитие молочных желез и регуляция лактации. Пик ФСГ отмечается на седьмой день менструального цикла и овуляторный пик ЛГ – к четырнадцатому дню.

IV. Яичник выполняет две функции:

- 1) **генеративную** (созревание фолликулов и овуляция).
- 2) **эндокринную** (синтез стероидных гормонов – эстрогенов и прогестерона).

В обоих яичниках при рождении девочки содержится до 500 млн. примордиальных фолликулов. К началу подросткового периода вследствие атрезии их количество уменьшается вдвое. За весь репродуктивный период жизни женщины созревает только около 400 фолликулов.

Яичниковый цикл состоит из двух фаз:

1 фаза – фолликулиновая

2 фаза – лютеиновая

Фолликулиновая фаза начинается после окончания менструации и заканчивается овуляцией.

Лютеиновая фаза начинается после овуляции и заканчивается при появлении менструации.

С седьмого дня менструального цикла в яичнике одновременно начинают расти несколько фолликулов. С седьмого дня один из фолликулов опережает в развитии остальные, к моменту овуляции достигает в диаметре 20-28 мм., имеет более выраженную капиллярную сеть и носит название доминантного. Доминантный фолликул содержит яйцеклетку, полость его заполнена фолликулярной жидкостью. К моменту овуляции объем фолликулярной жидкости увеличивается в 100 раз, в ней резко возрастает содержание эстрадиола (E₂), подъем уровня которого стимулирует выброс ЛГ гипофизом. Фолликул развивается в первую фазу менструального цикла, которая продолжается до 14-го дня, а затем происходит разрыв созревшего фолликула – овуляция.

Во время овуляции через образовавшееся отверстие выливается фолликулярная жидкость и выносит ооцит, окруженный клетками лучистой короны. Неоплодотворенная яйцеклетка через 12-24 часа погибает. После ее выброса в полость фолликула быстро вырастают формирующиеся капилляры, гранулезные клетки подвергаются лютеинизации – образуется желтое тело, клетки которого синтезируют прогестерон. При отсутствии беременности желтое тело трансформируется в белесоватое тело. Стадия функционирования белесоватого тела равна 10-12 дням, а затем происходит обратное развитие, регрессия.

Гранулезные клетки фолликула продуцируют эстрогены:

- Эстрон (E₁)
- Эстрадиол (E₂)
- Эстриол (E₃)

Желтое тело продуцирует прогестерон:

Прогестерон подготавливает эндометрий и матку к имплантации оплодотворенной яйцеклетки и развитию беременности, а молочные железы – к лактации; подавляет возбудимость миометрия. Прогестерон обладает анаболическим действием и обуславливает повышение ректальной температуры во вторую фазу менструального цикла.

В яичнике синтезируются андрогены:

- андростендион (предшественник тестостерона) в количестве 15 мг/сут.
- дегидроэпиандростерон
- дегидроэпиандростерона сульфат

В гранулезных клетках фолликулов образуется белковый гормон ингибин, тормозящий выделение ФСГ гипофизом, и белковые вещества местного действия – окситоцин и релаксин. Окситоцин в яичнике способствует регрессу желтого тела. В яичнике также образуются простагландины, которые участвуют в овуляции.

V. Матка – это орган-мишень для гормонов яичника.

В маточном цикле выделяют 4 фазы:

1. Фаза десквамации
2. Фаза регенерации
3. Фаза пролиферации
4. Фаза секреции

Фаза **пролиферации** начинается регенерацией функционального слоя эндометрия и заканчивается к 14-му дню 28-дневного менструального цикла с полным развитием эндометрия. Она обусловлена влиянием ФСГ и эстрогенов яичника.

Фаза **секреции** продолжается с середины менструального цикла до начала очередной менструации. Если в данном менструальном цикле беременность не наступает, то желтое тело подвергается обратному развитию, это приводит к падению уровня эстрогенов и прогестерона. Возникают кровоизлияния в эндометрий; происходит его некроз и отторжение функционального слоя, т.е. наступает менструация (**фаза десквамации**).

Циклические процессы под влиянием половых гормонов происходят и в других органах – мишенях, к которым относятся трубы, влагалище, наружные половые органы, молочные железы, волосяные фолликулы, кожа, кости, жировая ткань. Клетки этих органов и тканей содержат рецепторы к половым гормонам.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какой из гормонов является основным регулятором овуляции?
 - A) Пролактин
 - B) Лютеинизирующий гормон (ЛГ)
 - C) Эстроген
 - D) Кортизол
2. В какой фазе менструального цикла происходит рост эндометрия?
 - A) Фолликулярная
 - B) Овуляторная
 - C) Лютеиновая
 - D) Постовуляторная
3. Что стимулирует секрецию гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ)?
 - A) Низкий уровень эстрогенов
 - B) Высокий уровень прогестерона
 - C) Стабильный уровень кортизола
 - D) Секреция пролактина
4. Какая продолжительность нормального менструального цикла считается физиологической?
 - A) 20–25 дней
 - B) 21–35 дней
 - C) 28–40 дней
 - D) 30–45 дней
5. Какая структура яичника отвечает за выработку прогестерона в лютеиновой фазе?
 - A) Граафов фолликул
 - B) Желтое тело
 - C) Теки-фолликулы
 - D) Фолликулярная клетка
6. Что происходит в организме женщины при повышении уровня ФСГ в начале цикла?
 - A) Созревание доминантного фолликула
 - B) Ингибирование овуляции

- C) Выработка прогестерона
- D) Увеличение толщины эндометрия

7. Какие изменения наблюдаются в базальной температуре тела во время овуляции?

- A) Снижение
- B) Резкое повышение
- C) Постепенное повышение
- D) Не изменяется

8. Что из перечисленного является основной функцией эстрогенов?

- A) Стабилизация уровня прогестерона
- B) Обеспечение овуляции
- C) Регуляция роста эндометрия
- D) Угнетение секреции ФСГ

9. Что стимулирует пик лютеинизирующего гормона (ЛГ)?

- A) Овуляцию
- B) Резорбцию эндометрия
- C) Угнетение созревания фолликула
- D) Секрецию пролактина

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Опишите механизмы гормональной регуляции менструального цикла, включая роль гипоталамуса, гипофиза и яичников.

2. Каковы основные этапы изменения эндометрия в течение нормального менструального цикла? Обоснуйте их функциональную значимость.

3. Какие изменения происходят в организме женщины в период овуляции? Опишите физиологические признаки и методы определения этого периода.

4. Расскажите о роли ФСГ и ЛГ в регуляции репродуктивной функции. Как нарушение их уровня влияет на менструальный цикл?

Глава №2. Нарушения менструального цикла.

2.1. Аменорея.

Аменорея - это отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более у женщин 16-45 лет.



Рисунок 2.1. Аменорея

Физиологическая аменорея:

- во время беременности
- во время лактации
- до периода полового созревания
- в постменопаузе

Патологическая аменорея является симптомом многих генитальных и экстрагенитальных заболеваний.

- **Истинная аменорея**, при которой отсутствуют и менструация и циклические процессы в организме
- **Ложная аменорея (криптоменорея)** – отсутствие внешних проявлений, т.е. менструального кровотечения (при наличии

циклических процессов в организме): это бывает при атрезии девственной плевы, цервикального канала, влагалища и других пороках развития женской половой системы.

Истинная аменорея

Первичная аменорея: — это отсутствие менструаций у девушки в возрасте 16 лет и старше (менструаций никогда не было).

Первичная аменорея

1. гипогонадотропная аменорея.

Клиника:

- У больных отмечаются евнухоидные признаки телосложения
- Гипоплазия молочных желез с жировым замещением железистой ткани
- размеры матки и яичников соответствуют возрасту 2-7 лет

Лечение: гормонотерапия гонадотропными гормонами и циклическая терапия комбинированными оральными контрацептивами 3-4 месяца.

2. Первичная аменорея на фоне симптомов вирилизации – это **врожденный адреногенитальный синдром (АГС)**. При этом синдроме имеется генетически обусловленные нарушения синтеза андрогенов в коре надпочечников.
3. Первичная аменорея при нормальном фенотипе может быть обусловлена пороками развития матки, влагалища – **синдромом тестикулярной феминизации.**

Синдром тестикулярной феминизации – редкая патология (1 случай на 12000-15000 новорожденных). Входит в число моногенных мутаций – изменение одного гена приводит к врожденному отсутствию фермента 5 α -редуктазы, превращающей тестостерон в более активный дегидротестостерон.

- Кариотип у больных – 46 ху.
- При рождении отмечается женский тип строения наружных половых органов
- Влагалище короткое, слепое
- Гонады у 1/3 больных расположены в брюшной полости, у 1/3 – в паховых каналах, а у остальных – в толще половых губ. Иногда наблюдается врожденная паховая грыжа, в которой содержится яичко.
- Фенотип взрослых больных – женский.

- Молочные железы развиты хорошо. Соски недоразвиты, слабо выражены околососковые поля. Половое и подмышечное оволосение не выявлено.

Лечение: хирургическое (удаление неполноценных тестикул) в возрасте 16-18 лет после завершения роста и развития вторичных половых признаков.

4. **Дисгенезия гонад** (генетически обусловленный порок развития яичников)

Из-за количественного и качественного дефекта половых хромосом не происходит нормальное развитие яичниковой ткани и на месте яичников формируются соединительнотканые тяжи, а это обуславливает резкую недостаточность половых гормонов.

Дисгенезия гонад имеет 3 клинические формы:

1. Синдром Шерешевского-Тернера
2. «Чистая» форма дисгенезии гонад
3. Смешанная форма дисгенезии гонад

Синдром Шерешевского-Тернера

- Кариотип 45 х;
- 45 х/ 46 у;
- 45 х/ 47 ххх.

Половой хроматин не определяется или резко снижен. В крови значительно понижен уровень гонадотропных гормонов и снижено содержание яичниковых гормонов.

Клиника:

- У больных отмечается низкая масса тела при рождении
- Крыловидные складки на шее
- Пороки развития сердца, крупных сосудов, почек
- Отставание в росте
- Множественные нарушения строения скелета
- Остеопороз
- Низко посаженные уши
- Высокое верхнее нёбо
- Низкая линия роста волос на шее
- Вальгусная установка коленных и локтевых суставов
- Синдактилия и другие.
- Вторичные половые признаки не появляются.

«Чистая» форма дисгенезии гонад

Характеризуется женским фенотипом, нормальным или высоким ростом при отсутствии или недоразвитии молочных желез, скудном вторичном оволосении. Наружные и внутренние половые органы недоразвиты.

Кариотип 46xx или 46ху, половой хроматин отрицательный. На месте гонад – соединительнотканые тяжи.

При **смешанной форме дисгенезии гонад** соматические аномалии отсутствуют; отмечаются признаки вирилизации. На месте яичников с одной стороны обнаруживается соединительнотканый тяж, с другой – дисгенетическое яичко. Кариотип чаще всего 45х/ 46у или мозаицизм, половой хроматин отрицательный.

Лечение:

С 13-14 лет начинают лечение эстрогенами непрерывно до увеличения молочных желез и появления менструальноподобной реакции. Затем назначают комбинированные оральные контрацептивы длительно и продолжают в репродуктивном возрасте.

При смешанной форме дисгенезии гонад – лечение хирургическое (удаление гонад) для того, чтобы избежать развития злокачественных опухолей.

Вторичная аменорея.

1. **Психогенная аменорея** (стресс-аменорея) связана с нарушениями на уровне коры головного мозга.

Под влиянием стрессового выброса больших доз АКТГ, эндорфинов, нейротрансмиттеров уменьшаются и даже блокируются образование и выделение гонадолиберинов и гонадотропинов.

Клиника:

- Аменорея
- Астеноневротический, астенодепрессивный, астеноипохондрический синдромы

Лечение:

- Антидепрессанты
- Нейролептики
- Витамины группы В, А, Е
- Гомеопатические препараты.

2. Гипоталамическая аменорея

1. Аменорея на фоне потери массы тела появляется у девушек и женщин, применяющих диету бедную белками
2. Аменорея при нервной анорексии встречается у молодых женщин, девочек-подростков с неустойчивой нервной системой, после тяжелых психических конфликтов.

Лечение: психотерапия, калорийное питание, циклическая гормонотерапия.

3. Аменорея при ложной беременности – это появление симптомов беременности у женщин, которые очень хотят иметь детей.

Лечение: психотерапия, седативные средства. Менструальный цикл восстанавливается самостоятельно через 1-3 месяца.

3. Гипоталамо-гипофизарная аменорея

1. **Гиперпролактинемия** – увеличение образования пролактина гипофизом с повышением его уровня в крови.

Выделяют:

- Физиологическую гиперпролактинемию (беременность, лактация)
- Патологическую гиперпролактинемию:

а) функциональную

б) органическую

Функциональная гиперпролактинемия:

- При функциональных нарушениях в системе регуляции синтеза пролактина
- При гипотиреозе
- При длительной лекарственной терапии психотропными препаратами, нейролептиками, гормонами, комбинированными оральными контрацептивами
- При стрессах
- При некоторых формах гиперандрогении
- После длительной лактации
- После абортов

Клиника:

- Вторичная аменорея
- Спонтанная галакторея
- Бесплодие
- Снижение либидо

- Отмечается умеренная гипоплазия матки и иногда нагрубание молочных желез.

Гиперпролактинемия органического характера обусловлена пролактиномой (пролактинсекретирующая опухоль гипофиза).

При этом отмечается аменорея-галакторея и бесплодие.

В клинике выделяют следующие синдромы:

1. Аменорею-галакторею, связанную с беременностью и родами (синдром Киари-Фроммеля)
2. Идиопатическую аменорею-галакторею (синдром Аргонца-дель Кастильо)
3. Аменорею-галакторею опухолевого генеза (синдром Форбса-Олбрайта)

Лечение:

- При больших аденомах гипофиза – хирургическое лечение
- Для лечения функциональной гиперпролактинемии и пролактином гипофиза применяется парлодел (бромкриптин), достинекс.

- При явлениях гипотиреоза лечение проводят тиреоидными гормонами.
-

2. **Гипогонадотропная аменорея** – это врожденная недостаточность гипоталамо-гипофизарной системы (15-20 % больных).

Характеристика:

- Выявляется низкое содержание гонадотропных гормонов и эстрадиола в крови.
- Отмечаются нормальные показатели пролактина, тестостерона, кортизола в крови.

Лечение:

-комбинированные оральные контрацептивы для восстановления менструальноподобной реакции

3. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихана).

4. Аменорея при акромегалии и гигантизме обусловлена гиперпродукцией соматотропина.

Если заболевание возникло до периода полового созревания – развивается гигантизм; после окончания – акромегалия.

Лечение:

- Гормональная терапия большими дозами эстрогенов, которые приостанавливают чрезмерный рост
- Для восстановления менструального цикла показано назначение комбинированных оральных контрацептивов в течение 3-4 месяцев.
-

5. Аменорея при болезни Иценко-Кушинга связана с избыточной продукцией кортикотропина (при базофильной аденоме гипофиза, травме черепа, энцефалите)

Характерно:

- Ожирение с отложением жира в области лица (лунообразное лицо багрово-красного цвета), шеи, верхней половины туловища и живота, непропорционально худые конечности.

Лечение: Для нормализации менструальной функции назначают комбинированные эстроген-гестагенные препараты типа оральных контрацептивов в 21-дневном режиме 4-5 месяцев

6. Надпочечниковая форма аменореи.

1. Постпубертатный адреногенитальный синдром.
2. Вирилизующая опухоль надпочечников.

7. Яичниковая форма аменореи:

1. Синдром истощения яичников (или преждевременный климакс, преждевременная менопауза). Возникает у женщины моложе 38 лет.

Лечение: циклическая гормонотерапия, оральные контрацептивы с малым содержанием эстрогенов.

2. Синдром резистентных яичников

Клиника:

- Вторичная аменорея
- Бесплодие

Лечение: циклическая гормонотерапия эстроген-гестагенными препаратами типа оральных контрацептивов с содержанием эстрогенов не более 0,03 мг. Назначают по 1/2 или 1/4 таблетки в день – длительно.

8. Маточная форма аменореи

- в результате патологического процесса в эндометрии.
- синдром Ашермана – наличие внутриматочных синехий

Лечение:

- хирургическое (разрушение синехий путем выскабливания под контролем гистероскопии),
- циклическая гормонотерапия,
- Гомеопатические препараты.

Ложная аменорея.

Криптоменорея – отсутствие оттока менструальной крови при наличии циклических процессов в организме.

Причины – пороки развития женской половой системы

- атрезия девственной плевы
- атрезия цервикального канала
- атрезия влагалища

Лечение данных пороков – хирургическое.

2.2. Гипоменструальный синдром.

Гипоменструальным синдромом называют нарушение менструального цикла, выражающееся ослаблением менструаций. Существуют следующие разновидности гипоменструального синдрома:

–**гипоменорея**(уменьшение количества менструальной крови до 25 мл и меньше);

–**олигоменорея**(продолжительность менструации уменьшена до двух и менее дней);

–**опсоменорея**, или брадименорея (запаздывающие менструации с удлинённым интервалом - 5 - 8 недель)

–**спаниоменорея** (крайне редкие менструации - 2-4 раза в год).

Наиболее часто встречается сочетание различных форм гипоменструального синдрома: гипо- и олигоменорея; гипо- и опсоменорея и др. Нередко гипоменструальный синдром предшествует аменорее.

Различают гипоменструальный синдром **первичный**(если менструации с самого начала носили ослабленный характер), и **вторичный**(развившийся после ранее нормальных менструаций).

Факторами, ведущими к ослаблению менструаций, являются неблагоприятные условия жизни, ухудшающие общее состояние организма, инфантилизм, нарушение функции желез внутренней секреции, острые и хронические инфекционные заболевания, интоксикации и другие факторы, которые приводят к гипофункции яичников, а пониженная секреция половых гормонов обуславливает недостаточность кровообращения матки и неполноценность циклических превращений эндометрия.

Причиной скудных (гипоменорея) и коротких (опсоменорея) менструаций является недостаточная локальная рецептивность; гипоплазия половых органов, особенно, если она сопровождается недостаточностью яичников; неполноценность эндометрия, развивающаяся после воспалительных процессов (например, туберкулеза) или после оперативных вмешательств, уменьшающих площадь эндометрия (дефундация матки) или разрушающих его (чрезмерное выскабливание).

Причиной редких, запаздывающих менструаций(опсо- или брадименорея) является нарушение корреляции в системе ЦНС - гипофиз - яичники, механизм которой недостаточно выяснен. Удлинение фолликулиновой фазы может быть вызвано последовательным созреванием одного за другим нескольких фолликулов, которые, не достигая овуляции, атрезируются, пока, наконец, в одном из следующих фолликулов наступает овуляция.

Первичный гипоменструальный синдромнаблюдается при аномалиях развития полового аппарата, связанных с недостаточной половой дифференциацией, с явлениями вирилизации, при гипоплазии половых органов, инфантилизме, астении и др.

Вторичный гипоменструальный синдромразвивается чаще в результате нарушения функции желез внутренней секреции, при инфекционных и

длительных истощающих заболеваниях, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и кровеносных органов, при воспалительных заболеваниях полового аппарата, а также после травмы матки (чрезмерное выскабливание) или яичников. Гипоменструальный синдром нередко наблюдается в периоде полового созревания, а также в предклимактерическом и климактерическом периоде.

При скудных менструациях (гипоменорея) менструальное кровотечение носит характер "следов" или капель крови. Менструальный цикл может быть нормальным, двухфазным, часто с хорошо выраженной лютеиновой фазой. Однако нередко гипоменорея сопровождается олигоменореей (продолжительность менструации менее 1-2 дней).

Гипо- и олигоменорея часто предшествует аменорее.

Опсоменорея обычно выражается следующими формами:

1. Двухфазный менструальный цикл с удлиненной фолликулиновой и нормальной лютеиновой фазами. Фазы созревания фолликула и овуляции замедлены, что является причиной замедления секреции ФСГ. Овуляция наступает между 17-м и 30-м днями.
2. Двухфазный менструальный цикл с удлиненной фолликулиновой и сокращенной лютеиновой фазами. Овуляция поздняя, желтое тело неполноценное, с выраженной лютеиновой недостаточностью, в эндометрии отмечается железисто-кистозная гиперплазия.
3. Двухфазный менструальный цикл с нормальной фолликулиновой и удлиненной лютеиновой фазами. Эта форма нарушения цикла встречается редко.

Диагноз гипоменструального синдрома основывается на тщательном клиническом исследовании, лабораторных данных и результатах функционального исследования. В зависимости от тяжести заболевания лечение может включать общеукрепляющие мероприятия и физиотерапевтические процедуры, усиливающие кровоснабжение органов малого таза, использование гормональных и иммуностимулирующих препаратов.

2.3. Задержка функционального и полового развития у девочек и молодых женщин.

Задержка полового развития (ЗПР) - состояния, когда отсутствуют или явно недоразвиты все вторичные половые признаки, а в 15-16 лет нет менструации. Обычно является следствием нарушения правильных взаимоотношений между различными звеньями, регулирующими процесс

полового созревания. При этом может иметь место недоразвитие или отсутствие всех основных вторичных половых признаков (развитие молочной железы, волосистость в области лобка и подмышечных впадин, менструации) или же только отсутствие менархе.

Классификация ЗПР по уровням поражения звеньев репродуктивной системы:

а) половое недоразвитие центрального генеза:

1) гипоталамическое - связано с поражением гипоталамуса опухолевого или воспалительного характера.

а. при половом недоразвитии без ожирения девочки чаще отстают в росте и имеют другие соматические нарушения, нередко присутствуют симптомы, характерные для опухоли головного мозга (гемиплегии, изменения глазного дна, зрительные нарушения). Половое недоразвитие сопровождается отсутствием или резким снижением гонадотропных гормонов, 17-кетостероидов и эстрогенов. Лечение может быть эффективным при своевременном устранении причины.

б. при половом недоразвитии, сопровождающемся ожирением, характерно свойственное соматическое развитие (достаточная длина тела с большими конечностями, развитые мышцы, широкий таз, кожа без волос и другие дефекты развития) при отсутствии отставания в умственном развитии (синдром Пехранца-Бабинского-Фрелиха).

2) гипофизарное - сопровождается или обусловлено дефицитом гонадотропных гормонов. Отмечается гипоплазия молочных желез и нередко полное отсутствие менструаций (если и встречаются менструальноподобные кровотечения, то они имеют ановуляторный характер). При временном гипофизарном евнухоидизме (нервной анорексии) вторичные половые признаки и общесоматическое развитие могут уже быть выражены, если гонадотропная функция гипофиза прекращается в период полового созревания. При этом отсутствуют менструации, волосы в лобковой и подмышечной областях частично выпадают, происходит резкое похудение. Такое состояние часто развивается при конфликтных ситуациях. Целенаправленная терапия, устраняющая причинные факторы, может привести к улучшению.

б) идиопатическая ЗПР, обусловленная тяжелыми болезнями - может быть обусловлено причинами конституционального или наследственного характера, а также различными болезнями, отрицательно влияющими на состояние всего организма. Если вторичные половые признаки у девочки не появляются до 13-15 лет, ее следует тщательно обследовать (антропо-

метрические исследования, определение содержания в крови яичниковых и надпочечниковых гормонов, развитие костей, изучение состояния других органов и систем). Если не выявляются другие формы полового недоразвития и не найдено определенных изменений со стороны эндокринных желез или других органов, проводится лечение хориальным гонадотропином или половыми стероидными гормонами. Наряду с этим показана общеукрепляющая терапия, а самое главное — устранение факторов, обусловивших эту патологию.

в) половое недоразвитие периферического генеза (яичниковое) - отсутствие полового развития яичникового генеза обусловлено деструкцией яичников или, что более часто, различными формами дисгинезии гонад

Гонадные формы задержки полового развития являются, как правило, следствие дисгинезии гонад из-за врожденного де-фекта половых хромосом, при этом выделяют типичную форму дисгинезии гонад (синдром Шерешевского-Тернера), чистую форму дисгинезии гонад (синдром Свайера) и смешанную форму.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Что относится к первичной аменорее?
 - A) Отсутствие менструации в течение 3 месяцев
 - B) Отсутствие менструации до 16 лет при отсутствии вторичных половых признаков
 - C) Менструация с интервалом более 35 дней
 - D) Ациклические маточные кровотечения

2. Какая из причин относится к гипергонадотропной аменорее?
 - A) Недостаток секреции гонадолиберина
 - B) Поликистоз яичников
 - C) Синдром истощения яичников
 - D) Синдром Ашермана

3. К чему приводит недостаток жировой ткани у подростков?
 - A) Гипергонадизм
 - B) Гипогонадотропная аменорея
 - C) Гиперэстрогения
 - D) Ускоренное половое созревание

4. Какое состояние относится к ложной аменорее?

- A) Синдром Ашермана
 - B) Дисгенезия гонад
 - C) Атрезия влагалища
 - D) Синдром Каллманна
5. Какая классификация задержки полового развития существует?
- A) Органическая, функциональная, гормональная
 - B) Центрального, периферического, соматогенного генеза
 - C) Первичная и вторичная
 - D) Истинная и ложная
6. Какой генетический синдром характеризуется аносмией и вторичной аменореей?
- A) Синдром Каллманна
 - B) Синдром Ашермана
 - C) Синдром Шерешевского-Тернера
 - D) Синдром Лоренса-Муна-Бардета-Биддля
7. Что не является проявлением гипоменструального синдрома?
- A) Олигоменорея
 - B) Меноррагия
 - C) Гипоменорея
 - D) Опсоменорея
8. Какой синдром проявляется врожденной гипоплазией гипофиза?
- A) Синдром Ашермана
 - B) Синдром Лоренса-Муна-Бардета-Биддля
 - C) Синдром Шихана
 - D) Синдром пустого турецкого седла
9. При каком состоянии отмечается задержка роста и недоразвитие вторичных половых признаков?
- A) Нервная анорексия
 - B) Синдром Ашермана
 - C) Ожирение
 - D) Гиперэстрогения

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Опишите различия между первичной и вторичной аменореей. Приведите примеры причин для каждого из типов.

2. Объясните механизмы развития гипоменструального синдрома и его основные клинические проявления.

3. Какие причины и патогенез лежат в основе задержки полового развития? Как классифицируются эти состояния?

4. Расскажите о диагностике и лечении синдрома Ашермана. Какие методы визуализации применяются?

5. Объясните, как стрессовые ситуации могут вызывать гипогонадотропную аменорею.

III. Ситуационные задачи

Задача №1

Девушка 16 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструации. При осмотре: рост 152 см, вес 38 кг, признаки гипоплазии молочных желез, отсутствие роста волос на лобке и в подмышечных впадинах. УЗИ показывает гипоплазию матки и яичников.

1. Какие исследования помогут определить причину аменореи?
2. Какой наиболее вероятный диагноз?
3. Какую стратегию лечения следует выбрать?

Задача №2

Женщина 32 лет с регулярным циклом в анамнезе жалуется на отсутствие менструации в течение 8 месяцев. В анамнезе — выскабливание полости матки после самопроизвольного аборта. УЗИ выявляет истончение эндометрия и внутриматочные синехии.

1. Какие методы диагностики помогут подтвердить диагноз?
2. Каковы возможные осложнения данного состояния?
3. Какие методы лечения целесообразны в данном случае?

Задача №3

Девушка 14 лет жалуется на отсутствие менструации. При осмотре: нормальный рост, нормальное телосложение, выраженные вторичные половые признаки. УЗИ показывает наличие матки, но обструкция влагалища.

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какие методы диагностики и лечения должны быть использованы?
3. Какие долгосрочные рекомендации можно дать пациентке?

Глава №3. Аномальные маточные кровотечения.

В основе первичных и вторичных нарушении менструального цикла основная роль принадлежит гипоталамическим факторам, согласно схеме: половое созревание это процесс становления ритма секреции люлиберина от полного его отсутствия (в пременархе) с последующим постепенным нарастанием частоты и амплитуды импульсов до установления ритма взрослой женщины. В *начальной стадии* уровень секреции РГ-ГТ недостаточен для наступления менархе, затем для овуляции, а позже для образования полноценного желтого тела.

Вторичные формы нарушения менструального цикла у женщин, протекающие по типу недостаточности желтого тела, ановуляции, олигоменореи, аменореи, рассматриваются как стадии одного патологического процесса, проявления которого зависит от секреции люлиберина. В поддержании ритма секреции ГТ ведущая роль принадлежит эстрадиолу и прогестерону.

Таким образом, синтез гонадотропинов (ГТ) контролируется гипоталамическими ГнРГ и периферическими стероидами яичников по механизму положительной и отрицательной обратной связи. Примером отрицательной обратной связи является усиление выделения ФСГ в начале менструального цикла в ответ на снижение уровня эстрадиола. Под влиянием ФСГ происходит рост и созревание фолликула: пролиферация клеток гранулезы; синтез рецепторов ЛГ на поверхности клеток гранулезы; синтез ароматаз, участвующих в метаболизме андрогенов в эстрогены; содействие овуляции совместно с ЛГ. Под влиянием ЛГ происходит синтез андрогенов в тека-клетках фолликула; синтез эстрадиола в клетках гранулезы доминантного фолликула; стимуляция овуляции; синтез прогестерона в лютеинизированных клетках гранулезы.

Овуляция осуществляется при достижении максимального уровня эстрадиола в преовуляторном фолликуле, который по механизму положительном обратной связи стимулирует преовуляторный выброс ЛГ и ФСГ гипофизом. Овуляция происходит через 10-12 часов после пика ЛГ или через 24-36 часов после пика эстрадиола. После овуляции клетки гранулезы подвергаются лютеинизации с образованием желтого тела, под влиянием ЛГ, секретирующего прогестерон.

Структурное Формирование желтого тела завершается к 7-му дню после овуляции, в течение этого периода наблюдается непрерывное нарастание концентрации половых гормонов в крови.

После овуляции во II фазу цикла происходит увеличение концентрации прогестерона в крови по сравнению с базальным уровнем (4-5-й день

менструального цикла) в 10 раз. Для диагностики нарушений репродуктивной функции производят определение во II фазу цикла концентрации гормонов в крови: прогестерона и эстрадиола, совместное действие этих гормонов обеспечивает подготовку эндометрия к имплантации blastocyst; половых стероидсвязывающих глобулинов (ПССГ), синтез которых происходит в печени под влиянием инсулина, тестостерона и эстрадиола. В связывании половых стероидов принимают участие альбумины. Иммунологический метод исследования гормонов крови основан на определении активных форм стероидных гормонов, не связанных с белками.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) - принято называть любые кровянистые маточные выделения вне менструации или патологическое менструальное кровотечение (более 7-8 суток по продолжительности более 80 мл по объему кровопотери за весь период менструации).

В 2011 году, Международная ассоциация акушеров и гинекологов предложила универсальную классификацию PALM-COIN, которая учитывает причину кровопотери.

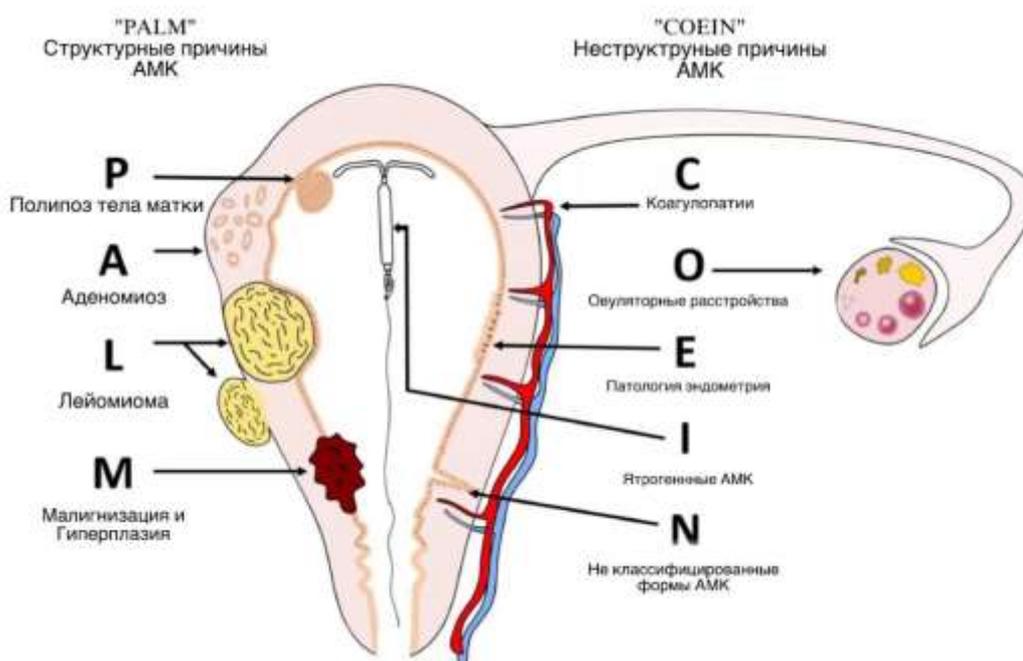


Рисунок 3.1. Классификацию PALM-COIN: P – полипоз тела матки; A – аденомиоз; L – лейомиоматоз, единичная лейомиома; M – малигнизация, злокачественный процесс или разрастание (гиперплазия) эндометрия. C – нарушения свертываемости крови, коагулопатии; O – овуляторные расстройства, нарушение функции яичников; E – патология эндометрия; I – вызванные врачебной деятельностью, ятрогенные АМК; N – другие, не классифицированные формы аномальных маточных кровотечений.

АМК могут быть симптомами разнообразной патологии репродуктивной системы или соматических заболеваний. Наиболее часто маточные кровотечения являются клинической манифестацией следующих заболеваний и состояний:

1. *Беременность (маточная и внематочная, а также трофобластическая болезнь).*
2. *Миома матки (субмукозная или интерстициальная миома с центрипитальным ростом узла).*
3. *Онкологические заболевания (рак матки).*
4. *Воспалительные заболевания половых органов (эндометриты).*
5. *Гиперпластические процессы (полипы эндометрия и эндоцервикса).*
6. *Эндометриоз (аденомиоз, наружный генитальный эндометриоз)*
7. *Применение контрацептивов (ВМС).*
8. *Эндокринопатии (синдром хронической ановуляции - СПКЯ)*
9. *Соматические заболевания (заболевания печени).*
10. *Заболевания крови, в том числе коагулопатии (тромбоцитопении, тромбоцитопатии, болезнь Виллебранда, лейкопения).*
11. *Дисфункциональные маточные кровотечения.*

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) - нарушения менструальной функции, проявляющиеся маточными кровотечениями (меноррагия, метроррагия), при которых не обнаруживаются выраженных изменений в половых органах. В основе их патогенеза лежат функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной регуляции менструального цикла, в результате чего изменяется ритм и уровень выделения гормонов, формируется ановуляция и нарушение циклических превращений эндометрия.

Таким образом, в основе ДМК лежит нарушение ритма и продукции гонадотропных гормонов и гормонов яичников. ДМК всегда сопутствуют морфологические изменения в матке.

ДМК - всегда диагноз исключения

В общей структуре гинекологических заболеваний ДМК составляет 15-20%. Большинство случаев ДМК происходят за 5-10 лет до менопаузы или после менархе, когда репродуктивная система находится в нестабильном состоянии.

Менструальная функция регулируется корой головного мозга, надгипоталамическими структурами, гипоталамусом, гипофизом, яичниками маткой. Это сложная система с двойной обратной связью, для ее нормального функционирования необходимо слаженная работа всех звеньев.

Основным моментом в механизме функционирования эндокринной системы, регулирующей менструальный цикл, является – овуляция, большинство ДМК происходят на фоне ановуляции.

ДМК являются наиболее частой патологией менструальной функции, характеризуются рецидивирующим течением, приводят к нарушению репродуктивной функции, развитию гиперпластических процессов в матке и молочных железах. Рецидивирующие ДМК приводят к снижению социальной активности и ухудшению качества жизни женщины, сопровождаясь психическими (неврозы, депрессия, нарушение сна) и физиологическими отклонениями (головные боли, слабость, головокружение вследствие анемии).

ДМК представляют собой полиэтиологическое заболевание, которое, является особым типом реагирования репродуктивной системы на воздействие повреждающих факторов.

Маточные кровотечения в зависимости от возраста женщины различают:

- 1. Ювенильные или пубертатные кровотечения – у девочек в период полового созревания.*
- 2. Пременопаузальные кровотечения в возрасте 40-45 лет.*
- 3. Климактерические – 45-47 лет;*
- 4. Постменопаузальные - кровотечения у женщин климактерического возраста через год и более после менопаузы, наиболее частой причиной являются опухоли матки.*

По состоянию менструальной функции:

- Меноррагии
- Метроррагии
- Менометроррагии

Этиология и патогенез ДМК сложны и многогранны.

Причины ДМК:

- психогенные факторы и стресс
- умственное и физическое переутомление
- острые и хронические интоксикации и профессиональные вредности
- воспалительные процессы малого таза
- нарушение функции эндокринных желез.

В патогенезе маточных кровотечений принимают участие следующие механизмы:

1. *Нарушение сократительной активности матки при миоме, эндометриозе, воспалительных заболеваниях;*
2. *Нарушения в сосудистом обеспечении эндометрия, причинами которых могут быть гиперпластические процессы эндометрия, гормональные нарушения;*
3. *Нарушение тромбообразования у больных с дефектами системы гемостаза, особенно в микроциркуляторно-тромбоцитарном звене, с образованием меньшего числа тромбов, по сравнению с нормальным эндометрием, а также в результате активации фибринолитической системы;*
4. *Нарушение регенерации эндометрия при снижении гормональной активности яичников или из-за внутриматочных причин.*

Выделяют 2 большие группы маточных кровотечений:

I. Овуляторные (обусловленные спадом прогестерона). В зависимости от изменений в яичниках выделяют следующие 3 типа ДМК:

- а. Укорочение первой фазы цикла;
- б. Укорочение второй фазы цикла - гиполютеинизм;
- в. Удлинение второй фазы цикла - гиперлютеинизм.

II. Ановуляторные маточные кровотечения, обусловленные спадом эстрогенов (персистенция фолликулов и атрезия фолликулов).

Маточное кровотечение всегда возникает на фоне спада уровня стероидных гормонов.

Овуляторные ДМК	Ановуляторные ДМК
1 . НЛФ - гипопрогестеронемия.	1 . Персистенция незрелых фолликулов.
2. Персистенция желтого тела - гиперлютеинизм.	2. Персистенция зрелого фолликула.
3. Укорочение фолликулярной фазы цикла.	3. Атрезия фолликулов.

Клиника при овуляторных маточных кровотечениях:

- может быть, кровотечение приводящее к анемии;
- может быть кровомазание перед менструацией;

- кровянистые выделения после менструации;
- могут быть кровянистые выделения в середине цикла;
- невынашивание беременности и бесплодием

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Что является основным критерием ювенильного маточного кровотечения?
 - А) Наличие структурных изменений эндометрия
 - В) Продолжительность кровотечения менее 2 или более 7 дней
 - С) Укорочение цикла менее 20 дней
 - Д) Персистенция желтого тела
2. Какие методы применяют для диагностики ановуляторных кровотечений?
 - А) Лапароскопия
 - В) УЗИ и определение уровня прогестерона
 - С) Кольпоскопия
 - Д) Гистероскопия
3. Какое состояние связано с гиперплазией эндометрия?
 - А) Недостаток эстрогенов
 - В) Абсолютная гипоестрогения
 - С) Прогестерондефицитное состояние
 - Д) Гиперфибринолиз
4. Что характерно для кровотечения при персистенции фолликулов?
 - А) Укорочение цикла
 - В) Обильное и продолжительное кровотечение
 - С) Отсутствие гиперпластических изменений
 - Д) Кровотечение средней интенсивности
5. Какие гормоны необходимо определить при подозрении на овуляторное кровотечение?
 - А) Эстрадиол и прогестерон
 - В) ЛГ и ФСГ
 - С) Тестостерон и прогестерон
 - Д) Пролактин и прогестерон
6. Какой инструментальный метод используется для оценки состояния эндометрия при подозрении на гиперплазию?

- A) Рентгенография
- B) УЗИ органов малого таза
- C) КТ органов малого таза
- D) Анализ мазков

7. Что является главной причиной ювенильных кровотечений?

- A) Гиперпролактинемия
- B) Атрезия фолликулов
- C) Синдром Ашермана
- D) Недостаточность лютеиновой фазы

8. Какая основная цель лечения аномальных маточных кровотечений в репродуктивном возрасте?

- A) Гормональный гемостаз и предотвращение анемии
- B) Полное удаление эндометрия
- C) Исключение овуляции
- D) Проведение оперативного лечения

9. Что может быть причиной аномальных кровотечений в менопаузальном периоде?

- A) Синдром Ашермана
- B) Гиперплазия эндометрия
- C) Недостаток ФСГ
- D) Гиперпролактинемия

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Объясните различия между овуляторными и ановуляторными маточными кровотечениями.

2. Какие методы диагностики применяются для оценки состояния эндометрия при гиперплазии?

3. Опишите основные причины ювенильных маточных кровотечений и их клинические проявления.

4. Какие подходы применяются для гормонального гемостаза при ДМК?

5. Объясните механизмы гиперэстрогении при персистенции фолликулов и её влияние на эндометрий.

III. Ситуационные задачи

Задача №1

Девушка 15 лет обратилась с жалобами на продолжительное кровотечение после задержки менструации на 2 месяца. УЗИ показывает отсутствие преовуляторного фолликула, уровень прогестерона — 6 нмоль/л.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие исследования следует дополнительно провести?
3. Какое лечение вы порекомендуете?

Задача №2

Женщина 38 лет жалуется на обильные и нерегулярные менструации. УЗИ выявляет утолщение эндометрия, лютеиновая фаза укорочена.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие методы диагностики нужно применить?

3. Какие подходы к лечению целесообразны?

Задача №3

Женщина 45 лет с нерегулярными обильными кровотечениями. УЗИ: гиперплазия эндометрия, субмукозная миома.

1. Какой диагноз вероятен?
2. Каковы этапы диагностики и лечения?
3. Какие методы профилактики можно рекомендовать?

Глава №4. Кровотечения в первой половине беременности.

Актуальность.

Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и раннего послеродового периода является кровотечение. В структуре причин материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика и перинатальная потеря плодов. Показатель акушерских кровотечений колеблется от 3 до 8 % по отношению к общему числу родов. Кровотечения во время беременности наблюдают у 2–3% женщин.

Акушерские кровотечения характеризуются

1. Внезапностью возникновения,
2. Массивностью кровопотери,
3. Частым сочетанием с выраженным болевым синдромом,
4. Быстрым истощением компенсаторных механизмов, связанным с особенностями гемодинамики и коагуляционных свойств крови беременных, рожениц и родильниц.

Эти факторы, несмотря на постоянное внимание акушеров к данной патологии, могут приводить к гибели матери и плода.

Основные причины кровотечений в первой половине беременности.

К этой группе патологических состояний относят *все заболевания, сопровождающиеся симптомами кровотечения при беременности до 20 недель.*

По этиологии кровотечения в первой половине беременности можно разделить на 2 группы:

- I. Не связанные с беременностью.
- II. Связанные с беременностью.

1. Нарушенная беременность:

- маточная
- внематочная

2. Болезнь плодного яйца:

- пузырный занос.

4.1. Аборты

Самопроизвольные выкидыши. Самопроизвольное прерывание беременности до достижения плодом жизнеспособного гестационного срока, беременности до 22 недель.

По клинической картине:

1. Угрожающий
2. Начавшийся
3. Аборт в ходу
4. Неполный

Диагностика. Основана на определении сомнительных, вероятных признаков беременности: задержка менструаций, появление прихотей, нагрубание молочных желез, появление молозива.

Данные бимануального исследования: увеличение размеров матки, размягчение в области перешейка, что делает матку более подвижной в области перешейка, асимметричность матки (выбухание одного из углов матки).

При **самопроизвольном выкидыше** двумя ведущими симптомами является: болевой синдром и симптомы кровопотери.

Самопроизвольные выкидыши характеризуются своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный.

Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки и величины матки.

Начавшийся выкидыш. При начавшемся аборте на фоне усилившихся сокращений матки происходит частичная отслойка плодного яйца от ее стенки.

При этом усиливаются боли, нередко приобретающие схваткообразный характер, и появляются кровяные выделения из влагалища.

Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шейка матки сохранена, канал ее слегка приоткрыт.

Тактика при начавшемся выкидыше

При начавшемся аборте лечение в основном такое же, как и при угрожающем:

1. *создать покой,*
2. *применить седативные препараты,*
3. *внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин),*
4. *назначают этамзилат (дицинон),*
5. *при гормональной дисфункции проводят соответствующую коррекцию.*

В стационаре решается вопрос о сохранении беременности. При подтекании околоплодных вод беременность сохранять нецелесообразно.

Неполный аборт. При неполном аборте после изгнания плодного яйца в полости матки находятся его остатки. В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее части.

Когда плодное яйцо изгоняется из полости матки, наблюдаются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение разной интенсивности.

Канал шейки матки свободно пропускает палец. Матка мягковатой консистенции. Величина ее меньше, чем должна быть при предполагаемом сроке беременности.

Тактика при «аборте в ходу» и неполном аборте. В связи с тем что «аборт в ходу» и неполный аборт нередко сопровождаются обильным кровотечением, необходимо оказать беременной неотложную помощь.

На госпитальном этапе: вызвать скорую помощь, холод на низ живота, ввести внутримышечно маточные сокращающие средства – окситоцин 1 мл (5е.д.), внутривенно глюкозу с аскорбиновой кислотой, глюконат кальция 10% - 10 мл, этамзилат внутримышечно, успокоить.

При поступлении в стационар производят анализ крови, определяют группу крови и резус-принадлежность, ВИЧ, выполняют реакцию Вассермана.

Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины.

4.2. Эктопическая беременность

Беременность называется эктопической (внематочной), если *имплантация произошла вне полости матки.* Наиболее частое место имплантации –

фаллопиевы трубы (98%), более редкие локализации – яичник, рудиментарный рог матки, брюшная полость.

Классификация.

1. Брюшная:

- первичная - плодное яйцо первоначально имплантируется в брыжейке кишечника, широкой связке матки или других органах брюшной полости;
- вторичная брюшная беременность формируется при выталкивании плодного яйца из трубы в брюшную полость.

2. Яичниковая: на поверхности яичника, внутри яичника.

3. Трубная:

- *по расположению:* ампулярная, истмическая, интерстициальная.
- *по течению заболевания:* прогрессирующую и нарушенную (по типу трубного аборта и разрыва маточной трубы) трубную беременность.

4. Шеечно-перешеечная беременность.

5. Шеечная беременность.

6. Беременность в добавочном роге матки (рудиментарном).

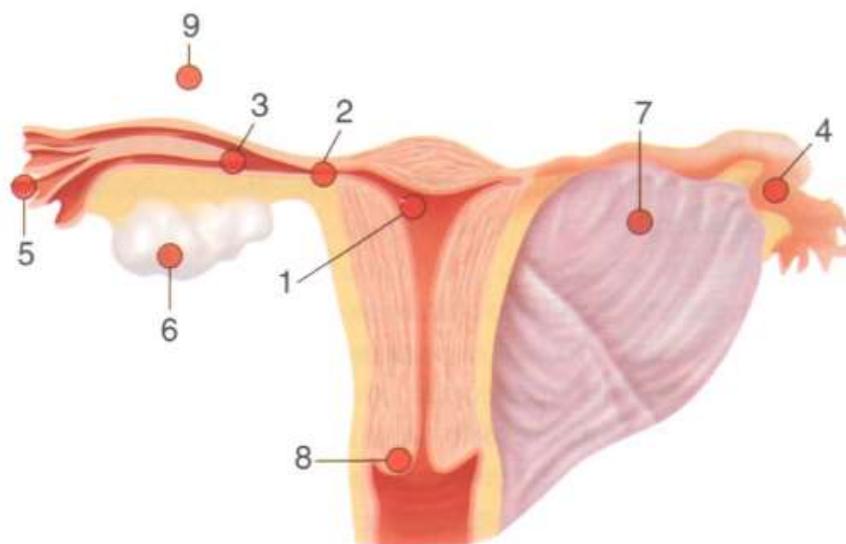


Рисунок 4.1. Схема возможной локализации внематочной беременности:

1 — нормальное развитие беременности в полости матки; 2 — в интерстициальной части трубы; 3 — в истмической части трубы; 4 — в ампулярной части трубы; 5 — на фимбриях трубы; 6 — на яичнике; 7 — между связками матки; 8 — в шейке матки; 9 — на брюшине..

Факторы риска возникновения эктопической беременности.

Выделяют две группы факторов, которые способствуют появлению ЭБ:

- аномалии оплодотворения
- нарушение перемещения оплодотворенной яйцеклетки в полость матки.

К аномалиям оплодотворения относят случаи использования вспомогательных репродуктивных технологий, которые увеличивают риск возникновения ВБ в 4 раза. При этом многократно возрастает частота совокупной маточной и внематочной беременности.

Факторы, нарушающие перемещение оплодотворенной яйцеклетки:

- воспалительные заболевания органов малого таза;
- искусственные аборты;
- инфантилизм;
- до 4,5 раза увеличивают частоту эктопической беременности некоторые средства контрацепции: внутриматочные контрацептивы (ВМК), содержащие прогестерон или снижающие перистальтику маточных труб под воздействием прогестерона;
- сужение маточных труб вследствие врожденных дефектов, доброкачественных опухолей или кист трубы, миомы матки в области трубного угла, эндометриоза труб с формированием спаек;
- перенесенные операции на маточных трубах увеличивают частоту ЭБ, риск возникновения ЭБ возрастает при хроническом сальпингите;
- изменение имплантационных свойств плодного яйца: проявляются раньше времени;
- аномалии уровня простагландинов в сперме, основу механизма действия простагландинов на маточные трубы составляют процессы сокращения и расслабления мышечных волокон яйцеводов, регулирующие транспорт оплодотворенной яйцеклетки,;
- у курящих женщин ЭБ развивается в 2 – 3 раза чаще, чем в популяции, что связано с повреждающим действием никотина на мерцательный эпителий маточных труб и нарушением перистальтики труб.

Патогенез. Нет достаточных условий для питания и развития плодного яйца. Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодместилище, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды, затем происходит разрыв плодместилища. Этот процесс может протекать с разной скоростью в зависимости от места локализации и сопровождается более или менее выраженным кровотечением. Чаще нарушение эктопической беременности происходит на 4-6, реже 8 неделе.

Клиника эктопической беременности.

Клиническая картина зависит от *стадии развития* внематочной беременности (прогрессирующая или нарушенная), *вида ее нарушения* (разрыв трубы или трубный аборт), *общей кровопотери и реакции организма*.

Для прогрессирующей трубной беременности характерны: задержка менструации; нагрубание молочных желез; тошнота, вкусовые изменения. *Бимануально и в зеркалах:* цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки; шейка уплощенная, а в области перешейка отмечается частичное размягчение; матка размягчена, несколько увеличивается в размерах за счет утолщения мышечной стенки и развития децидуальной оболочки, симптомы Гегара, Пискачака и др. слабо выражены или не определяются; в яичнике образуется желтое тело беременности.

Характерны кровянистые маточные выделения, обусловленные отторжением эндометрия в выраженной секреторной фазе. При этом нет эффекта от терапии, включая гормональные методы гемостаза. Главным признаком данной формы внематочной беременности является *отставание размеров матки соответственно предполагаемым срокам беременности при увеличении опухолевидных образований, определяемых в местах локализации плодного яйца*.

В зависимости от локализации плодного яйца наблюдаются деформация матки или наличие опухолевидных образований (в матке и яичниках — в области придатков; между листками широкой связки — сбоку от матки; в рудиментарном роге — рядом с телом матки; в шейке матки — колбообразная шейка; в брюшной полости — опухолевидные образования различной локализации).

Нарушенная внематочная беременность.

Для разрыва трубы характерны симптомы внутреннего кровотечения различной выраженности (ворсинки плодного яйца полностью разрушают тонкую стенку маточной трубы, и кровь из поврежденных сосудов изливается в брюшную полость) -патологическая кровопотеря, синдром массивной кровопотери, геморрагический шок, а также симптомы раздражения брюшины: вздутие живота, болезненность, напряжение передней брюшной стенки, перитонеальные симптомы.

Появляется резкая боль в животе, которой могут предшествовать менее интенсивные схваткообразные боли, связанные с трубной перистальтикой («тубной коликой»). В момент интенсивного болевого приступа иногда бывает потеря сознания. Отмечается тошнота, головокружение, бледность кожных покровов, иногда жидкий стул. Появляется холодный пот, снижается

артериальное давление АД, пульс становится частым и слабым. При перкуссии живота определяется притупление звука в отлогах местах.

При гинекологическом исследовании с помощью зеркал обнаруживается цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, матка слегка увеличена, размягчена, подвижна («плавающая»), в области придатков матки определяется пастозность или пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции; задний и один из боковых сводов выпячен; отмечается резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и при пальпации заднего свода, боль иррадиирует в прямую кишку.

Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта протекает более медленно (от нескольких дней до нескольких недель). Это связано с тем, что при трубном аборте плодное яйцо, не имея соответствующих условий для развития, отслаивается от стенок маточной трубы и изгоняется в брюшную полость. В связи с ритмическим сокращением маточной трубы кровь в брюшную полость поступает периодически.

Основные жалобы: приступообразные боли внизу живота, мажущие, скудные, темно-коричневые или почти черные выделения из половых путей (кровянистые выделения из влагалища обусловлены отторжением децидуальной оболочки в результате снижения уровня стероидных гормонов, возникающего при нарушении связи плодного яйца с плододместителем). Могут возникать повторные кратковременные обморочные состояния, слабость, головокружения, холодный пот, рвота.

При гинекологическом исследовании— цианоз слизистых, скудные кровянистые выделения из цервикального канала. Увеличение матки не соответствует сроку беременности, она размягчена в области перешейка. В области придатков матки пальпируется опухолевидное образование ограниченно-подвижное с нечеткими контурами. Задний и соответствующий боковой своды уплощенные или выпячены, умеренно выражена их болезненность.

При яичниковой беременности плодное яйцо может имплантироваться на поверхности яичника, что иногда связывают с эндометриозом, или же развиваться внутри фолликула. Данная беременность прерывается на ранних сроках и сопровождается сходными симптомами, которые наблюдаются при прерывании трубной беременности.

Брюшная беременность как первичная, так и вторичная, встречается чрезвычайно редко. Плодное яйцо может прикрепляться к различным органам брюшной полости, кроме кишечника. Очень редко абдоминальная беременность достигает больших сроков. Как правило, она заканчивается разрывом капсулы плододместителя на ранних сроках, обильным

кровотечением и перитонеальным шоком. Характеризуется повторными болевыми приступами в животе, иногда с потерей сознания. Резкая боль возникает при движении плода. При бимануальном исследовании пальпируется немного увеличенная матка, расположенная отдельно от плодовместилища. Части плода определяются под брюшной стенкой.

Диагностика эктопической беременности.

1. Из анамнеза:

- появляются сомнительные и вероятные признаки беременности;
- выявляются факторы риска развития внематочной беременности;

2. Объективный осмотр.

- **Симптомокомплекс острой кровопотери:** слабость, потеря сознания, бледность кожных покровов и слизистых оболочек падение АД, слабый частый пульс.
 - **Симптомокомплекс острого живота:** живот при пальпации болезненный со стороны разрыва, симптом Щёткина-Блюмберга слабоположителен. Перкуторно — признаки свободной жидкости в брюшной полости.
3. **Двуручное исследование.** Матка незначительно увеличена, мягковатая; более подвижная, чем обычно (плавающая матка). Пастозность в области придатков матки. Задний свод влагалища уплощён или выпячен, резко болезнен при пальпации (крик Дугласа). При попытке смещения шейки матки кпереди возникает резкая боль.
4. **Анализ крови на хорионический гонадотропин (ХГ) человека,** при котором выявляют *несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности.*
5. **УЗИ (трансвагинальное)** констатирует *отсутствие в полости матки трофобласта* и обнаруживает его вне полости.
6. **Кульдоцентез** (пункция заднего свода влагалища) применяется с целью диагностики внутрибрюшного кровотечения, а также аспирации асцитической жидкости для последующего цитологического анализа. С появлением методики эхографии был пересмотрен ряд позиций в отношении рутинного кульдоцентеза. *Наличие геморрагического шока является противопоказанием к выполнению кульдоцентеза.*
7. **Биопсия эндометрия.** В настоящее время диагностическое выскабливание слизистой тела матки при подозрении на внематочную беременность применяется не так часто, как до «эры» лапароскопии и эхографии. Более того, эта процедура обоснована лишь в тех клинических ситуациях, когда диагноз «эктопическая беременность» дифференцируется с неполным самопроизвольным абортom и/или

дисфункциональным маточным кровотечением. В соскобе - наличие децидуальной ткани *при отсутствии ворсин хориона*.

8. **Лапароскопия** — наиболее информативный метод диагностики внематочной беременности, но не позволяет определить ЭБ в маленьком сроке.

Лечение.

- 1-й этап – операция. При необходимости одновременно борьбу с ГШ.
- 2-й этап – ведение послеоперационного периода.
- 3-й этап – реабилитация репродуктивной функции.

1-й этап – операция.

При ненарушенной внематочной (трубной) беременности возможно выполнение 2 видов оперативного вмешательства лапароскопическим доступом:

1. Удаление маточной трубы (тубэктомия);
2. Удаление плодного яйца и сохранение маточной трубы (туботомия).

Лапаротомия, удаление маточной трубы. При необходимости одновременно борьбу с ГШ. При массивном кровотечении реанимационные мероприятия по борьбе с ГШ начинают сразу же при поступлении и продолжают в операционной до стабилизации состояния:

1. переливание кровезаменителей,
2. определение группы крови и резус принадлежности больной, гемоглобина, гематокрита, коагулограммы.

2-й этап – ведение послеоперационного периода.

1. Продолжить инфузионную терапию в течение 2-4 дней.
2. ЛФК. Дыхательная гимнастика.
3. Антибактериальная терапия.
4. Обезболивание в течение первых 3-х дней.
5. Физиотерапия и гидротубажи с 4-5 дня послеоперационного периода.

3-й этап. Реабилитация репродуктивной функции.

Женщины, перенесшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства. Начинают через 1 месяц после операции:

1. - физиолечение,
2. - ферменты

3. - гормональная контрацепция,
4. - санаторно-курортное лечение.

Повторные курсы реабилитации проводят через 3, 6, 12 месяцев после операции.

Неотложная помощь.

1. Холод на низ живота.
2. Транспортировка женщины на каталке в горизонтальном положении с иглой в вене любым удобным транспортом (или в операционную).
3. Сообщить по рации, указав, группу и резус фактор крови.
4. На догоспитальном этапе запрещено вводить обезболивающие препараты.
5. При внутрибрюшном кровотечении показано введение кровезамещающих растворов (растворов декстрана, препаратов гидроксиптилкрахмала) вплоть до госпитализации.

Шеечная беременность. Шеечная и перешеечно-шеечная беременность — относительно редкое осложнение беременности. При истинной шеечной беременности плодное яйцо развивается только в шеечном канале. При шеечно-перешеечной беременности плодovместилищем являются шейка матки и область перешейка.

Клиническая картина. Общее состояние больной соответствует объему кровопотери.

При осмотре с помощью зеркал обнаруживают: шейка матки выглядит бочкообразной, со смещенным наружным зевом, с выраженным цианозом, легко кровоточит при исследовании, эксцентрическое расположение наружного зева, а у ряда больных на влагалищной части шейки матки заметна сеть расширенных венозных сосудов.

При бимануальном исследовании шейка матки представляется шарообразно увеличенной, мягкой консистенции, и на ней в виде «шапочки» находится маленькое, более плотное тело матки, сразу же за наружным зевом пальпируется плодное яйцо, плотно связанное со стенками шейки матки; попытка отделить его с помощью пальца или инструмента сопровождается усилением кровотечения.

Кровотечения при шеечной беременности всегда очень обильно, потому что нарушается структура сосудистых сплетений матки – сюда подходит нижняя ветвь маточной артерии, пудендальная артерия. Трофобласт, а затем ворсины хориона плодного яйца, имплантировавшегося в шейке и в области перешейка матки, пенетрируют слизистую оболочку и проникают в

мышечный слой. Расплавление мышечных элементов и сосудов приводит к кровотечению и нарушению развития беременности. В некоторых случаях стенка шейки матки может оказаться полностью разрушенной, а ворсины хориона могут проникать в параметрий или во влагалище.

Толщина шейки матки значительно меньше толщины матки в области тела, то нарушаются сосуды и кровотечение не удается остановить без оперативного вмешательства. Ошибочно можно начать оказание помощи с выскабливания полости матки, то кровотечение усиливается.

Как только установлен диагноз шеечной беременности, который может быть подтвержден данными УЗИ – нельзя проводить выскабливание полости матки, а должно быть остановлено это кровотечение путем экстирпации матки без придатков. Лечение больных с шеечной и перешеечно-шеечной беременностью в настоящее время может быть только хирургическим. К операции следует приступать сразу же, как только установлен диагноз. Малейшее промедление в действиях врача таит угрозу гибели больной от профузного кровотечения.

Беременность в рудиментарном роге матки. При ее прогрессирующем течении какие-либо симптомы, кроме характерных для беременности, отсутствуют, однако при пальпации матки у одного из углов определяется опухолевидное образование мягковатой консистенции. При прерывании беременности клиническая картина характеризуется обильным внутренним кровотечением и шоком. Большую помощь в установлении правильного диагноза оказывают УЗИ и лапароскопия.

Брюшная беременность. Брюшная беременность клинически протекает так же, как трубная, чаще всего заканчивается разрывом капсулы плодместилища в ранние сроки с обильным внутренним кровотечением и шоком. До прерывания беременности иногда трудно установить диагноз. При этом важную роль также играет УЗИ.

Яичниковая беременность. Прерывание яичниковой беременности сопровождается теми же симптомами, что и прерывание трубной беременности. Яичниковая беременность чаще всего прерывается на 6—8-й неделе по типу разрыва плодместилища с кровотечением в брюшную полость. В клинической картине преобладают симптомы внутреннего кровотечения, перитонита и геморрагического шока. Диагноз обычно устанавливают во время операции.

Болезнь плодного яйца: гестационная трофобластическая болезнь

Гестационная трофобластическая болезнь характеризуется пролиферативными изменениями ткани хориона, что приводит к повышенному выделению хорионического гонадотропина.

Трофобластическая болезнь включает в себя пузырный занос и трофобластические опухоли, которые в свою очередь делятся на

- инвазивный пузырный занос
- деструирующий пузырный занос
- хориокарциному.

Инвазивный пузырный занос характеризуется значительной пролиферативной активностью, но, как правило, не приводит к метастазам в отличие от хориокарциномы.

4.3. Пузырный занос.

Пузырный занос - состояние, сопровождающееся пролиферацией трофобласта, при котором происходит превращение ворсин хориона в многочисленные гроздевидные образования в виде пузырьков различной формы и величины, заполняющих полость матки.

Выделяют полный и частичный пузырный занос. При частичном пузырном заносе в матке находят элементы плода. Это заболевание обусловлено хромосомными аномалиями и редко трансформируется в злокачественные опухоли трофобласта.



Рисунок 4.2.. Пузырный занос: А- Полный пузырный занос, Б – Частичный пузырный заос, В- Инвазивный пузырный занос.

Клиническая картина. Для пузырного заноса характерны следующие признаки:

1. Обычно отмечаются задержка менструации, появление сомнительных признаков беременности, в связи с чем женщина считает себя беременной.
2. В I триместре беременности часто возникает маточное кровотечение. Характер и интенсивность его могут быть различными: алого или темно-коричневого цвета, скудное или обильное, требующее гемостатической, гемозаместительной терапии.
3. Иногда вместе с кровью выделяются пузырьки заноса.
4. Отсутствуют достоверные признаки беременности в виде определения частей, сердцебиения и движений плода, при ультразвуковом исследовании в матке выявляют только мелко-кистозную ткань в отсутствие плода.
5. Увеличение матки не соответствует сроку беременности, что связано с большими размерами ворсин, скоплением крови между ними и стенкой матки.
6. В I триместре беременности могут появляться признаки гестоза в виде артериальной гипертензии, протеинурии, отеков, однако эклампсия встречается крайне редко. *
7. В 50 % наблюдений определяются текалютеиновые кисты яичников.

Диагностика. Клинические проявления и результаты дополнительных исследований — ультразвукового, гистологического, определения высоких концентраций хорионического гонадотропина в биологических жидкостях организма.

Пузырный занос следует дифференцировать от выкидыша, многоплодной беременности и хориокарциномы.

При УЗИ - признаки нормального плодного яйца или плода отсутствуют

Лечение. После установления диагноза пузырного заноса госпитализация, показано его удаление. Если в течение 1—2 мес после удаления пузырного заноса показатели титра хорионического гонадотропина в крови не снижаются, то показаны проведение дополнительных исследований для исключения хориокарциномы.

В течение года после удаления пузырного заноса необходимо систематическое наблюдение за женщиной с определением уровня хорионического гонадотропина в крови или моче, рентгенологическое исследование лёгких.

Женщина должна предохраняться от беременности в течение 2 лет.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какой наиболее частый симптом при трубной беременности?
 - A) Задержка менструации
 - B) Интенсивные боли внизу живота
 - C) Обильное маточное кровотечение
 - D) Рвота и тошнота
2. Что характерно для полного пузырного заноса?
 - A) Полное отсутствие плода
 - B) Сохранение плода при изменении части плаценты
 - C) Наличие кровеносных сосудов в ворсинах
 - D) Полное сохранение плаценты
3. Какой метод считается «золотым стандартом» диагностики эктопической беременности?
 - A) УЗИ и определение уровня р-ХГЧ
 - B) Лапароскопия
 - C) Магнитно-резонансная томография
 - D) Анализ на прогестерон
4. Какой фактор наиболее предрасполагает к внематочной беременности?
 - A) Хронический эндометрит
 - B) Преждевременное старение плаценты
 - C) Гиперфибринолиз
 - D) Гиперактивность трофобласта
5. Что характерно для хорионкарциномы?
 - A) Отсутствие метастазов
 - B) Кровотечение в менопаузе
 - C) Присутствие хориального эпителия
 - D) Сохранение структуры ворсин
6. Какая форма эктопической беременности встречается наиболее часто?
 - A) Брюшная
 - B) Трубная
 - C) Яичниковая
 - D) Шейная
7. Какое лечение рекомендуется при полном пузырном заносе?

- A) Химиотерапия
- B) Удаление матки
- C) Хирургическое удаление содержимого полости матки
- D) Выжидательная тактика

8. Какой гормональный показатель наиболее информативен при оценке динамики пузырного заноса?

- A) Прогестерон
- B) ХГЧ
- C) Эстроген
- D) ЛГ

9. Какие симптомы могут свидетельствовать о метастазах при инвазивном пузырном заносе?

- A) Одышка и тахипноэ
- B) Умеренные боли внизу живота
- C) Тошнота и головная боль
- D) Олигурия

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Объясните механизм развития эктопической беременности и основные клинические симптомы.

2. Расскажите о диагностике и лечении пузырного заноса. Как отличить полный и частичный занос?

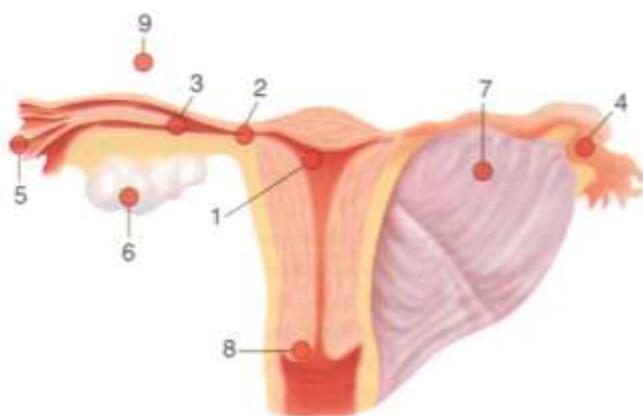
3. Какие осложнения могут возникнуть при трубной беременности, если она не диагностирована вовремя?

4. Охарактеризуйте симптомы хорионкарциномы и подходы к её лечению.

5. Объясните, почему уровень р-ХГЧ важен в диагностике и мониторинге при беременности.

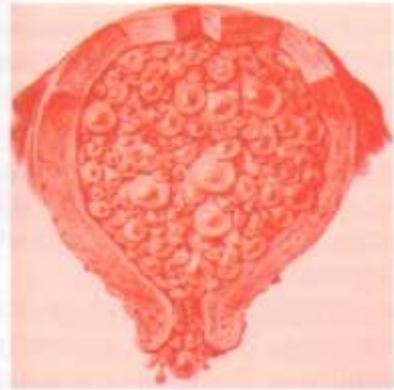
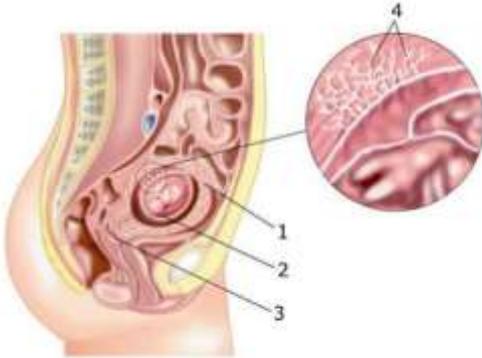
III. Вопросы с картинками

1. На рисунке представлена схема локализации эктопической беременности. Напишите все перечисленные места имплантации плодного яйца.



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.

2. Патогенез полного пузырного заноса:

	
<p>3. Обозначьте нумерации.</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4.

IV. Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 28 лет поступила с жалобами на задержку менструации на 6 недель, боли внизу живота и незначительные кровянистые выделения. УЗИ: матка увеличена, в полости плодное яйцо не определяется, в правой трубе — эхопозитивное образование.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие исследования помогут подтвердить диагноз?
3. Какое лечение необходимо?

Задача №2

Женщина 35 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения и сильные боли после медицинского аборта. УЗИ: в полости матки эхогенные структуры.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие осложнения могут развиваться?
3. Какое лечение необходимо?

Задача №3

Женщина 40 лет поступила с жалобами на профузное кровотечение через 6 месяцев после удаления пузырного заноса. Уровень р-ХГЧ — 120 000 мМЕ/мл.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы?
3. Какое лечение потребуется?

Глава №5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии. Вульвовагинит и кольпит девочек в нейтральном периоде.

Воспалительные процессы составляют 60-65 % гинекологических заболеваний (по данным обращаемости в женские консультации).

Различают воспалительные процессы неспецифической и специфической этиологии. К первой группе относят воспалительные процессы, вызванные стафилококками, кишечной палочкой, стрептококками, синегнойной палочкой, ко второй - обусловленные трихомонадами, гонококками, кандидами, вирусами, микоплазмами, хламидиями.

Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов

I. Вульвит.



Рисунок 5.1. Вульвит

Вульвит - воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Первичный вульвит возникает в результате травмы с последующим инфицированием травмированных участков Вторичный вульвит у женщин возникает при наличии воспалительного процесса во внутренних половых органах. Предрасполагающим к развитию вульвита фактором является гипофункция яичников. Больные предъявляют жалобы на жжение и зуд наружных половых органов особенно после

мочеиспускания, гнойные выделения, боли при движениях. Хронический вульвит характеризуется зудом, жжением, гиперемией, но эти проявления заболевания носят стертый характер. Лечение комплексное, включает применение местных и общеукрепляющих средств. Показано лечение сопутствующих заболеваний (диабет, гнойничковые поражения, гельминтозы, цервицит), на фоне которых нередко развивается вульвит.

II. Бартолинит.

Бартолинит - воспаление большой железы предверья влагалища. Может вызываться стафилококками, эшерихиями, гонококками и др. Независимо от вида возбудителя, процесс начинается в выводном протоке железы - возникает каналикулит, затем воспалительный процесс захватывает паренхиму (серозное, гнойное воспаление). Гнойный экссудат заполняет дольки железы с образованием ложного абсцесса, который может самостоятельно вскрыться.

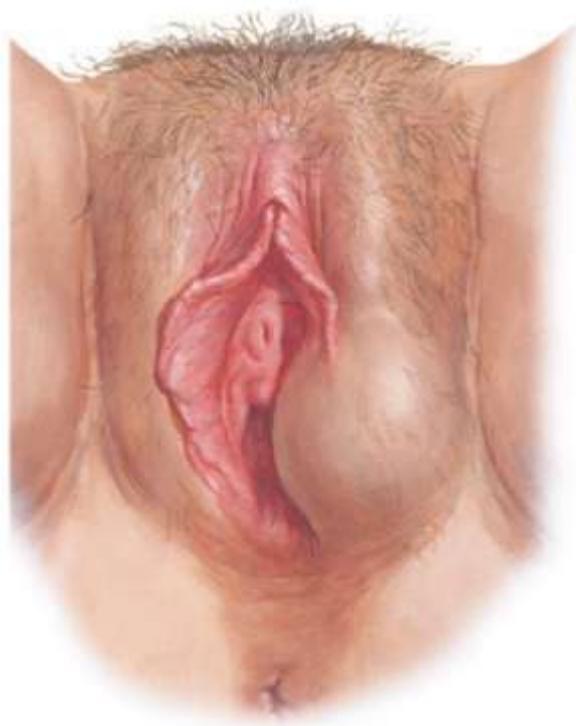


Рисунок 5.2. Бартолинит

Возникновение бартолинита возможно при несоблюдении гигиены половых органов, ослаблении организма, нарушении самоочищаемости влагалища, венерических болезнях. Чаще встречается одностороннее поражение бартолиновой 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 бартолиновая железа болезненна, увеличена, иногда достигает размеров куриного яйца. В редких случаях воспалительный процесс может захватывать непосредственно ткань железы, при этом возникает истинный абсцесс с гнойным расплавлением железы и окружающих тканей. Гнойное образование может самопроизвольно вскрываться с истечением густого желто-зеленого содержимого, после чего состояние улучшается. Воспалительный процесс может затухать самостоятельно без нагноения. При этом наблюдается уплотнение и незначительное увеличение железы. Однако довольно часто через некоторое время воспалительный процесс возобновляется и осложняется. Вначале заболевание может не причинять сильного беспокойства: небольшое уплотнение у входа во влагалище слегка болезненно, иногда ощущается легкое покалывание в области промежности, жжение. При ухудшении состояния появляются резкая боль в области наружных половых органов, усиливающаяся при движении и половых сношениях, повышение температуры до 38- 39°C и выше, озноб.

Клиника. Больные жалуются на общую слабость, недомогание, неприятные ощущения в участке наружных половых органов. Температура тела повышена. Наблюдаются отек и гиперемия в участке бартолиновой железы; *при пальпации* – резкая болезненность, местное повышение температуры и отек мягких тканей. Если гнойный экссудат заполняет все частицы железы - *образуется псевдо абсцесс*. Состояние женщины резко ухудшается: температура тела становится гектической, возникают озноб, сильная головная боль. При обследовании обнаруживают резко болезненное опухолевидное образование. После прорыва гнойника состояние больной улучшается: снижается температура тела, уменьшаются отек и гиперемия в участке бартолиновой железы. Если лечение недостаточно и выводной проток перекрывается опять - наблюдаются рецидивы и формирования ретенционной кисты, которую ошибочно можно считать за доброкачественную или даже злокачественную опухоль наружных половых органов.

Дифференциальная диагностика. Острый бартолинит обычно дифференцируют от следующих заболеваний:

- фурункула большой половой губы;
- кисты продольного протока (гартнерова канала);
- туберкулеза дуги лонных костей;
- рака бартолиновой железы.

Лечение. Антибиотики в соответствии с чувствительностью микроорганизмов, сульфаниламидные препараты. Показанные теплые сидячие ванночки с раствором калия перманганата (1:6000), тепловые

процедуры (грелка, солюкс) в сочетании с мазевыми аппликациями (ихтиол, мазь Вишневского) к появлению флюктуации, симптоматические средства. При образовании псевдоабсцесса или ретенционной кисты - хирургическое рассечение, при рецидивирующем бартолините - экстирпация железы. Облучение зоны раны инфракрасным полупроводниковым лазером в сочетании с магнитным полем в терапевтических дозах. Курс лечения - 5- 6 процедур. При гонорейной этиологии - специфическое лечение. Половая жизнь противопоказана из-за возможного инфицирования партнера или нагноения железы. Профилактика заключается в соблюдении правил личной гигиены, исключении случайных половых связей, лечении вульвита, кольпита, уретрита

III. Кольпит.

Кольпит - воспаление слизистой оболочки влагалища. Неспецифический кольпит может быть вызван стафилококком, кишечной палочкой, стрептококком и др. Нередко кольпит обусловлен смешанной инфекцией, а также трихомонадами. Предрасполагающими к развитию кольпита факторами могут быть снижение эндокринной функции яичников

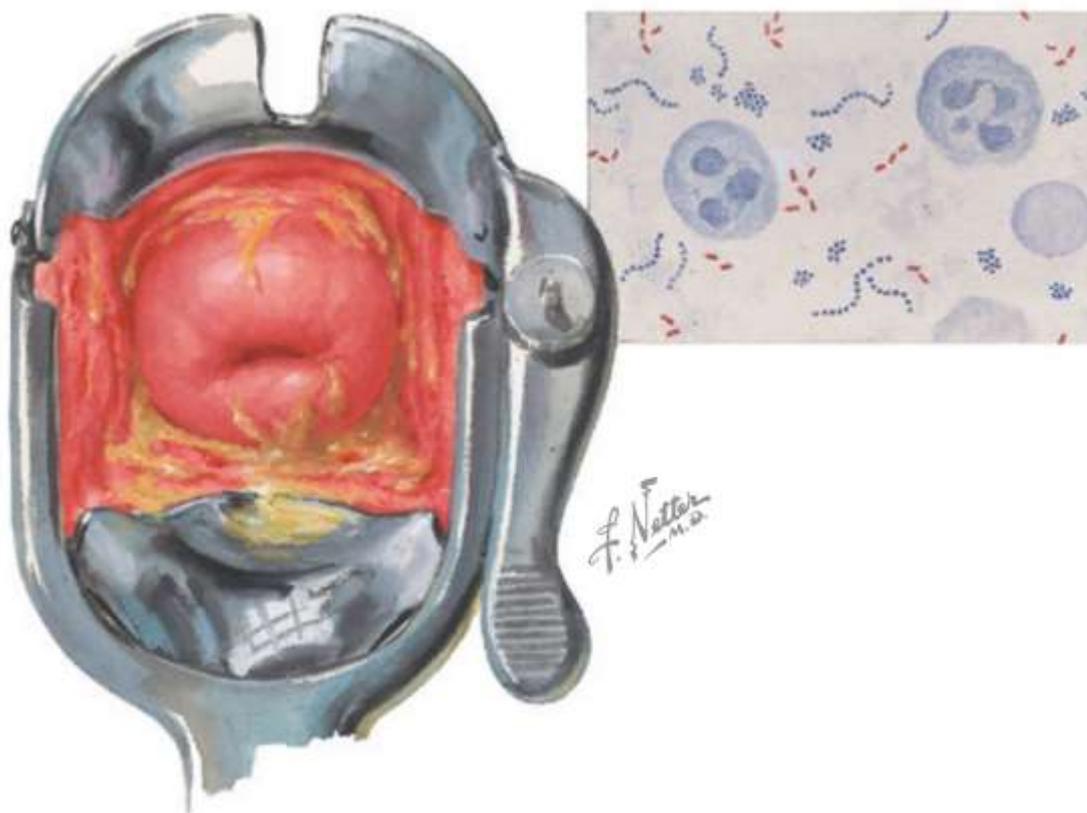


Рисунок 5.3. Кольпит

Клиника. Основным признаком кольпита являются серозно-гнойные бѣт, которые характерны как для острой, так и для хронической стадии заболевания. При остром кольпите больные предъявляют жалобы на зуд и жжение в области влагалища, вульвы, усиление болей и жжения при мочеиспускании. В хронической стадии эти явления стихают.

При наличии неспецифического кольпита проводится общее и местное лечение. Местная заключается в туалете наружных половых органов и спринцевании влагалища. Местно могут быть применены антибиотики, однако, только после предварительного определения чувствительности к ним микробной флоры в сочетании с физиотерапией. Обязательному лечению подлежат сопутствующие гинекологические заболевания; благодаря этому нормализуется содержание гликогена в эпителии влагалища и развивается нормальная влагалищная флора

IV. Цервицит.

Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Возбудителем являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, энтерококки, гонококки, вирусы, кандиды. Возникновению эндоцервицита способствуют разрывы шейки матки, происшедшие во время родов.

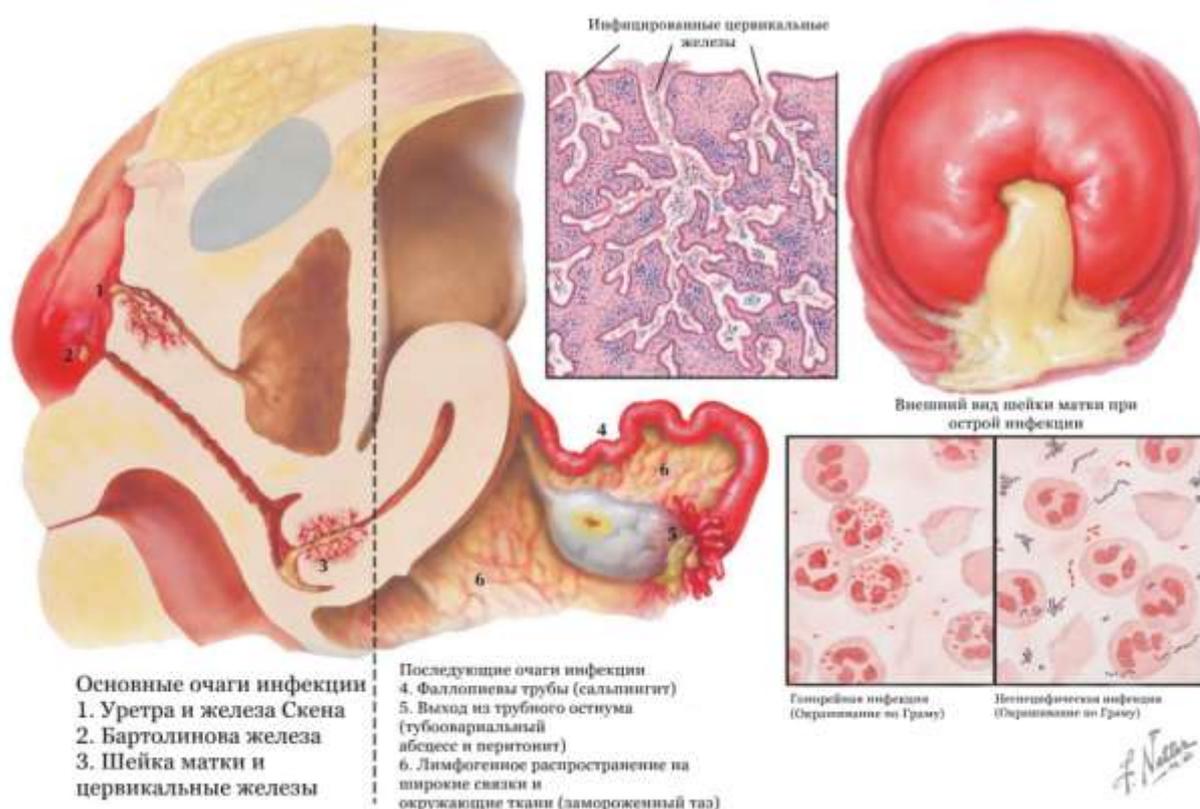


Рисунок 5.4. Цервицит

Клиника. В острой стадии больные предъявляют жалобы на появление слизисто-гнойных белей, иногда тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице. В хронической стадии больные жалоб не предъявляют, редко отмечают выделение слизистого характера их половых путей. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется, нередко возникает псевдоэрозия.

Лечение. В острой стадии назначают антибиотики или сульфаниламидные препараты, спринцевание. При возникновении эндоцервицита на фоне разрывов шейки матки, после противовоспалительного лечения показана пластическая операция шейки матки.

Воспалительные заболевания органов малого таза.

I. Эндометрит.

Эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки, которое вызывается стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой и тому подобное. Возникновению его способствуют осложнение аборта и родов, диагностическое выскабливание матки, гистеросальпингография и другие внутриматочные вмешательства. Воспалительный процесс распространяется на весь функциональный и базальный слой слизистой оболочки матки или имеет очаговый характер.

В зависимости от этиологии выделяют следующие эндометриты:

1. гонорейный
2. туберкулезный
3. актиномикотический
4. неспецифический

Факторами риска развития эндометрита являются: аборты, осложненные роды, внутриматочные манипуляции (диагностическое выскабливание, гистероскопия, зондирование матки, продувание маточных труб), использование внутриматочной спирали, снижение местного и общего иммунитета, несоблюдение правил личной гигиены.

Клиника. Симптомы эндометрита появляются через несколько дней после инфицирования, которое произошло в процессе аборта, родов или внутриматочных манипуляций. Острый эндометрит продолжается около 7-10 дней, если пациентка своевременно обратилась к врачу, то заболевание проходит полностью.

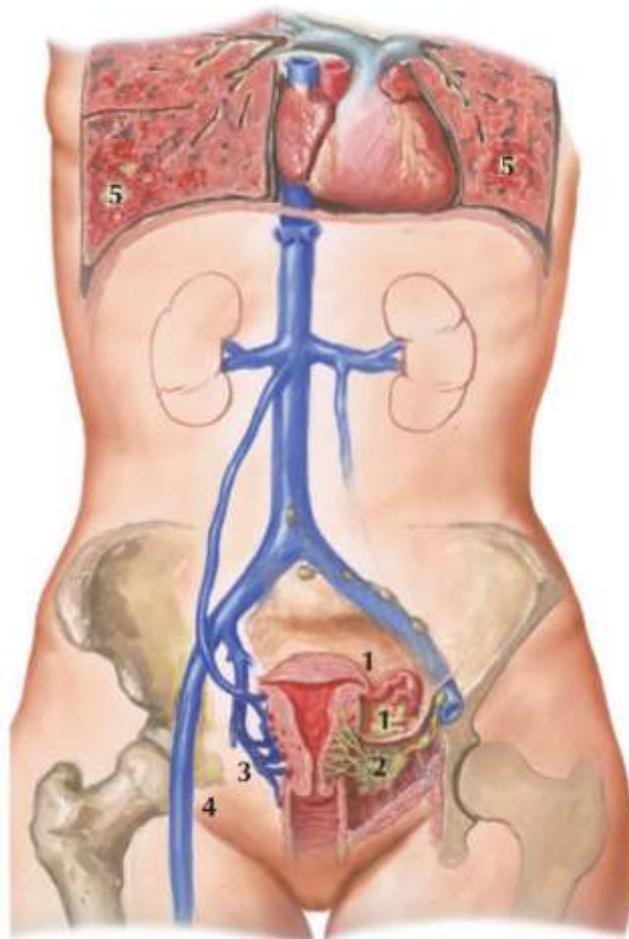


Рисунок 5.5. Распространение септического эндометрита: 1 - Перитонит; 2 - Параметрит (через лимфатические пути); 3 - Тромбофлебит тазовых вен; 4 - Тромбофлебит бедренной вены; 5 - Инфаркт или абсцесс легкого (септическая эмболия)

Основные симптомы острого эндометрита: повышение температуры, общая слабость, боль внизу живота, жидкие гнойные выделения (возможно с примесью крови), повышение СОЭ, при влагалищном исследовании определяют незначительное увеличение размеров матки, ее болезненность, мягкую консистенцию.

Анализ крови показывает лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, при пальпации определяется увеличенная, болезненная матка. Без соответствующей терапии возможен переход заболевания в хроническую форму.

Диагностика. Диагноз подтверждается с помощью бактериологического исследования содержания полости матки, ультразвукового исследования.

Лечение эндометрита – терапия, которую может назначить только врач, после осмотра и проведения ряда исследований. Самолечение может

привести к тяжелой форме заболевания, являющейся причиной бесплодия. Лечение эндометрита (особенно острого) заключается в применении следующих видов терапии:

- антибактериальной
- десенсибилизирующей
- инфузионной
- общеукрепляющей

Для общего лечения применяются антибиотики, которые действуют на возбудителя. Препарат подбирается в зависимости от чувствительности возбудителя, с учетом особенностей организма пациента. Антибактериальную терапию проводят до стойкого закрепления терапевтического эффекта. В острой стадии эндометрита используют антибиотики с учетом чувствительности к ним возбудителя, чаще доксицилин, клацид, цефобид, цифран, клафоран, полусинтетические пеницилины, уназин, метронидазол.

Отсутствие лечение приводит к распространению инфекции, что является причиной сепсиса и, как результат, спаечной болезни. Образуюсь на органах малого таза, спайки не только причиняют боль, но и являются причиной бесплодия.

II. Сальпингит, сальпингоофорит.

Сальпингоофорит (аднексит) - воспалительное заболевание маточных труб и яичников, имеющие сходный патогенез и клинику. Возбудителем аднексита могут быть гонококки, микобактерии туберкулеза, стафилококки, стрептококки, эшерихии, энтерококки, хламидии и пр.

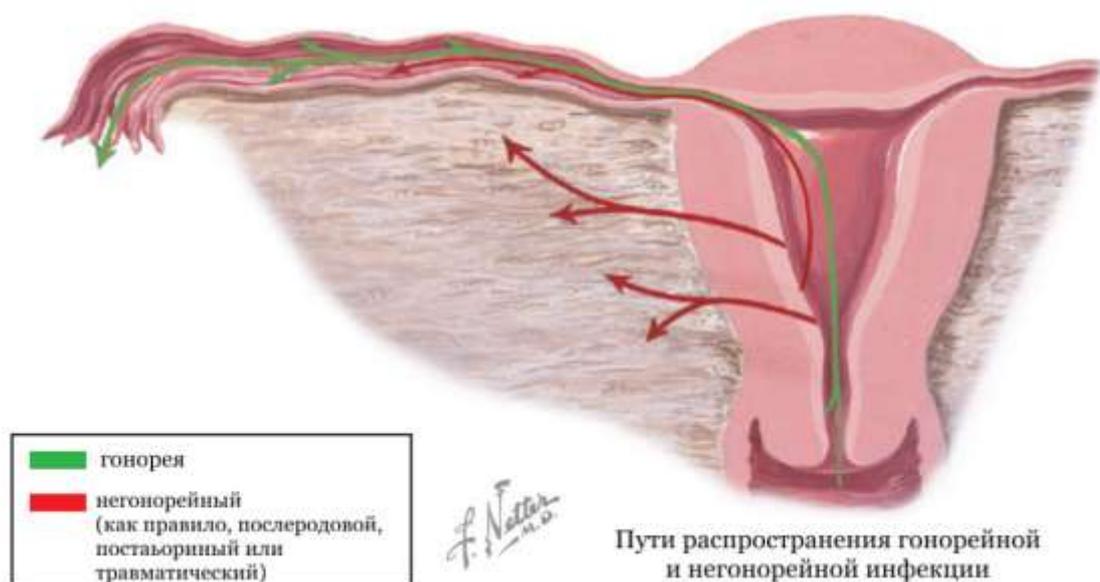


Рисунок 5.5. Пути распространения инфекции

Клиника аднексита клинически выделяют: острый и хронический аднексит.

В клинической картине острого сальпингита выделяют 2 фазы: *первая* - токсическая, клинические проявления обусловлены влиянием аэробной флоры; *во второй фазе* присоединяется анаэробная флора, что приводит к обременения симптомов заболевания и развития осложнений. В этой фазе формируются tuboовариальных образования с гнойным содержимым, которые угрожают перфорацией. *Жалобы* на повышение температуры тела, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб, дизурические признаки. В первые дни заболевания живот болезненный, напряженный при пальпации, может появиться феномен мышечному защиты. *При влагалищном исследовании*: выделения из цервикального канала серозогнойные, обильные, приложения при пальпации болезненны, увеличены в размерах, пастозные, подвижность их ограничена, контуры приложений оказываются недостаточно четко. *При исследовании крови* - сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитоз, ускорение СОЭ.

Клиника хронического аднексита. Основные жалобы на тупые, ноющие боли, которые усиливаются при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, перед или во время менструаций. Характерна иррадиация боли по механизму висцеросенсорных и висцерокутанных рефлексов. Боль, конечно, ощущается внизу живота, подвздошных участках, в области крестца, во влагалище, по ходу тазовых нервов. Нарушение менструальной функции наблюдается у 40-55% больных (полименорея, олигоменорея, альгодисменорея). Анатомические и функциональные изменения в маточных трубах и гипофункция яичников часто является причиной бесплодия. Наблюдаются также патологические завершения беременности - самопроизвольные аборты, внематочная беременность. Нарушение половой функции (болезненный coitus, снижение либидо) отмечают 35-40% больных. Часто наблюдается присутствие белей, которая возникает в связи с сопутствующим кольпитом и эндоцервицитом. Изменения в нервной системе нередко приводят к развитию невротических состояний, снижению работоспособности. Отмечают два варианта обострения хронического сальпингоофорита: - увеличивается патологическая секреция, экссудативный процесс в приложениях матки, увеличивается число лейкоцитов, ускоряется СОЭ; - преобладают жалобы на усиление боли, ухудшение самочувствия, снижение работоспособности, лабильность настроения, объективные показатели обострения отсутствуют.

Диагностика.

Диагностика острого аднексита (сальпингоофорита) основывается на данных анамнеза и типичной клинике, подтверждением диагноза может служить ультразвуковое исследование.

Диагноз хронического аднексита ставится на основании: анамнеза (острый аднексит после аборта, осложненные роды, переохлаждение), данных клинического обследования, при влагалищном исследовании выявляются изменения от незначительной болезненности, УЗИ (выразительность эхорисунка, гидросальпинкс), гистеросальпингографии (для определения анатомических изменений труб матки).

Лечение

Лечение острого аднексита (сальпингофорита) проводится только в условиях стационара. Больным показан полный покой, постельный режим, обезболивающие средства в зависимости от выраженности болевого синдрома, антибиотики широкого спектра действия или противомикробные препараты из группы фторхинолонов, противовоспалительные и десенсибилизирующие средства. После стихания острых воспалительных явлений показаны биостимуляторы и физиотерапия (электрофорез с калием, магнием, цинком, ультразвук на низ живота, вибромассаж).

В лечении хронической стадии аднексита (сальпингофорита) доминируют физиотерапия и бальнеолечение. Применение антибактериальной терапии не показано, так как даже при обострении не происходит активации аутоинфекции или реинфекции. Применяется обезболивающая, десенсибилизирующая и противовоспалительная терапия в разных сочетаниях в зависимости от преимущественной симптоматики у конкретной больной. Обязательно используется местное лечение в виде грязевых и озокеритных аппликаций, вагинальных ванночек, гинекологического массажа. Кроме того, пациенткам показана общеукрепляющая терапия, витамины, иммуностимуляторы, неплохой эффект дает психотерапия.

III. Параметрит

Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки. Возникает чаще всего после различных вмешательств на матке (патологические роды, аборты, гинекологические операции). Патогенная или условно-патогенная флора проникает в параметрий при травматизации матки либо — реже — лимфогенным или гематогенным путем из рядом расположенных очагов инфекции (аднексит, эндоцервицит, кольпит). 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 по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке, от переднебоковых отделов шейки — к пупартовой связке и боковым отделам живота, от заднебоковых отделов шейки — к стенкам таза, от заднего отдела шейки — к прямой кишке.

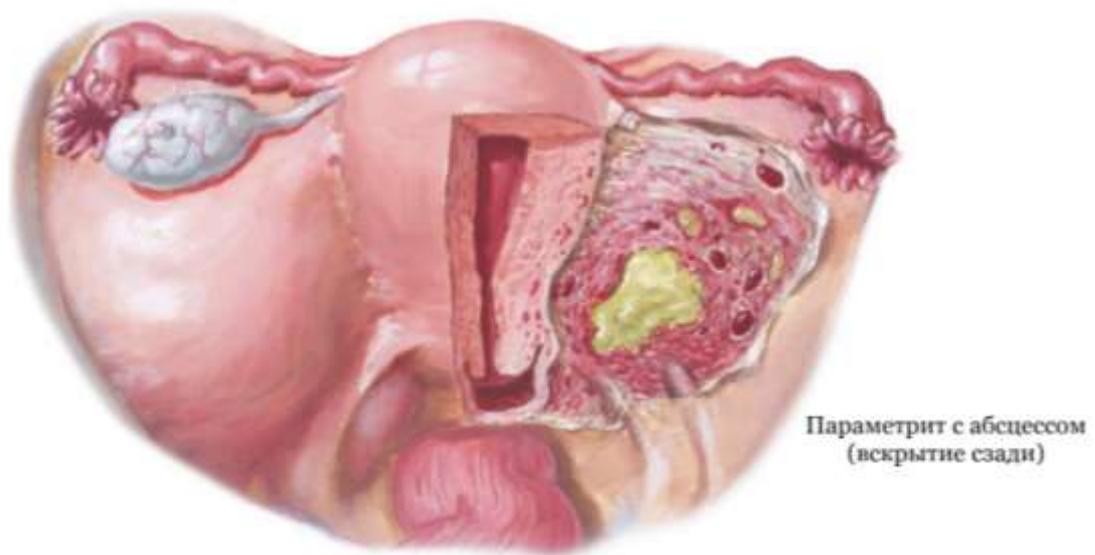


Рисунок 5.5. Параметрит

Клиника

К первым и ранним проявлениям параметрита относятся фебрилитет (t° тела 38-39 $^{\circ}\text{C}$), постоянные, часто колющую или режущие боли в животе, иррадиирующие в крестец и поясницу. При нагноении параметрия состояние пациентки ухудшается: еще больше повышается температура, принимая гектический характер; отмечается тахикардия, ознобы, жажда, головные боли.

При вовлечении в кольцо инфильтрата мочевого пузыря или прямой кишки наблюдается клиника цистита или проктита с тенезмами. В случае распространения параметрита на пояснично-подвздошную мышцу развивается ее воспаление – псоит, который характеризуется типичной сгибательной контрактурой бедра на стороне поражения.

При хроническом параметрите боли ослабевают и усиливаются только при половом сношении; могут отмечаться функциональные изменения сердечно-сосудистой и нервной систем; нарушения менструальной функции.

Диагностика

В крови больных обычно отмечается только стойкое повышение СОЭ. При развитии нагноения инфильтрата возникают лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, диспротеинемия и пр. 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. Затем 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. Осложнения могут возникнуть при несвоевременной диагностике и развитии нагноения инфильтрата — прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевого пузыря.

В процессе диагностики параметрит дифференцируют с трубно-яичниковым абсцессом, опухолями, пельвиоперитонитом.

Лечение

Лечение следует начинать с назначения антибиотиков широкого спектра или препаратов фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом в течение 5—7 дней. Женщина находится на строгом постельном режиме, показан холод на низ живота, внутривенное капельное введение хлористого кальция до 150 мл 3%-ного раствора. При нагноении вскрывают гнойник через задний свод влагалища либо со стороны передней брюшной стенки (внебрюшинно). 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, легкое тепло, свечи с индометацином. Заболевание отличается длительным обратным развитием. Спустя 4—6 месяцев показано санаторно-курортное лечение с использованием грязевых влагалищных тампонов, сероводородных орошений или ванночек, гинекологического массажа.

5.1 Вульвовагинит и кольпит девочек в нейтральном периоде

Вульвовагинит — нередкое заболевание, характеризующееся воспалением преддверия влагалища (вульвит) и слизистой оболочки влагалища (кольпит), вызванное различными причинами.

Актуальность изучения вульвовагинитов у девочек объясняется высокой частотой регистрации этого заболевания, торпидностью течения, склонностью к рецидивам. В дальнейшем у этих пациенток возникают проблемы с репродуктивной функцией: трубное бесплодие, невынашивание беременности, атоническая беременность.

Высокая частота заболевания объясняется особенностями анатомофизиологического строения мочеполовых органов: избыточная складчатость слизистых оболочек, недостаточное смыкание срамных губ в

нижних отделах: низкая эстрогенная насыщенность организма, недостаточная выработка гликогена, истонченность и замедленная пролиферация эндотелия полового тракта, нейтральная или слабая щелочная среда влагалища, преобладание во влагалище кокковой флоры, сниженный местный иммунитет, тонкий многослойный плоский эпителий преддверия влагалища, наличие девственной плевы.

Важное значение имеет состояние биоценоза влагалища которое определяется функцией яичников, концентрацией лактофлоры. Максимально часто вульвовагиниты возникают в возрасте 3-7 лет, так называемый нейтральный период полового созревания (85 % обращающихся за помощью пациенток моложе 8 лет), поскольку в это время процессы самоочищения влагалища практически отсутствуют.

Одним из факторов роста вульвовагинитов у девочек является бесконтрольный рост, особенно бессимптомных и торпидно протекающих, урогенитальных инфекций среди взрослого населения.



Рисунок 5.5. Вульвовагинит

Этиология и патогенез. Вульвовагиниты делятся на специфические, вызываемые гонококками, трихомонадами и хламидиями, вирусами и грибами неспецифические. Неспецифические вульвовагиниты могут быть первичными и вторичными, которые являются следствием общего заболевания; инфекционными и неинфекционными

Неспецифические первичные вульвовагиниты могут быть вызваны травмой половых органов, нарушением правил личной гигиены и наоборот злоупотреблением гигиеническими процедурами (частое подмывание, спринцевание), переполнением мочевого пузыря, запорами, нахождением девочки в запыленном помещении, мастурбацией, чтением возбуждающей литературы.

В качестве причин вторичных неспецифических вульвовагинитов у девочек могут быть: глистная инвазии, уретровагинальный рефлюкс, атопический дерматит, аллергические заболевания (у таких детей обострение вульвовагинита вызывается приемом пищевых аллергенов, обострением аллергического заболевания - в мазках обнаруживается повышенное количество эозинофилов); богатая экстрактивными веществами и пряностями, шоколад, детский алкоголизм, хронические заболевания ЛОР - органов, верхних дыхательных путей, органов мочевыводящей системы, анемия, системные заболевания крови, сахарный диабет, гломерулонефрит, пиелит, цистит, инфантилизм, иммунодепрессивные состояния, возрастная иммунологическая перестройка, скопление крови в рудиментарных образованиях, длительное маточное кровотечение.

Неспецифические первичные вульвовагиниты могут быть вызваны активацией условно - патогенной флоры мочеполовых органов девочки. Активизации сапрофитирующей флоры способствует развитие дисбактериоза после применения антибиотиков, кортикостероидов, нерационального применения витаминов.

В качестве инфекционных причин первичных неспецифических вульвовагинитов выступают стафилококки, стрептококки. Вульвовагиниты могут развиваться в результате заноса кишечной палочки, энтерококков и других представителей флоры кишечника. Микробиологическое исследование с обнаружением кишечной палочки и других представителей микрофлоры кишечника позволяет подтвердить причину вульвовагинита.

В большинстве случаев причиной инфекционного вульвовагинита являются бактерии и грибы (70 %), в 20 % - вирусы, в 10 % обнаружить возбудителя не удается.

У половины пациенток наблюдается микст - инфекция, при которой увеличивается патогенность каждого возбудителя.

Клиническая картина. В зависимости от давности заболевания вульвовагиниты разделяют на: острые (срок заболевания не более 1 месяца, подострые (от 1 месяца до 3 – х) и хронические (свыше 3-х месяцев).

Неспецифические вульвовагиниты. Несмотря на различную этиологию, клинические проявления неспецифических вульвовагинитов сходны между собой. Процесс обостряется на фоне респираторных заболеваний, хорошо поддается лечению сульфаниламидными препаратами и препаратами метранидозолового ряда. Общее состояние детей, как правило, не нарушается. Отмечаются жалобы на жжение после мочеиспускания, зуд и незначительную болезненность наружных половых органов, иногда боль может иррадиировать в паховые складки. Маленькие дети 4-5 лет могут жаловаться на боли в бедре или в колене из-за неумения определить источник боли. Чувство стыдливости детей более старшего возраста заставляет указывать на боли в животе вместо гениталий.

В большинстве случаев неспецифические вульвовагиниты протекают со скудной симптоматикой, не имеют специфических признаков, обостряются на фоне интеркуррентных заболеваний, переохлаждения, проводимая терапия (как правило, антибио-тики пенициллинового ряда) приводит к временному улучшению.

Гиперемия и отек наружных половых органов встречается практически при всех видах вульвовагинитов. Следующий постоянный признак - бели (водянисто-желтые или серозно-гнойные). Бели могут наблюдаться не только при специфической и неспецифической инфекции мочеполовых органов, но и при общих инфекционных заболеваниях, интоксикациях, заболеваниях сердца и почек, анемии, новообразованиях.

Ряд особенностей имеет обследование ребенка с проявлениями вульвовагинита. Дети часто оказывают физическое сопротивление действиям медицинского персонала, поэтому к осмотру ребенка нужно подготовиться заранее. Совершенно недопустимо грубое обращение с ребенком, применение насильственных мер. Девочку нужно отвлечь ласковым обращением, скрыть приготовленные для обследования инструменты, позволить держать при себе любимые игрушки, книги. Применяемые для обследования инструменты должны быть наименее травмирующими, требуемых размеров. Осматривать девочку можно в положении лежа с

ногами, согнутыми в коленных суставах или с приведенными к животу. В последнем случае требуется помощь медицинского персонала. При наличии детского гинекологического кресла можно воспользоваться им. В начале осматривается живот, затем наружные гениталии и девственная плева. Забор мазков производится из преддверия влагалища, уретры, парауретральных ходов, выводных протоков больших вестибулярных желез и прямой кишки. Для забора материала используются детские катетеры, пипетки, желобоватый зонд, ложечки различной формы. Если по каким-то причинам невозможно произвести забор материала из влагалища, то мазки можно приготовить и центрифугата утренней мочи. Бимануальное (прямокишечно - брюшностеночное) исследование производится у детей до 6 лет мизинцем. В исключительных случаях допустимо прямокишечно - влагалищное исследование одним пальцем. В таких ситуациях необходимо согласие родителей на обследование, а при непосредственной процедуре в кабинете должно находиться третье лицо. Иногда для обследования применяется ингаляционный наркоз. Вагиноскопия, кольпоскопия и цервикоскопия производится по показаниям.

Диагностика вульвовагинитов включает мазок из влагалища на наличие микро-флоры, бактериологическое исследование, консультацию нефролога, исследование кала на дисбактериоз, консультацию гастроэнтеролога, ультразвуковое исследование внутренних половых органов.

Лечение неспецифических вульвовагинитов. Лечение проводится амбулаторно, лишь в торпидных и часто рецидивирующих случаях показано стационарное лечение. В легких случаях бывает достаточно соблюдать гигиенические требования, наладить диету. Проводится лечение сопутствующих заболеваний, вторично вызывающих вульвовагинит. Общая противомикробная терапия назначается редко, при идентификации возбудителя и определения чувствительности к нему. При вульвовагинитах аллергического генеза препараты пенициллина не назначаются, поскольку могут усугубить процесс из-за выраженного аллергического действия. Местно производится промывание влагалища растворами фурацилина - 1:10 000, риванола - 1: 5000, 3 % перекиси водорода, сидячие ванночки с настоем ромашки, шалфея, листьев эвкалипта. Указанные процедуры назначаются не более 3-5 дней, из-за вымывания гликогена и снижения факторов местной защиты происходит медленное заселение палочками Дедерлейна. Местное применение антибиотиков производится также в торпидных и рецидивирующих случаях назначением свеч с содержанием антибиотиков или орошение влагалища растворами антибиотиков.

Для санации мочевыводящих путей при неспецифических вульвовагинитах применяются уросептики. Лактобактерин, бифидумбактерин, бактисубтил применяют местно и внутрь в возрастных дозировках в течение 10 дней с целью восстановления микрофлоры влагалища после проведенной санации

влагалища и вульвы. В качестве иммуномодулятора может применяться и дибазол из расчета 1 мг на каждый год жизни 1 раз в день в течение месяца. Для лечения вульвовагинитов у детей старше одного года применяются иммуностимуляторы микробного происхождения и химически чистые препараты.

Причиной вульвовагинитов у девочек также может быть энтеробиоз. В таких случаях отмечается плохой сон ребенка, девочка может просыпаться ночью с жалобами на бо-ли в области наружных половых органов, зуд кожи промежности. Иногда удается обна-ружить остриц в испражнениях ребенка, на коже в перианальной области или даже в отделяемом из влагалища. При осмотре обнаруживается гиперемия складок ануса, их утолщение, следы расчесов. В таких случаях необходимо взять соскоб с перианальных складок на яйца остриц. Для лечения энтеробиоза применяется пирантел 10 мг на 1 кг веса ребенка. Лечение повторяют через месяц. Членам семьи также необходимо про-вести антигельминтную терапию и рекомендовать соблюдать правила личной гигиены. Применяются антибиотики, к которым чувствительна обнаруженная микрофлора. Более эффективным считается комплексное лечение системных и местных антибиотиков.

Наличие во влагалище инородного тела может быть одной из причин вульвовагинита. Пациенты обращаются с жалобами на кровянисто - гнойные выделения из влагалища, на коже промежности и бедер могут быть проявления пиодермии - результат мацера-ции. Ведущую роль в диагностике этого вида вульвовагинитов играет ректоабдоминальное исследование, вагиноскопия или осмотр в детских влагалищных зеркалах. При проведении этих исследований выделения усиливаются за счет травматизации грануляций, разросшихся вокруг инородного тела. При проведении этих исследований можно попытаться подтолкнуть инородное тело к входу во влагалище, где оно более доступно для захвата зажимом. Мелкие инородные тела: кусочки ваты, ткань можно вымыть под давлением жидкости через резиновый катетер, на который надевают шприц объемом 20 мм³. После извлечения инородного тела влагалище промывают антисепти-ческим раствором, затем эту процедуру повторяют в течение 2-3 дней.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Что из перечисленного не относится к воспалительным заболеваниям верхнего отдела полового тракта?

А) Эндометрит

- В) Вульвит
- С) Сальпингит
- Д) Параметрит

2. Какие выделения характерны для неспецифического бактериального вагинита?

- А) Кровянистые
- В) Густые творожистые
- С) Жидкие серовато-белые
- Д) Зеленоватые с запахом

3. Какой основной возбудитель острого эндометрита?

- А) Вирус папилломы человека
- В) Гонококк
- С) Стафилококк
- Д) Простейшие

4. Какое осложнение чаще всего возникает при хроническом сальпингите?

- А) Гидросальпинкс
- В) Разрыв матки
- С) Атрезия влагалища
- Д) Образование полипов

5. Какой симптом наиболее характерен для острого параметрита?

- А) Зуд и жжение
- В) Головокружение
- С) Тупая боль внизу живота
- Д) Отеки и язвы на малых половых губах

6. Какие изменения выявляются на УЗИ при остром эндометрите?

- А) Увеличение эндометрия с гнойными включениями
- В) Истончение эндометрия
- С) Полипы эндометрия
- Д) Отсутствие изменений

7. Какие микроорганизмы чаще всего вызывают неспецифический кольпит?

- А) Гонококки
- В) Кишечная палочка и стафилококки
- С) Простейшие
- Д) Хламидии

8. Какое осложнение может возникнуть при остром параметрите?

- A) Пельвиоперитонит
- B) Аплазия матки
- C) Гидросальпинкс
- D) Кандидозный вульвит

9. Какой метод является "золотым стандартом" диагностики сальпингита?

- A) Анализ мазка
- B) Лапароскопия
- C) МРТ малого таза
- D) Анализ мочи

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Опишите основные этиологические факторы и патогенез эндометрита.

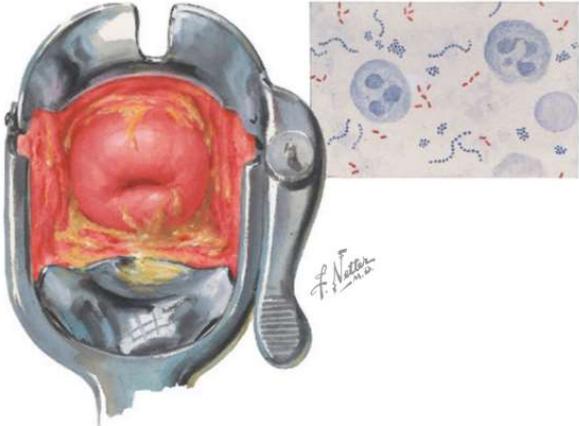
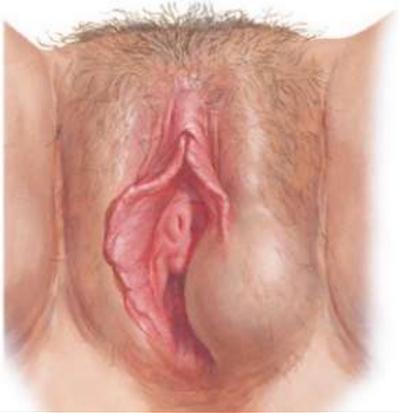
2. Какие симптомы и методы диагностики характерны для острого сальпингита?

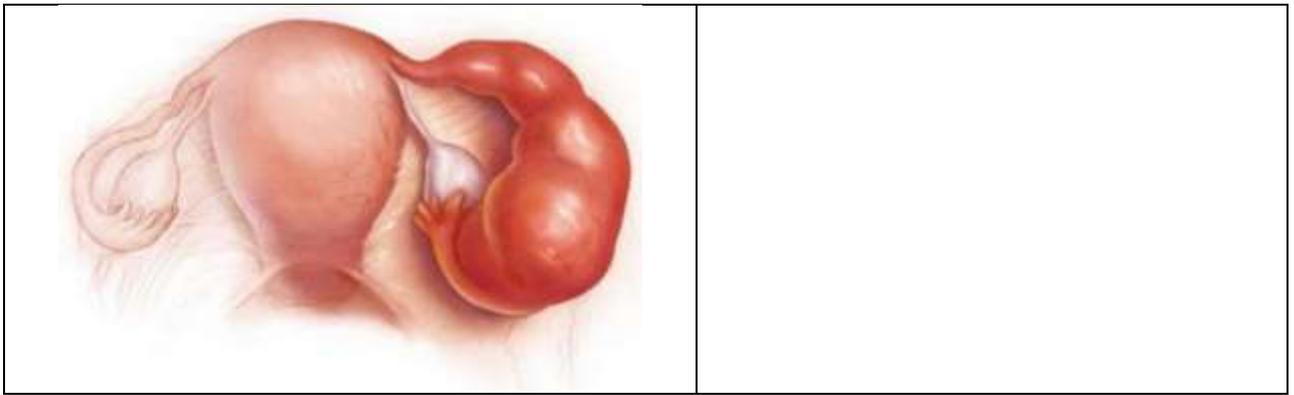
3. Каковы основные принципы лечения неспецифического вульвита?

4. Охарактеризуйте клиническую картину и осложнения параметрита.

5. Какие профилактические меры можно рекомендовать для предотвращения кольпита у девочек в нейтральном периоде?

III. Вопросы с картинками

<p>1. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.</p> 	<p>➤</p>
<p>2. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.</p> 	<p>➤</p>
<p>3. Этиопатогенез. Клиника. Лечение</p>	<p>➤</p>



IV. Заполните таблицу

Таблица №1

Перечислите неспецифические воспалительные заболевания нижних половых органов	Перечислите неспецифические воспалительные заболевания верхних половых органов
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

Таблица №2

№	Заболевание	Клиническая картина					
		Повышение температуры тела	Мено или метроррагия	Боль в животе по средней линии	Односторонняя боль внизу живота	Кровянистые выделения с гноем	Гнойные или серозные выделения
1	Острый эндометрит						
2	Хронический эндометрит						
3	Сальпингит						

4	Пиосальпинкс						
---	--------------	--	--	--	--	--	--

V. Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 25 лет обратилась с жалобами на резкую боль внизу живота, общую слабость, повышение температуры до 38,5°C. Жалуется на гнойные выделения из влагалища с неприятным запахом. Менструации регулярные, но последние месячные были более обильными и болезненными. Из анамнеза известно: 2 недели назад был произведён медикаментозный аборт. При осмотре: тахикардия, болезненность при пальпации матки, увеличение её размеров.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие диагностические методы помогут подтвердить диагноз?
3. Каковы этапы лечения?

Задача №2

Девочка 10 лет поступила с жалобами на зуд и жжение в области наружных половых органов, усиление дискомфорта при мочеиспускании. Мать отмечает, что девочка плохо соблюдает гигиену и часто трогает промежность грязными руками. Со слов матери, неделю назад ребёнок перенёс ОРВИ. При осмотре: гиперемия и отёк малых половых губ, серозно-гнойные выделения.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Какое лечение необходимо?

Задача №3

Женщина 35 лет поступила с жалобами на хронические тупые боли внизу живота, которые усиливаются перед менструацией, нерегулярные и обильные менструации, сопровождающиеся появлением сгустков. В анамнезе: два самопроизвольных выкидыша. При осмотре: болезненность при пальпации левого придатка, повышенная температура тела до 37,5°C. На УЗИ выявлено увеличение левой маточной трубы и признаки гидросальпинкса.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие диагностические мероприятия следует провести?
3. Какие этапы лечения необходимы?

Глава №6. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.

I. Гонорея

Этиология.

Заболевание вызывается гонококком; гонококки чувствительны к повышенной температуре (погибают при температуре более 56 градусов), высыханию, действию химических соединений (соли серебра, ртути). При лечении сульфаниламидами и антибиотиками могут образовываться L-формы гонококка, отличающиеся от типичной морфологическими и биологическими свойствами, это происходит при условии недостаточной дозировки препаратов. Гонококк становится нечувствительным к препарату, вызывавшему их образование (переносят, дозу в тысячи раз большую, чем чувствительные гонококки). Имеют различную величину, чаще шаровидную форму. В последнее время распространены штаммы, вырабатывающие пенициллиназу. Инкубационный период при гонорее составляет от 3-5 до 14-15 дней.

Патогенез.

Путь передачи чаще половой, бытовой путь (через белье, мочалки, полотенца). Наблюдается очень редко (чаще у девочек). Гонококки поражают отделы половой системы, выстланные однослойным эпителием: цилиндрическим (уретра, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, цервикальный канал, тело матки, маточные трубы). И эндотелием (синовиальные оболочки, брюшина, зародышевый эндотелий, яичники), а также мочевой пузырь и прямую кишку. Описаны случаи орофарингеальной гонореи, гонорейного стоматита, насморка, гонореи глаз.

Слизистая влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококкам. Гонококк распространяется чаще по слизистой оболочке путем непосредственного перехода по “каналам” (каналикулярный путь распространения – по протяжению). Гонококки могут проникать в кровь, чему способствует обильная сеть кровеносных сосудов в мочеполовых органах. Приобретенного иммунитета при гонорее нет. Реинфекция протекает так же остро, как и первичное заражение. Врожденного иммунитета также не существует.

Классификация.

I. По клиническому течению.

1) Свежая гонорея – длительность заболевания до 2 месяцев:

- *острая гонорея* – воспалительные процессы, возникшие не более 2 недель назад;
- *подострая гонорея* – воспалительные процессы, давность которых составляет 2-8 недель;
- *торпидная* (малосимптомная) гонорея – вариант течения заболевания, когда при незначительных клинических проявлениях или их отсутствии удаётся обнаружить гонококки;

2) Хроническая гонорея – вяло протекающее заболевание продолжительностью более 2 мес.

II. По локализации

а. Нижнего отдела половых органов

б. Верхнего отдела половых органов

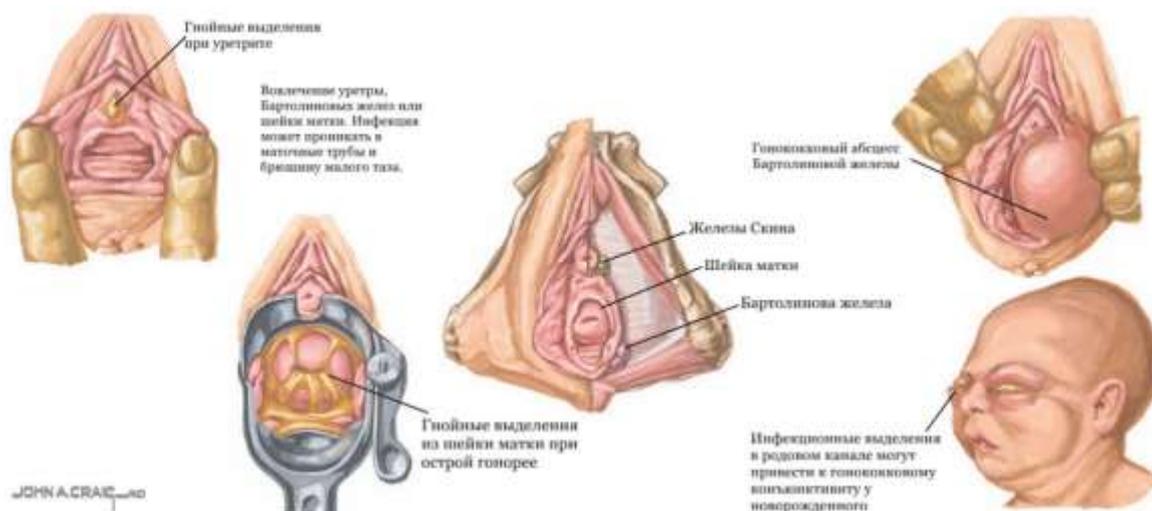


Рисунок 6.1. Гонорея

Гонорея нижних отделов половых органов.

1. Гонорейный уретрит.

Клиника: ощущения боли и рези в начале мочеиспускания (передний уретрит) либо в конце его (задний уретрит).

Объективно: отек и гиперемия губок уретры, выделения из уретры гнойные, желтоватого цвета.

2. Гонорейный эндоцервицит (85-98%).

Клиника: жалобы на гнойевидные бели, тянущая боль внизу живота.

Объективно: отек и гиперемия слизистой шейки матки, истинная эрозия вокруг наружного отверстия цервикального канала.

3. Гонорейный бартолинит

4. Гонорейный кольпит и вульвовагинит.

Клиника: жалобы на обильные выделения, жжение и зуд. Процесс часто сочетается с кандидозным и трихомонадным кольпитом.

5. Гонорейный проктит (30-47%). Обычно сочетается с поражением мочеполовых органов и развивается вторично в результате затекания гноя из половых путей.

Клиника характеризуется тенезмами, жжением и зудом в анусе и незначительными выделениями.

Объективно: кожа вокруг ануса гиперемирована, складки отечны, с наличием трещин и гнойного отделяемого, изредка наблюдается полипозные разрастания.

Гонорея верхнего отдела половых органов.

1. Гонорейный эндометрит.

Клиника: ощущение тяжести внизу живота, недомогание, головная боль, обильные серозно-гнойные, сукровичные или кровяные выделения, повышение температуры тела.

Объективно: при двуручном гинекологическом исследовании определяются увеличенная болезненная матка мягкой консистенции.

2. Гонорейный сальпингоофорит.

Обычно бывает двусторонним (в отличие от септического). Заболевание может протекать длительно с частыми обострениями, формированием воспалительных тубовариальных образований, пиосальпинкса.

3. Гонорейный пельвиоперитонит.

Наблюдается у 16.4% больных свежей и 2.2% - хронической гонореей. Процесс обычно развивается с брюшинного покрова маточных труб, распространяется на периметрий, брюшину малого таза и брюшной полости, характеризуется склонностью к образованию спаек и сращений. Характерно внезапное начало - резкая боль внизу живота, тошнота, рвота, задержка стула

и газов, повышение температуры тела до 40 градусов. Живот при осмотре резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины.

Диагностика

Бактериоскопия (материал - из цервикального канала, уретры, влагалища, при необходимости - прямой кишки).

Бактериологические методы - посев указанных выделений на среду с добавлением нативного белка и витаминов.

При хронической и торпидной гонорее эти исследования проводят в течение первых 3-х дней после провокации.

Методы провокации:

- химическая - смазывание уретры раствором азотнокислого серебра
- биологическая - внутримышечное введение гоновакцины (500 млн. микробных тел)
- физиологическая - менструация, когда мазки берут в дни наибольшего кровотечения
- физиотерапевтические процедуры - индуктотермия, ультразвук

Лечение.

Антибактериальная терапия.

- Бензилпенициллин натрий 1 млн. 4-6 раз в сутки внутримышечно в течение 5 дней.
- Оксациллин 1.0 4 раза в сутки внутримышечно в течение 1 недели.
- Цефазолин 1.0 2-4 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней.
- Тетрациклин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней.
- Левомецетин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней.
- Сульфадиметоксин 1.0 4 раза в сутки 5-7 дней.

Иммунотерапия - используют специфическую гонококковую вакцину и неспецифическую иммунотерапия - пирогены, продигиозан, аутогематерапию (АГТ).

Критерием излеченности гонорее является отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3-х дней менструальных циклов.

II. Трихомониаз

Трихомониаз (трихомоноз) - одно из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Возбудитель трихомониаза - трихомонада. Трихомонады очень часто являются причиной воспалительных заболеваний половых органов у женщин. Часто трихомонады выявляются в результатах анализов вместе с хламидиями, гонококками, вирусами. Возбудитель, поражает, в основном, слизистую оболочку влагалища. В организме иммунитет к трихомонадам не развивается, поэтому возможно неоднократное повторное заражение трихомониазом. Заражение трихомониазом происходит преимущественно половым путем, хотя возможен и бытовой путь заражения при ношении чужого белья, пользования общим полотенцем. Возможно также заражение трихомониазом плода во время родов от больной матери. Инкубационный период трихомониаза (время от момента заражения до появления симптомов) обычно составляет 5-15 дней.

Основной симптом трихомониаза у женщин - *выделения из влагалища*, как правило, жидкие, пенистые, желтоватого цвета или желтые, сопровождающиеся зудом и жжением половых органов.

Развитию трихомоноза способствует снижение иммунитета, гормональные нарушения, нарушение микрофлоры влагалища у женщин. Трихомонады активно размножаются во время менструации.

С учетом продолжительности заболевания и его симптомов различают три формы трихомониаза:

- Острый трихомониаз
- Хронический трихомониаз (длительность заболевания более 2 месяцев)
- Трихомонадоносительство (отсутствие симптомов трихомониаза при наличии трихомонад в выделениях из влагалища)

В последнее время очень распространено бессимптомное течение гинекологических заболеваний, в том числе передающихся половым путём. Даже патологические выделения из влагалища при таких заболеваниях не всегда бывают. Без анализов отличить их от нормальных выделений сложно. При скрытом течении женских болезней нет боли в животе, кровотечений, нарушений менструального цикла и других симптомов. Поэтому каждой женщине минимум два раза в году необходим профилактический осмотр гинеколога.

Симптомы острого трихомониаза у женщин - обильные выделения из влагалища, зуд и жжение в области наружных половых органов. Выделения, как правило, жидкие, пенистые, желтоватого цвета или желтые. При поражении мочеиспускательного канала наблюдается жжение и болезненность при мочеиспускании.

Хронический трихомониаз характеризуется длительностью течения и периодическими обострениями с появлением выше указанных симптомов. Обострения хронического трихомониаза возникают под действием различных провоцирующих факторов - стрессов, заболеваний, переохлаждения, нарушения правил гигиены.

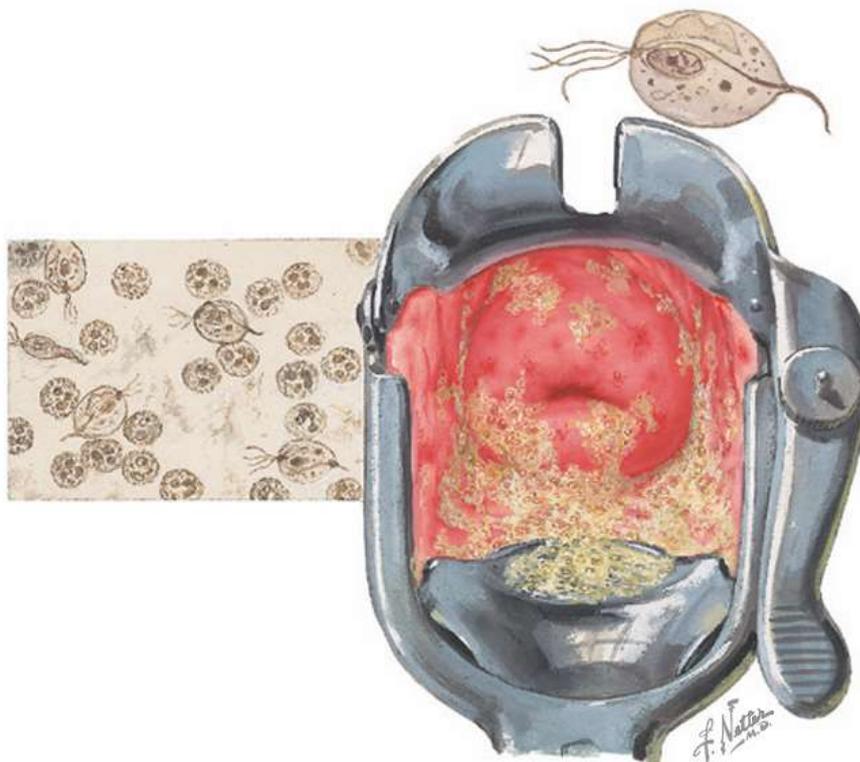


Рисунок 6.2. Трихомониаз

Методы исследования, применяемые гинекологом для диагностики урогенитальных инфекций, в том числе трихомониаза:

- сбор анамнеза – наличие у женщины хронического воспаления половых органов, бесплодие, невынашивание беременности, патологическое течение предыдущей беременности, воспаление мочеполовых путей у полового партнера
- осмотр наружных половых органов женщины для определения признаков воспаления (отек, гиперемия) слизистой уретры и вульвы, патологических выделений
- осмотр в зеркалах для определения признаков воспаления в области слизистой влагалища и шейки матки, патологических выделений
- бимануальное гинекологическое обследование – наличие признаков воспаления матки и придатков

Показаниями к назначению анализов на трихомониаз являются:

- наличие признаков острого воспаления или хронических урогенитальных инфекций
- бесплодие
- самопроизвольные аборты, патология беременности
- наличие у женщины полового партнера с урогенитальными инфекциями

Анализы при подозрении на урогенитальную инфекцию, в том числе трихомониаз:

- I. общий анализ крови
- II. общий анализ мочи
- III. бактериоскопический анализ выделений (мазок)
- IV. ПЦР диагностика
- V. посев с определением чувствительности к антибиотикам и противогрибковым препаратам.



Рисунок 6.3. Statuslocalis при трихомониазе

Основной метод диагностики трихомониаза — это оценка гинекологом симптомов трихомониаза во время гинекологического осмотра и результата анализа мазка из влагалища. Выявлению сопутствующей трихомониазу условно-патогенной флоры помогает посев выделений из влагалища на дисбактериоз с одновременным определением чувствительности флоры к антибиотикам. Для общей оценки заболевания также рекомендуется

проведение исследований на хламидии, микоплазмы, ВИЧ, гепатиты и другие инфекции передающиеся половым путём, которые часто выявляются при трихомониазе.

Возможны ложноотрицательные результаты анализа даже при наличии явных симптомов урогенитальной инфекции. Возможные причины такого результата анализа:

- материал для анализа был взят или исследован неудачно
- женщина менее чем за месяц до сдачи анализа принимала антибиотики, или использовала свечи, спринцевания
- не было учтено, что перед забором материала из уретры нельзя мочиться в течение 1 часа
- отсутствие генома микроорганизма в образце материала (в выделениях) при локализации воспалительного процесса в глубоких отделах половой системы (яичники, маточные трубы, предстательная железа)

При лечении трихомониаза следует соблюдать следующие правила:

1. вместе с женщиной обязательно должен лечиться ее половой партнер
2. половая жизнь в период лечения запрещается
3. лечение трихомониаза необходимо при всех формах заболевания (включая трихомонадоносительство)

Контроль результата лечения проводится через 7-10 дней после лечения, а затем повторно в течение 3 менструальных циклов. При отсутствии трихомонад в выделениях из влагалища после окончания менструации лечение следует считать успешным. Необходимость обязательного лечения трихомонадоносительства вызвана тем, что трихомонада во многих случаях является причиной бесплодия у мужчин и женщин. Продукты жизнедеятельности трихомонад снижают жизнеспособность сперматозоидов и обездвиживают их. Такое же воздействие оказывают и трихомонады, находящиеся в половых путях женщины. При беременности трихомонады вызывают инфицирование плодных оболочек, что приводит к преждевременным родам и инфекционному поражению плода. При хроническом трихомониазе лечение дополняют методами коррекции иммунитета. При смешанных инфекциях противотрихомонадные препараты сочетают с соответствующими средствами.

III. Хламидиоз.

Хламидиоз- возбудителем является облигатный внутриклеточным микроорганизм *Chlamydia trachomatis*. Хламидии выделяются из половых путей у 12-18% женщин репродуктивного периода, ведущих половую жизнь,

и приблизительно у 5% женщин, никогда не живших половой жизнью. Инфицирование происходит половым путем или внутриутробно.

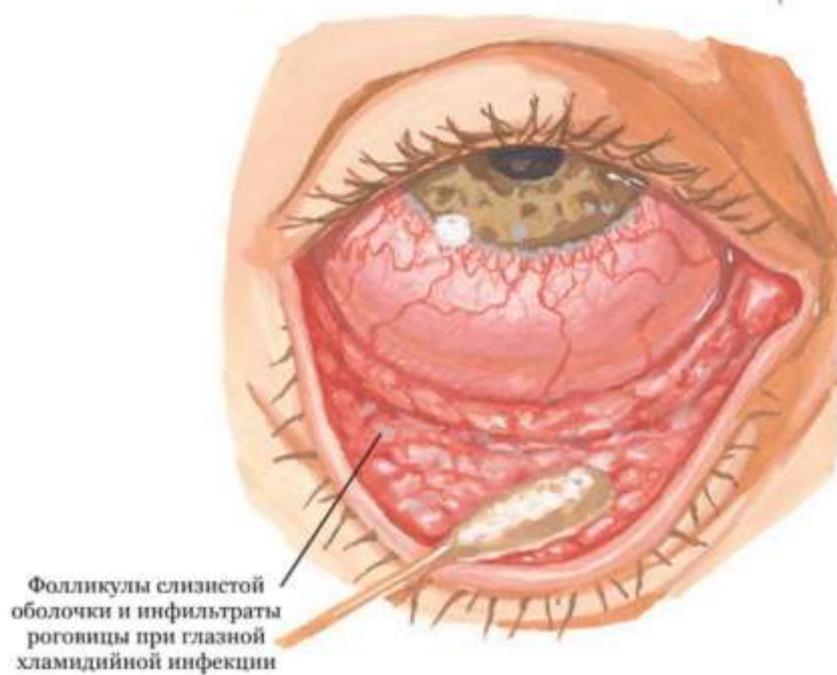
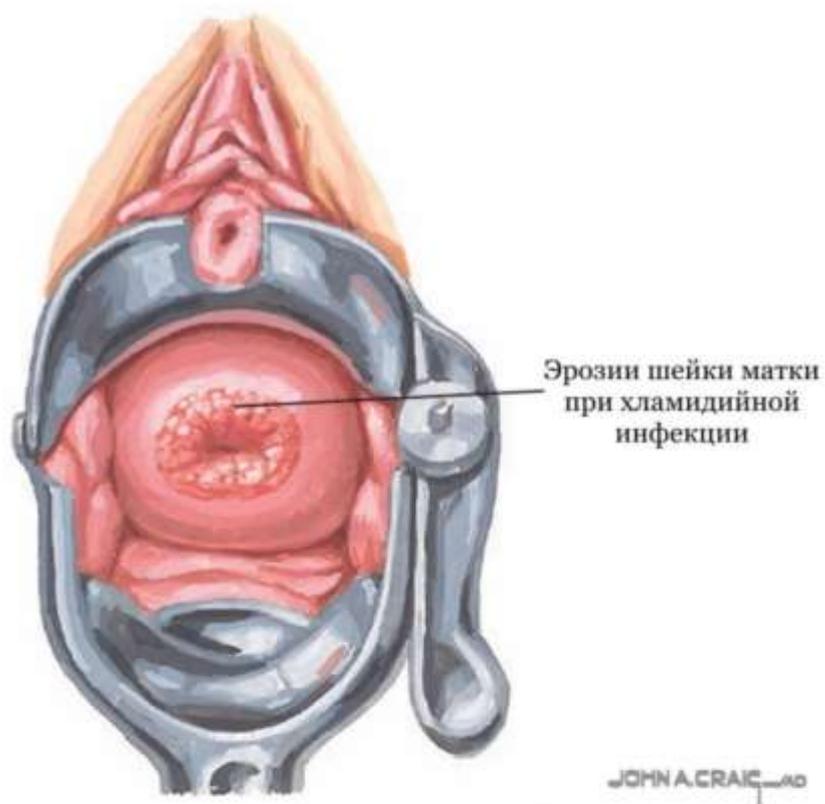


Рисунок 6.4. Хламидиоз

Пути передачи инфекции: при половом контакте; при оральном сексе; редко возможен бытовой путь передачи.

Течение и ведение беременности.

У беременных хламидиоз также чаще всего проявляется бессимптомно или в виде воспалительного процесса шейки матки (цервицит).

Осложнения: угрожающие преждевременные роды, многоводие, дородовое излитие вод, плацентарная недостаточность, внутриутробное и интранатальное заражение плода.

Новорожденные в 40-50 % случаев имеют клинически выраженную внутриутробную инфекцию: конъюнктивит и пневмонию, фарингит, отит, вульвовагинит, уретрит. У недоношенных новорожденных после пневмонии возможно развитие генерализованной инфекции и специфического миокардита, описаны случаи хламидийного менингита и энцефалита.

Беременность не влияет на заболеваемость и течение хламидийной инфекции. Влияет ли хламидийная инфекция на беременность, не установлено.

Лечение:

1. Лечение хламидиоза назначают беременным с клиническими проявлениями хламидийной инфекции.
2. Также лечение назначают женщинам, половые партнеры которых страдают негонококковым уретритом.
3. Назначают эритромицин, 250 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 14-21 сут или 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 сут. Тетрациклин беременным противопоказан.

IV. Микоплазмоз.

Микоплазмы - мелкие бактерии, представленные сотнями видов и подвидов, очень широко распространены в природе. Некоторые из них патогенны для человека. Вызывают микоплазмоз микроорганизмы (микоплазмы), которые в общепринятой классификации возбудителей заболеваний занимают место между одноклеточными живыми микроорганизмами и многоклеточными возбудителями вирусных или бактериальных инфекций.

Несмотря на разнообразие видов микоплазм, только некоторые из них при возникновении определенных условий могут послужить причиной заболевания человека.

К ним относятся:

- *Mycoplasma hominis*,
- *Mycoplasma genitalium*,
- *Ureaplasma urealyticum*,
- *Mycoplasma pneumoniae*,

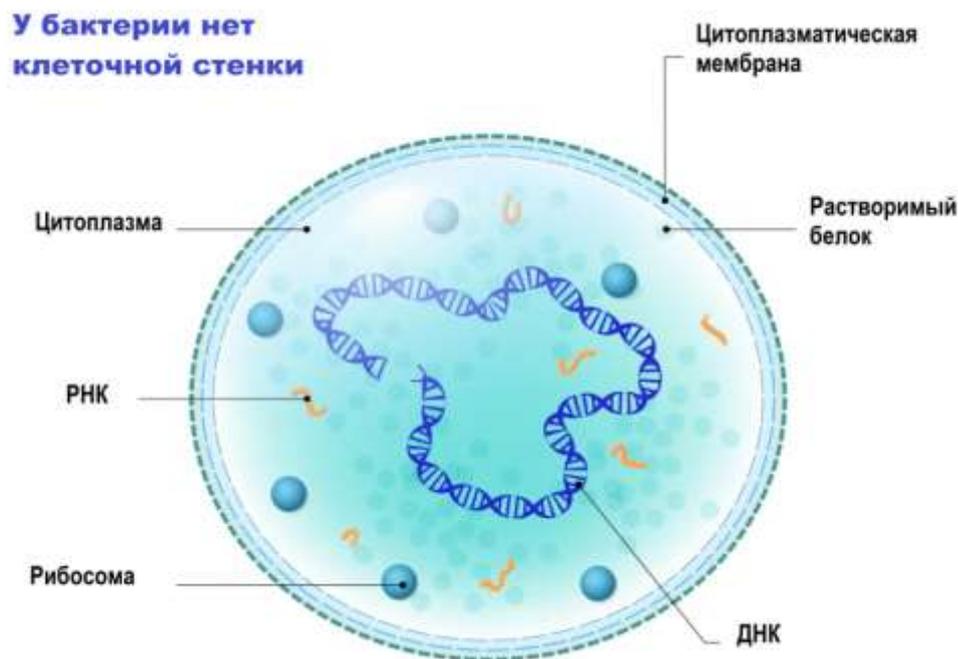


Рисунок 6.5. Микоплазма

Микоплазмы не приспособлены к самостоятельному существованию, путем паразитирования данные микроорганизмы получают необходимые для своего существования питательные вещества. Отличие на данном этапе от вирусов – это способность к существованию в бесклеточной среде. Обычной средой обитания микоплазмы являются выстилающие кишечный дыхательный и мочеполовой тракт клетки эпителия, «завинчиваясь» между которыми, данные микроорганизмы нарушают их работу. Размножение данных микроорганизмов происходит автономно, т.е. почкованием, что дает повод присудить микоплазмам промежуточную форму существования между вирусом и одноклеточным организмом. Устойчивость микоплазм в окружающей среде не так уж велика, срок их жизни достаточно мал, в связи с этим процесс заражения имеет место при незащищенном половом контакте и очень редко бытовым методом.

Урогенитальный микоплазмоз

Микроорганизмы *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* участвуют в процессе поражения мочеполовой системы, приводя к мочеполовому микоплазмозу (как у женщин, так и у мужчин).

В большинстве случаев заражение имеет место при половом контакте (незащищенном), а также довольно редко имеет бытовой характер. Инкубационный период может составлять две недели, но также известны случаи, когда его протяженность доходила от 3-х до 5-ти месяцев. Лишь у 10% заболевание протекает бессимптомно. Активации бактерий способствуют беременность, стрессовые ситуации, случаи переохлаждения и сбои в работе иммунной системы.

У женщин мочевой микоплазмоз выражается в виде воспаления слизистой оболочки влагалища (вагинит) или воспалением мочеиспускательного канала (уретрит), симптомами которых являются:

- зуд и жжение половых органов;
- выделения светло-желтого или серого оттенка, имеющие слизистый характер;
- небольшое покраснение в районе наружного отверстия мочеиспускательного канала;
- боли в пояснице;
- наличие тянущих болей в низу живота;
- чувство дискомфорта, а также болевые ощущения во время полового акта.

Последствиями могут стать пиелонефрит, а в наиболее опасных ситуациях бесплодие.

Микоплазмоз у женщин. Клиническая картина протекания данного заболевания у женщин в большинстве случаев бессимптомна. Возможен переход скрытого состояния живущей в организме инфекции в хроническую форму с постоянными рецидивами либо к острой инфекции. Развитие таких заболеваний, как цистит, вагинит, сальпингит, в большинстве случаев происходит при заражении микоплазмозом. Различные инфекции, такие как хламидии, грибки, некоторые виды вирусов и бактерий, провоцируют развитие микоплазмоза. Помимо этого, для активации бактерии служат беременность, изменения в гормональном фоне (в момент созревания яйцеклетки) и другие изменения физиологического характера. Наиболее часто происходит поражение микоплазмой наружных половых органов (преддверие влагалища, бартолинова железа, мочеиспускательный канал). Данные поражения не имеют ярко выраженной симптоматики, проявление симптомов кратковременно, и притом они имеют слабый характер. При поражении внутренних половых органов в начале в большинстве случаев

развиваются аднексит и сальпингит. Попадание микоплазмы в полость самой матки через ее шейку вызывает развитие эндометрита. В случаях проведения медицинских абортов, а также самопроизвольных абортов и мертворождения очень часто во время обследования обнаруживаются микоплазмы.

Микоплазменный эндометрит имеет такую же клиническую картину, как и обычный эндометрит, его основными симптомами являются кровотечения и возникновение нарушений в менструальном цикле. К осложнениям данного заболевания относят случаи выкидышей и бесплодие. Заболевание аднекситом на фоне микоплазменной инфекции приводит к воспалению яичников (возможны случаи абсцессов, приводящие к слипанию яичника с маточной трубой). Симптомами являются резкие боли поясничного отдела, нарушения в менструальном цикле, дискомфорт и болезненность во время полового акта.

Микоплазмоз при беременности

При беременности происходит обострение инфекций, находящихся в организме, что в большинстве случаев приводит к развитию различных осложнений. По данным проведенных исследований именно наличие микоплазмы оказывает значительное влияние на выкидыши и случаи «замершей беременности». Также возможны преждевременные роды, за счет прорыва плодных оболочек. Данная ситуация возникает при переходе воспалительного процесса со стенок влагалища на плодные оболочки. Возможно заражение новорожденного в процессе родов, при прохождении по инфицированным маточным трубам (намного чаще именно так заражаются девочки). После родов (естественных или путем кесарева сечения) или абортов возможно развитие острого эндометрита (острая послеродовая инфекция). При выявлении микоплазмоза во время беременности необходимо обязательно провести лечение, желательно не в первые 3 месяца после зачатия. Ведь именно в данный период идет закладка полностью всех органов, и прием лекарственных препаратов может отразиться и на них, что уже будет неисправимо в будущем.

Микоплазмоз: причины

Микоплазмы относятся к микроорганизмам условно-патогенного характера, т.е. они могут и не вызвать инфекционных заболеваний за счет отсутствия болезнетворных свойств, находясь в организме людей с абсолютно здоровым состоянием организма. Несмотря на это бывали случаи возникновения заболеваний на фоне наличия микоплазм в организме человека. Существует мнение, что сами по себе данные микроорганизмы безвредны, но при наличии в организме каких-либо инфекций (болезнетворных бактерий) они приводят к болезни. Это мнение основано на том, что бывали случаи обнаружения микоплазмы в организмах абсолютно здоровых людей.

Передача данной инфекции осуществляется при незащищенных половых актах либо ребенку в процессе родов.

К лабораторным методам диагностики относятся:

- I. *Бактериоскопический метод* – при помощи микроскопа позволяет обнаружить в мазке микроорганизмы. Но микоплазма слишком маленького размера, чтобы ее увидеть под микроскопом, по этому этим методом, при обнаружении паразитов, диагноз микоплазмоз исключается;
- II. *Метод ПЦР (полимеразная цепная реакция)* – один из самых эффективных методов определения микоплазмы в организме человека. Материалом для анализа являются мокрота или слизь носоглотки (при подозрении на легочную форму микоплазмоза) или мазок из влагалища и шейки матки у женщин и мочеиспускательного канала у мужчин. Лаборант обнаруживает фрагменты ДНК микоплазмы, что является подтверждением, что причиной заболевания пациента является микоплазмоз;
- III. *Культуральный (бактериологический) метод* – это самый точный, но при этом и самый длительный метод. Мазок из мочеполовой системы или же мокроту наносят на специальную питательную среду. В течение 4-7 дней происходит рост колоний микроорганизмов. По определенным признакам лаборант подтверждает или опровергает наличие микоплазмоза;
- IV. *Серологический метод* – менее информативный, тем не менее, тоже применяемый. В крови пациента определяют наличие антител (специальные белки крови, которые вырабатывает организм в ответ на микроорганизмы) к микоплазме;
- V. *Иммунофлюоресцентный метод* – близкий к серологическому. Но определяют антитела к микоплазме немного другим способом – путем окрашивания этих антител специальным красителем;
- VI. *Метод парных сывороток* – этот метод позволяет не только диагностировать микоплазмоз, но и проверить качество лечения. Берут две пробы крови: первую до шестого дня болезни, а вторую спустя две недели.
- VII. *Наиболее часто используемый метод* – это ДНК-диагностика. Его популярность основана на точности получаемых результатов, которая составляет 90-95%. При наличии выделений гнойного характера данный метод не подходит, поэтому проводится процедура ИФА (точность всего 70%) либо алгоритм посева.

Микоплазмоз у детей

Заражение ребенка микоплазменной инфекцией возможно не только в процессе родов, но и в более взрослом возрасте при поступлении в детский

сад. Инфекция в таком случае передается по воздуху и заражению подвержены дети с низким иммунитетом. В большинстве случаев у детей данное заболевание выражается бронхитами и воспалением легких. Поэтому если у вашего ребенка длительное время не проходит кашель и возможно заражение данной инфекцией, нужно срочно обратиться к врачу, иначе болезнь может развиваться в бронхиальную астму.

Лечение микоплазмоза

- При диагностировании микоплазмоза лечащим врачом назначается курс лечения, состоящий из комплексной терапии, включающей в себя:
- лекарственные препараты (в связи с устойчивостью микоплазмы к пенициллину, антибиотики при микоплазмозе используются из группы тетрациклина, а также применяются макролиды; курс данного лечения составляет до 2-х недель);
- местная терапия (свечи, спринцевания);
- физиотерапия;
- иммуномодуляторы (данные препараты усиливают действие лекарственных препаратов, используют при лечении циклоферон либо ликопид);
- соблюдение соответствующей диеты.

Осложнения: невынашивание беременности; хориоамнионит, возникающий при интактных плодных оболочках; плацентиты; внутриутробное заражение плода - задержка роста плода, пневмония, гематогенная диссеминация инфекции (неврологическая симптоматика, геморрагический и гепатолиенальный синдромы, острая гидроцефалия).

Инфицирование микоплазмами и уреоплазмами диагностируют у 1-3 % новорожденных. При запоздалых диагностике и лечении ВУИ осложнения возникают у 37 - 51 % новорожденных, а при своевременном проведении этиотропной терапии они наблюдаются в 6 раз реже.

Лечение. Эффективными антибиотиками в отношении микоплазменной инфекции являются гентамицин и линкомицин.

V. Генитальный герпес.

Этиология: вирус простого герпеса типа 2.

Клиника:

а) ***местные симптомы:*** множественные везикулы на фоне гиперемизированной отечной слизистой в области пораженного участка; везикулы через 2-3 дня после появления вскрываются и образуют язвочки с желтоватым налетом,

заживающие через 2-3 недели. В случае присоединения вторичных инфекций язвочки увеличиваются в размерах и существуют более продолжительное время. В области поражения - зуд, жжение, болезненность. Может быть увеличение регионарных л.у.

б) общие симптомы: головная боль, миалгия, тошнота, субфебрильная температура, раздражительность, нарушение сна.

В зависимости от локализации поражения и степени выраженности клинических симптомов выделяют 3 стадии генитального герпеса:

- 1-ая: поражение наружных половых органов
- 2-ая: герпетические кольпиты и цервициты
- 3-ая: герпетический эндометрит и сальпингит.

Клинические проявления генитального герпеса различаются также по типам инфицирования вирусами ВПГ-1 и ВПГ-2:

а) **первичная инфекция** - развивается у женщин, впервые столкнувшихся с вирусом простого герпеса при отсутствии АТ к нему; симптомы при этом прогрессивно нарастают в течение 7-10 дней и продолжаются до 3 недель. Развиваются общие и местные симптомы, выраженные в течение 1-2 недель. Через 2-3 недели они исчезают и еще в течение 2 недель продолжается бессимптомное слущивание эпителия. Общая продолжительность первичной инфекции 5-7 недель.

б) **вторичная инфекция** - первичное проявление болезни у женщин, уже имеющих АТ к одному из типов ВПГ (чаще ВПГ-1) и инфицированных вирусом ВПГ-2. Клинические симптомы менее выражены, до 2 недель или отсутствуют.

в) **рецидивирующая инфекция** - характерна менее выраженная симптоматика с продромальными явлениями у половины больных в виде зуда, болезненности лимфатических узлов. Рецидивированию способствуют: снижение иммунореактивности организма, переохлаждение или перегревание, стрессы, различные заболевания и т.д.



Рисунок 6.6. Генитальный герпес.

Диагноз: вирусологические методы идентификации и обнаружения ВПГ (путем заражения клеточных культур, куриных эмбрионов), цитоморфология, ИФА, ПЦР, методы определения иммунного статуса.

Лечение:

- 1) химиотерапия в острый или рецидивирующий период местными или системными препаратами: зовиракс, валтрекс, ацикловер в течение 10 дней, мегасиновая мазь, 5% ацикловировая мазь
- 2) иммуномодуляция в стадии ремиссии: интерферон, виферон в свечах, индукторы интерферона, дибазол, амексид, затем - курс тимических гормонов (тималин) и курс иммуномодуляторов общего воздействия (продигиозан) в течение 30-60 дней.
- 3) специфическая вакцинотерапия через 2 мес после окончания острой фазы заболевания для профилактики рецидивов.

V. Уреаплазмоз.

Уреаплазмы это крошечные бактерии, по размерам не намного превышающие большинство вирусов, не имеющие собственной клеточной оболочки и своей ДНК, и обитающие на слизистых половых органов и мочевых путей человека. – это одна из разновидностей бактерий. В научной литературе среди гинекологов, урологов и микробиологов также долгое время велась дискуссия о значимости обнаружения уреаплазм во влагалище. Сегодня эта дискуссия во многом завершена. Позицию современной медицинской науки в отношении уреаплазм можно выразить следующим образом: уреаплазмы обнаруживаемые во влагалище, относятся к группе условно-патогенных микробов. Уреаплазма, как и другие инфекции, передающиеся половым путем, широко распространены.

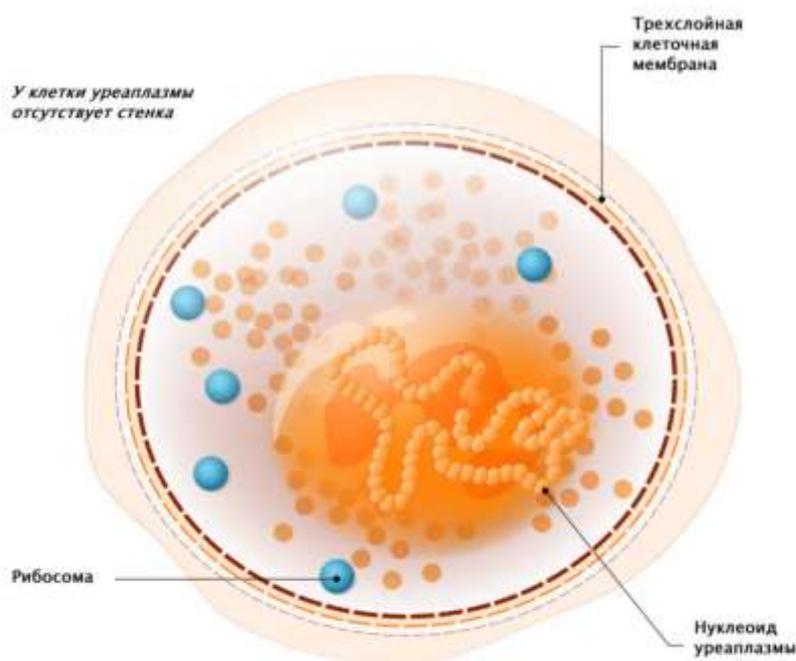


Рисунок 6.7. Уреаплазма.

В большинстве случаев уреаплазмы, находясь в организме, не вызывает заболевания. Если болезнь все же развилась, она может проявиться как:

- воспалительные заболевания матки и придатков;
- цистит;
- самопроизвольные аборт и преждевременные роды;
- уретрит у мужчин.

Точная диагностика уреоплазмоза

В лучших клиниках выполняется наиболее полный вариант бактериологической диагностики уреоплазмоза и микоплазмоза:

- Посев на специальную среду .

- Культивирование и выделение возбудителя.
- Его идентификацию до вида (*U. urealiticum*)
- ПЦР (полимеразная цепная реакция)
- Количественный учет с определением титра возбудителя.
- Определение чувствительности к антибиотикам.

В диагностике ряда форм уреаплазмоза используется определение антител к антигенам разных видов уреаплазм. С его помощью видно, насколько Ваш организм реагирует на этих микробов. Если реакция есть, то, скорее всего, они повинны в воспалении.

У людей, живущих половой жизнью, распространенность уреаплазм возрастает, что связано с заражением при половых контактах. Носителями являются около половины женщин, у мужчин они встречаются реже. Бытовое заражение маловероятно. Уреаплазмоз является инфекционным заболеванием мочевыводящих путей. Заболевание вызывается уреаплазмой, паразитирующей на лейкоцитах, сперматозоидах, клетках эпителия органов дыхания и мочевого выделения. Уреаплазмозом болеют и мужчины, и женщины, чаще всего болеют люди с ослабленным иммунитетом.

Симптомы уреаплазмоза. Инкубационный период заболевания (от момента заражения до появления симптоматики) составляет от нескольких дней до месяца, иногда дольше (нескольких месяцев). В период, когда симптомы заболевания еще не проявились, а инфекция в организме уже есть, человек сам является носителем уреаплазм и может заразить ими половых партнеров. Очень часто заболевание имеет скрытую симптоматику, иногда заболевание вообще не проявляется. У женщин бессимптомное течение заболевания встречается чаще, чем у мужчин, поэтому они десятками лет могут жить с уреаплазмозом и даже не подозревать о том, что являются его носителями.

- У мужчин уреаплазмоз проявляется незначительными прозрачными выделениями из уретры (мочеиспускательного канала), жжением и болью во время мочеиспускания. Если уреаплазмы поражают паренхиму предстательной железы, тогда возникают симптомы простатита.
- У женщин уреаплазмоз характеризуется прозрачными выделениями из половых путей, если же уреаплазмы вызвали воспаление матки и придатков (яичники, маточные трубы), возникают боли в нижней части живота. При оральном половом контакте в месте проникновения возбудителя возможно появление ангины: появляется боль в горле, гнойные налеты на миндалинах (фолликулярная, лакунарная формы ангины).

Первая симптоматика уреаплазмоза чаще всего выражена слабо и быстро проходит. Но сами уреаплазмы остаются в организме, они прикрепляются к стенкам мочеполовых органов, и ждут, чтобы проявить свои симптомы в полную силу. В случае ослабления иммунитета (сильное переохлаждение организма, тяжелые физические нагрузки, стресс, заболевания) уреаплазмы начинают активизироваться, симптомы заболевания проявляются в полной мере. У мужчин, как правило, начинается простатит или уретрит, воспалительный процесс распространяется на яички, семенные пузырьки, вызывая целый "букет" заболеваний, исходом которых является бесплодие. У женщин уреаплазмоз провоцирует возникновение воспаления влагалища (кольпит), стенки матки (эндометрит), мочевого пузыря (цистит), воспаление паренхимы почки (пиелонефрит). Также возможно появление половых расстройств, - появляются неприятные и болезненные ощущения при половом акте.

Уреаплазма и беременность. Уреаплазма может стать причиной самопроизвольного прерывания беременности на ранней стадии и даже привести к бесплодию. Уреаплазма при беременности опасна еще и тем, что во время родов ребенок может заразиться, проходя по инфицированным родовым путям матери. Лечение во время беременности может отрицательно сказаться на развитии ребенка. Вот почему так важно диагностировать заболевание и провести грамотное лечение еще до наступления беременности.

Лечение уреаплазмоза в обязательном порядке проводится всем имеющимся партнерам (состоящим в половых контактах). Для этого применяют антибактериальные препараты, курс лечения антибиотиками - 2 недели. Также назначается иммуномодулирующая терапия (препараты, стимулирующие иммунитет), местное лечение (введение в мочеиспускательный канал лекарственных препаратов - инсталляции), физиотерапевтическое лечение, если имеет место простатит - мужчине назначают массаж предстательной железы. На протяжении всего лечения больной должен отказаться от сексуальных контактов, придерживаться рекомендованной диеты. После лечения проводится контрольное исследование для установления эффективности лечебных мероприятий. Контроль делают на протяжении нескольких месяцев (обычно 3 - 4).

Антибактериальные препараты подбираются с учетом чувствительности к ним микроорганизмов. Уреаплазмы чувствительны к антибиотикам: макролидам (олеандомицин, рокситромицин, кларитромицин, эритромицин), тетрациклинового ряда, линкозаминам (далацин, нккомицин, клиндамицин), противопрозоидным и противогрибковым и препаратам. Если уреаплазмоз носит неосложненный характер (уретрит, цервицит, бессимптомное носительство), тетрациклин назначают по 500 мг четырежды в день на протяжении одной-двух недель. Доксициклин является более

предпочтительным, так как его назначают по 100 мг два раза в день. Эритромицин часто назначают при лечении уреоплазмоза, он намного активнее, чем сумамед, но переносится немного тяжелее (это связано с диспепсическими нарушениями). Эритромицин назначается по 500 мг дважды в день в протяжении 10 дней либо по 250 мг четырежды в день на протяжении 7 дней. Ровамицин (спиромицин) назначают по 3 млн. ЕД трижды в сутки на протяжении 10 дней, этот антибиотик имеет свойство накапливаться в очаге воспаления и является достаточно безопасным.

Также больному назначают иммуномодуляторы (тималин, таквитин, лизоцим, де-карис, метилурацил). В качестве иммуномодулятора можно применять экстракт элеутерококка и пантокрин. По окончании курса лечения, больному назначают витамины В и С, бифидум- и лактобактерин, гепатопротекторы (стимуляция функции печени и желчного пузыря).

VI. Туберкулез половых органов.

Этиопатогенез. В половые органы инфекция распространяется гематогенно или лимфогенно из очагов первичного туберкулеза.

Среди больных с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов туберкулез диагностируется у 10-11% , среди женщин с бесплодием - у 10-22%, среди больных с нарушением менструального цикла - у 8.4%.

Классификация.

1. Туберкулез придатков матки с наличием признаков активности (VA, VB группы диспансерного учета). Клинические формы:

- а. С незначительными анатомо-функциональными изменениями.
- б. С выраженными анатомо-функциональными изменениями.
- в. С наличием туберкулемы.

При каждой форме процесс различают по характеру течения (острый, подострый, хронический); по распространенности (поражением матки, шейки, вульвы, влагалища, вовлечение в процесс брюшины и прилегающих органов, асцит); по фазам (инфильтрация, рассасывание, обызвествление, рубцевание); по бацилловыделению (БК+ и БК-).

2. Туберкулез матки с наличием признаков активности (группы VA VB)

- а. Очаговый эндометрит
- б. Тотальное поражение эндометрия

в. Метроэндометрит

3. Туберкулез шейки матки, вульвы, влагалища

Диагностика.

Диагностировать туберкулез женских половых органов помогают данные лабораторных и специальных методов исследования. Морфологическое и микробиологическое подтверждение туберкулеза позволяет с полной достоверностью верифицировать диагноз и оценить активность специфического воспаления.

Морфологическое подтверждение диагноза туберкулеза внутренних половых органов возможно только при гистологическом исследовании органов, удаленных во время операции, или тканей эндометрия, полученной при диагностическом выскабливании слизистой оболочки полости матки.

Микробиологическое исследование. При туберкулезе женских половых органов редко удается выделить микобактерии туберкулеза из отделяемого половых путей. Это связано с затруднениями, возникающими при получении материала, а также с отсутствием дренирующей системы в придатках матки, где чаще локализуется процесс. Микробиологические методы исследования приобретают особое значение при торпидных, вялотекущих процессах со слабо выраженным воспалением в придатках матки, когда результаты бимануального, гистологического и рентгенологического исследований не подтверждают активного процесса в половых органах.

Рентгенологические методы исследования при туберкулезе половых органов позволяют уточнить этиологию, но не активность специфического воспаления. В гинекологической практике при гистеросальпингографии чаще всего обнаруживается туберкулез маточных труб. Фазы распада при туберкулезе придатков матки нет, так как они, в отличие от легких и почек, не имеют дренирующей системы. Этим объясняется частое образование туберкулом при данной локализации туберкулеза. На снимке выявляют: ригидные маточные трубы, они сегментированы, с дивертикулами и неомогенной стенкой в дистальных отделах труб (рис. 6.6).

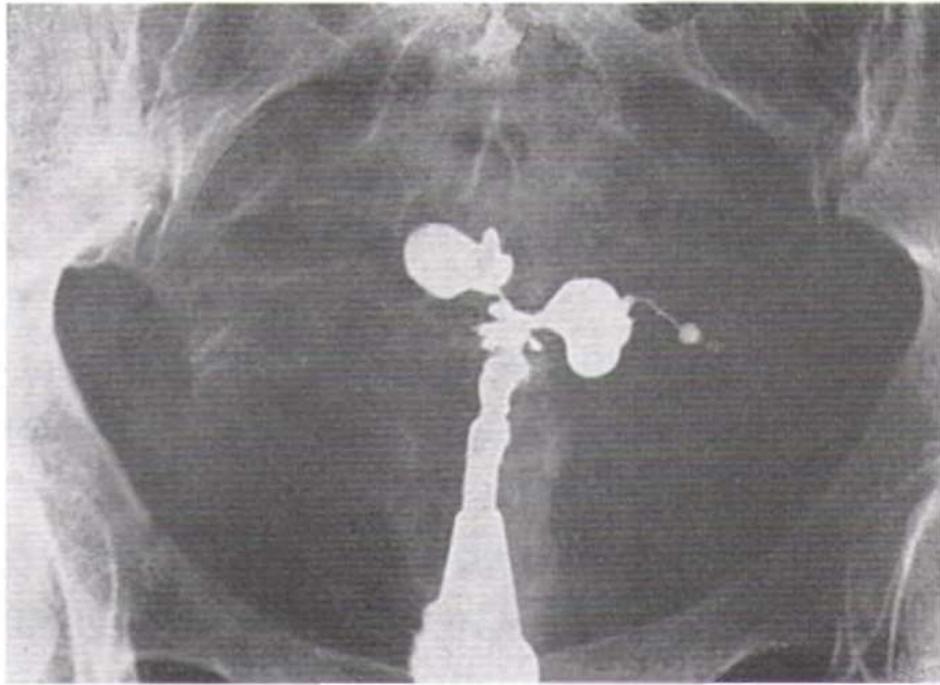


Рисунок 6.8. Рентгенологическая картинка туберкулеза половых органов.

Лечение.

Специфическое лечение проводят при активном туберкулезном процессе.

На ранних стадиях туберкулезного процесса больную можно вылечить, полностью сохранив функцию пораженного органа. Выздоровления больной туберкулезом удастся добиться в среднем через 1–2 года после начала лечения. Необходима преемственность в лечении больных в связи с его длительностью (стационар — санаторий — диспансер).

Химиотерапию нужно сочетать с патогенетическими методами воздействия, направленными на ослабление воспалительной реакции, предупреждение и рассасывание спаечных процессов, устранение обменных и гормональных нарушений. Важно правильно выбрать комбинацию химиопрепаратов с учетом их туберкулостатической активности и применять их в оптимальной суточной дозе. Совокупность всех элементов, определяющих методику лечения (доза и комбинация препаратов, метод введения, ежедневный или интермиттирующий прием), называют режимом химиотерапии.

Наиболее высокой бактерицидной активностью обладает изониазид. Это основной препарат в химиотерапии туберкулеза.

Иногда возникает необходимость в оперативном лечении. Показаниями к операции служат туберкуломы в придатках матки, тубоовариальные образования, саксопальпинкс, сочетания туберкулеза половых органов с миомой матки, эндометриозом, образованиями, исходящими из яичников,

требующими хирургической коррекции. Если в удаленных органах найдены морфологически активные проявления туберкулезного процесса, то противотуберкулезные препараты назначают в течение не менее 6 месяцев. Противотуберкулезное лечение проводят с целью предотвращения последующих осложнений (активизации специфического процесса, диссеминации инфекции).

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какой из перечисленных возбудителей вызывает гонорею?
 - A) *Neisseria gonorrhoeae*
 - B) *Trichomonas vaginalis*
 - C) *Chlamydia trachomatis*
 - D) *Mycoplasma genitalium*
2. Какой основной метод диагностики генитального герпеса?
 - A) УЗИ органов малого таза
 - B) Микроскопия мазка
 - C) ПЦР для выявления вируса герпеса
 - D) Посев на флору
3. Какой симптом характерен для трихомониаза?
 - A) Пенистые выделения желтого цвета
 - B) Творожистые выделения
 - C) Водянистые выделения без запаха
 - D) Отсутствие выделений
4. Что не является осложнением урогенитального хламидиоза?
 - A) Бесплодие
 - B) Синдром Фитц-Хью-Куртиса
 - C) Спонтанный аборт
 - D) Развитие онкологии
5. Какое заболевание может развиваться при восходящей гонорее?
 - A) Цервицит
 - B) Сальпингит
 - C) Бартолинит
 - D) Параметрит

6. Чем обусловлена патогенность микоплазм?

- A) Наличием клеточной стенки
- B) Высокой тропностью к цилиндрическому эпителию
- C) Способностью изменять мембранные белки
- D) Устойчивостью к кислотной среде

7. Какой возбудитель вызывает туберкулез половых органов?

- A) *Mycobacterium tuberculosis*
- B) *Neisseria gonorrhoeae*
- C) *Trichomonas vaginalis*
- D) *Chlamydia trachomatis*

8. Какое осложнение характерно для гонореи?

- A) Перфорация маточной трубы
- B) Пельвиоперитонит
- C) Некроз яичников
- D) Полипы эндометрия

9. Какой препарат чаще всего используется при лечении трихомониаза?

- A) Метронидазол
- B) Азитромицин
- C) Офлоксацин
- D) Цефтриаксон

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Опишите основные клинические проявления и методы диагностики уrogenитального хламидиоза.

2. Какие этапы лечения включены при туберкулезе половых органов?

3. Объясните патогенез и особенности клинической картины генитального герпеса.

4. Какие осложнения могут возникнуть при хронической гонорее, и как их предотвратить?

5. Охарактеризуйте трихомониаз: его симптомы, методы диагностики и принципы лечения.

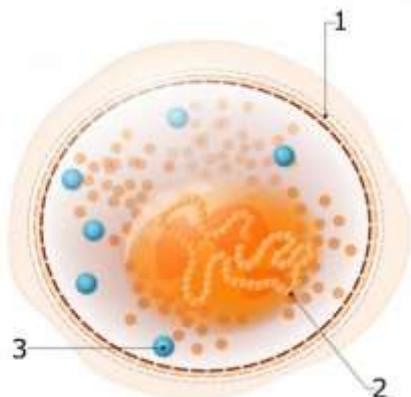
III. Заполните таблицу

Таблица №1

Генитальный герпес	
Этиопатогенз ➤	Клиническая картина ➤

IV. Вопросы с картинками

1. Обозначьте нумерации

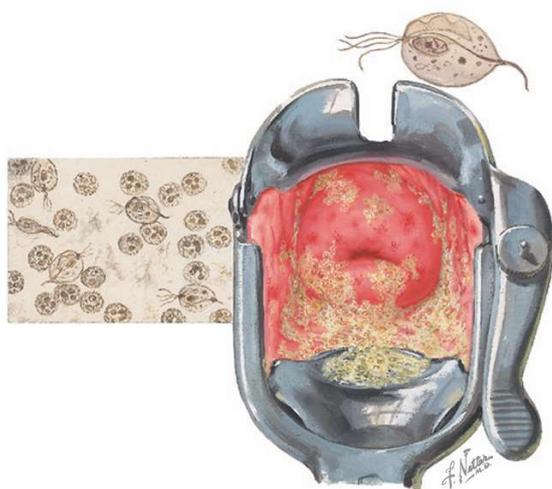


1.

2.

3.

2. Этиопатогенз. Клиника. Лечение.



3. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.



V. Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 28 лет обратилась к гинекологу с жалобами на жжение и дискомфорт при мочеиспускании, зуд в области наружных половых органов и обильные пенистые выделения желтоватого цвета с неприятным запахом. Симптомы появились около 5 дней назад. Из анамнеза: регулярная половая жизнь без использования барьерной контрацепции. При осмотре: гиперемия и отёк слизистой влагалища, мелкоточечные кровоизлияния («земляничная шейка»).

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение следует назначить?

Задача №2

Женщина 40 лет поступила с жалобами на хронические боли внизу живота, нерегулярные и обильные менструации, общее ухудшение самочувствия. При опросе пациентка отметила, что ранее ей диагностировали туберкулёз лёгких. В течение последних 2 месяцев она безуспешно пытается забеременеть. При гинекологическом осмотре: придатки увеличены, болезненны при пальпации. УЗИ выявило увеличение и уплотнение маточных труб, наличие мелких кистозных образований. Реакция Манту положительная.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Каков план лечения?

Задача №3

Пациентка 30 лет обратилась с жалобами на болезненные язвочки в области наружных половых органов, которые появились 5 дней назад. Жалобы сопровождаются зудом и жжением, а также умеренным повышением температуры (до 37,8°C). В анамнезе: стрессовая ситуация на работе. При осмотре: множественные болезненные эрозии на слизистой малых половых губ, увеличение паховых лимфоузлов.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования нужны для подтверждения диагноза?
3. Каков план лечения?

Глава. №7. Миома матки.

Миома матки - наиболее распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов, состоящая из мышечной и соединительной ткани. По их соотношению опухоль именуется как фибромиома (больше соединительной ткани — редкое явление) или миома (мышечной ткани больше).

Возникает опухоль в возрасте 20-40 лет, оперативному лечению подвергается в 30- 50 лет. В настоящее время миома матки резко "помолодела". Частота миомы у женщин, достигших предменопаузального периода, достигает 30—35%.

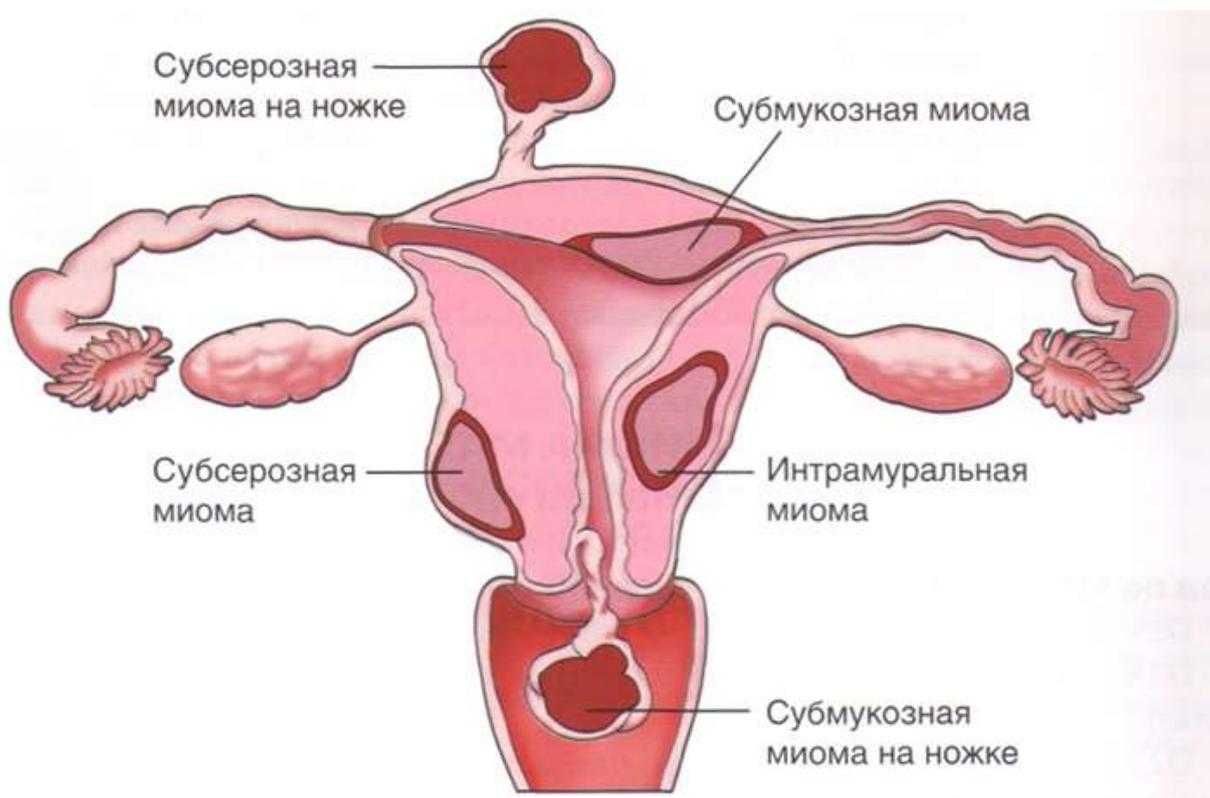


Рисунок 7.1. Миомы матки различной локализации

В развитии опухоли выделяют ряд стадий:

- 1) образование активной зоны роста в миометрии с ускорением метаболических процессов (чаще эта зона располагается вокруг тонкостенных сосудов и характеризуются высоким обменом веществ)
- 2) интенсивный рост опухоли без признаков дифференцировки
- 3) экспансивный рост опухоли с дифференцировкой "созреванием".

Классификация миом матки:

а) с учетом тканевого состава: миомы, фибромиомы, ангиомиомы

б) по активности метаболических процессов:

1. простые - характеризуются медленным ростом, без выраженных пролиферативных процессов

2. пролиферирующие - характеризуются быстрым ростом; митотическая активность повышена, но атипических клеток миометрия не имеется

в) по локализации: в теле матки (95%), в шейке матки (5%)

г) по характеру роста: подбрюшинно (субсерозная миома), внутри миометрия (интерстициальная миома) и в глубоких слоях миометрия (субмукозная миома). Чаще узлы опухоли располагаются по средней линии матки, в области углов, реже — по боковым стенкам (интралигаментарная миома).

Этиопатогенез: общепризнанно связывается с гормональными нарушениями в организме (гормонзависимая опухоль), однако типичных изменений гормонального гомеостаза, характерных для миомы, до сих пор не установлено (предполагается, что в основе лежит повышение эстрогенов, андрогенов в крови и локальная маточная гормонемия). Кроме того имеют значение:

1) повышение рецепторов стероидных гормонов в миометрии миомы

2) конституционально-наследственные факторы, метаболические и иммунные нарушения (преобладание Т-супрессоров, снижение концентрации иммуноглобулинов), состояние других органов и систем

Миома матки - разновидность гиперпластических процессов матки, гормонозависимое заболевание, развитие и течение которого, наряду с общими закономерностями, во многом определяется индивидуальными особенностями.

В большинстве случаев миома развивается множественно, возникая в различных зонах миометрия одновременно или последовательно. Вокруг миоматозных узлов формируется псевдокапсула из мышечных, соединительнотканых элементов, а также из брюшного и слизистого покровов.

Активные зоны роста (пролиферирующая миома) могут перемещаться из миометрия стенок матки в зону растущего узла, что способствует развитию больших субмукозных или субсерозных (нередко на тонкой ножке) узлов.

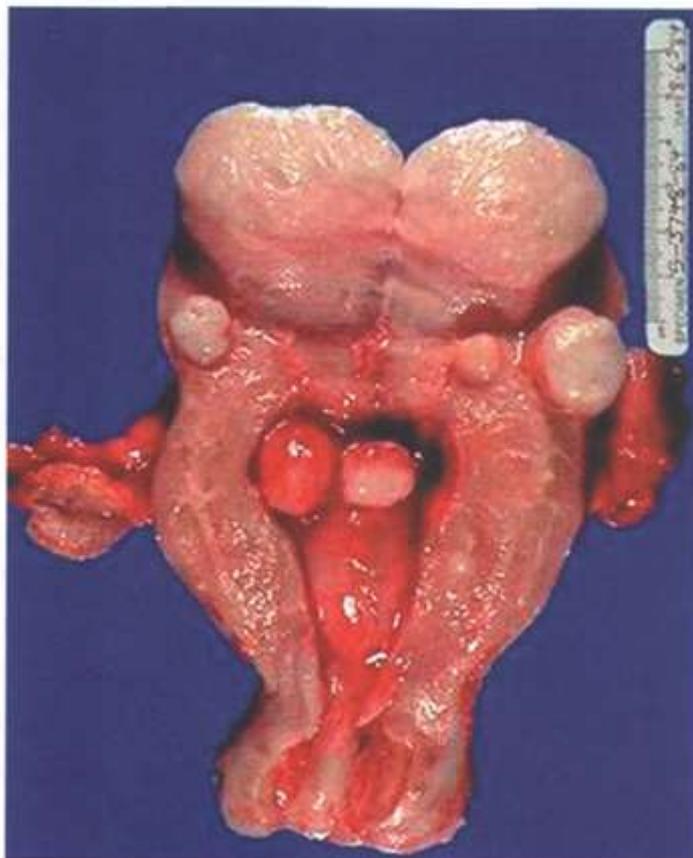


Рисунок 7.2. Множественная миома матки

Клиническая картина миомы матки:

а) общие симптомы:

1. Боли - постоянные ноющие боли наблюдаются при интенсивном росте опухоли за счет растяжения тканей и нервных окончаний. Боли в период менструаций (альгодисменорея) чаще отмечаются при интерстициальной локализации опухоли, что связывается с более активной сократительной активностью матки в этот период. Характерны боли при сдавлении опухолью окружающих тканей и органов, которые возникают при миоме больших размеров или соответствующей локализации узла. Более выражен болевой симптом при нарушениях питания и некрозе опухоли, который характеризуется постоянством и нарастанием интенсивности.

Схваткообразные боли бывают при субмукозной локализации опухоли. Наиболее интенсивные, прогрессирующие боли имеют место при перекрутах ножки субсерозной миомы. Характерны боли в области крестца при росте опухоли кзади и ущемлении ее в крестцовой ямке под мысом, в этой ситуации они связаны с быстро развивающимся отеком опухоли и другими дегенеративными изменениями. Болевой симптом может сопровождать миому матки и при наличии сопутствующих заболеваний (воспалительные процессы, эндометриоз и др.).

2. Кровотечения, связанные и несвязанные с менструальным циклом - часто протекают по типу гиперменореи, метроррагии и межменструальных мажущих кровяных выделений. Механизм их часто связан с ановуляцией и гиперпластическими изменениями эндометрия, которые нередко сопровождают миому матки. Опухоли даже очень больших размеров нередко протекают без кровотечений. В то же время небольшая миома может деформировать сосуды, обеспечивающие кровоснабжение миометрия, вызывать его некроз и стать причиной периодических маточных кровотечений. Они могут быть обусловлены сдавлением опухолью противоположных маточных стенок. Миомы могут расти в виде полипов, выступать через цервикальный канал ("рождающаяся миома") и сопровождаться симптомами, схожими с неполным абортom — схваткообразными болями и кровотечением, обусловленными сокращениями матки. Гиперменорея может быть связана с изменением площади эндометрия, которая при миоме возрастает в 10-15 раз, а также с нарушением сократительной способности матки при определенной локализации и росте опухоли (центрипетальный рост, задняя стенка). Изъязвления эндометрия при субмукозной локализации в случаях присоединения воспалительных процессов приводят к перемежающимся маточным кровотечениям. Наконец, кровотечения при миоме матки возникают и вследствие нарушений локальной гемодинамики за счет сдавления сосудов, расширения вен, и также в связи с адаптацией сосудистой системы матки, обусловленной ростом опухоли

3. Общеанемический синдром - анемия вначале компенсируется с быстрым восстановлением количества эритроцитов и гемоглобина, а затем приобретает суб- и декомпенсированное течение и сопровождается различными гемодинамическими нарушениями.

4. Особенности менструальной функции - удлиняется продолжительность менструаций, которые часто сопровождаются болями, позже наступает менопауза (после 50-55 лет), в перименопаузальный период чаще отмечаются патологические симптомы.

б) специфические симптомы - в зависимости от локализации миомы и характера ее роста:

1. **Субмукозная миома** - сопровождается почти всегда маточными кровотечениями в виде мено- и метроррагии, частыми болевыми ощущениями. При этой форме миомы нередко гиперпластические процессы осложняются атипичной гиперплазией. Изъязвления эндометрия, его замедленная регенерация способствуют присоединению воспалительных процессов. Рост субмукозных узлов на ножке часто осложняется процессом их "рождения". При этом имеет место характерная клиническая картина: раскрытие цервикального канала, резко болезненные сокращения матки, кровотечения и инфицирование. После "рождения" или удаления такой опухоли происходят обратимые (инволютивные) изменения, как при аборте. Эта разновидность миомы имеет тенденцию к дегенерации и некрозу.

2. **Межмышечные (интрамуральные, интерстициальные) миомы** - располагаются в любой стенке матки в толще мышечного слоя, достигают больших размеров, имеют ассиметричную или шаровидную форму. В связи с увеличением площади эндометрия удлиняется продолжительность менструации и увеличивается объем кровопотери. Нередко они подвергаются дегенеративным изменениям (отек, инфаркты, асептический некроз) с повышением температуры и выраженным болевым синдромом. Часто дегенерация происходит во время беременности или в послеродовом периоде.

3) **Шеечная миома** - развивается в надвлагалищной или влагалищной части шейки матки, быстро проявляется нарушением функции смежных органов (дизурические явления, затрудненная дефекация). Из-за выраженной деформации шейки матки, сдавления окружающих тканей и органов отмечается болевой синдром. Миома не изменяется в размерах по фазам менструального цикла и с наступлением менопаузы.

Из нарушений экстрагенитальных органов и систем при миоме матки можно отметить патологию:

а) мочевыводящей системы - сдавление миомой мочевого пузыря приводит к частому мочеиспусканию, недержанию мочи, мочеточника - к гидронефрозу.

б) желудочно-кишечного тракта и др.

Диагностика: данные анамнеза, клинической картины и гинекологического исследования в большинстве случаев позволяют поставить диагноз. Для уточнения диагноза или его верификации также используются: рентгенологические исследования, УЗИ, эндоскопические исследования - лапароскопия, гистероскопия, кольпоскопия, цитологическое исследование мазков из влагалища и цервикального канала.



Рисунок 7.3. Миома матки. Интерстициальный узел. Трехмерное УЗИ.

Консервативное лечение миомы матки.

Консервативное лечение показано женщинам с небольшой величиной опухоли при межмышечной и подбрюшинной локализации узлов, с умеренной меноррагией, а также больным с тяжелой сопутствующей экстрагенитальной патологией, которым операция противопоказана.

Основные принципы лечения:

1. Всестороннее изучение преморбидного фона с целью возможной коррекции возникших нарушений.
2. Лечение сопутствующих гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.
3. Мероприятия, направленные на нормализацию нейроэндокринных, обменных волевических нарушений и терапию анемии.
4. Реабилитационные мероприятия, направленные на поддержание гомеостаза и восстановление трудоспособности больных.

Гормональная терапия: методом выбора являются гестагены. Они применяются с 16 по 28 день цикла на протяжении 3-4 циклов для женщин

репродуктивного возраста. Для женщин в перименопаузальном периоде применяют гестагены в непрерывном режиме.

При сочетании миомы матки с начальной стадией эндометриоза и гиперплазией эндометрия показано применение норколута в течение 6-9 циклов. Эффективно применение даназола, гестринона, обладающих антиэстрогенными и антигонадотропными действиями. Применяют гестагены пролонгированного действия: 17 - ОПК и депо-провера. Хороший эффект при применении агонистов гонадотропных релизинг-гормонов: золадекса, декапептила.

Негормональная медикаментозная терапия:

1. Окситоцин внутримышечно: утеротоническое и антиэстрогенное действие.
2. Витаминотерапия, фитотерапия, средства, повышающие свертываемость крови
3. ФТЛ: электрофорез цинка и иода на низ живота, микроклизмы с иодистым калием, радоновые ванны.

Хирургическое лечение.

В настоящее время хирургическое лечение миомы матки общепризнанно, однако до конца еще не всегда определены показания к оперативному вмешательству, а также имеется немало спорного в вопросе об объеме самой операции.

Основными показаниями для оперативного лечения являются:

1. Симптомное течение миомы (выраженный болевой синдром, менометроррагии) при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии. Кровотечения чаще всего определяются субмукозной локализацией узла (но не всегда).
2. Быстрый рост опухоли и подозрение на саркому (более 5 недель беременности за 1 год).
3. Большие размеры опухоли (12 и более недель беременности).
4. Нарушение функционирования соседних органов (мочевой пузырь и прямая кишка) вследствие механического сдавления.
5. Нарушение питания тканей миомы (отек, некроз узла) и как следствие высокий риск развития или наличие картины острого живота.
6. Сочетание множественной миомы с шейечной локализацией, приводящей к выраженной деформации шейки и нарушению оттока из матки.
7. Наличие субсерозного узла на ножке.

8. Сочетание миомы матки и аденомиоза при отсутствии эффекта от проводимого лечения.
9. Рецидивирующее течение на фоне гормонального лечения гиперпластических процессов и ДМК в сочетании с миомой.
10. Сочетание миомы матки и опухоли яичников.
11. Привычное невынашивание при выявлении причинной связи с миомой.
12. Сочетание миомы с предраком шейки матки и/или эндометрия.

Методами выбора при хирургическом лечении миомы являются:

а) *радикальные операции*: надвлагалищная ампутация матки; экстирпация матки

б) *консервативные операции*: консервативная миомэктомия; дефундация матки; высокая ампутация матки.

Вопрос о придатках решается индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от их внешнего вида, результатов экспресс-биопсии, возраста пациентки.

Консервативные операции - операции, при которых сохраняется матка и присущие ей физиологические функции (абдоминальная миомэктомия, удаление рождающихся и родившихся узлов со стороны влагалища). Они имеют отрицательные моменты, связанные с высоким уровнем рецидивов (до 40%) и их нерационально производить при множественной локализации узлов. При надвлагалищной ампутации имеются те же недостатки, хотя в меньшей степени. При тотальном удалении матки уменьшается число послеоперационных осложнений, а также удается предупредить возникновение рецидивов миомы и злокачественных новообразований в культе шейки.

7.1. Эндометриоз

Генитальный эндометриоз - гетеротопическая локализация эндометриоподобных очагов за пределами типичной локализации эндометрия.

Этиология малоизучена, полиэтиологичное заболевание, в происхождении которого играют роль:

1. иммунологические, гормональные, метаболические и другие нарушения (чаще страдают женщины репродуктивного возраста, физически ослабленные, с метаболическими нарушениями и эндокринной патологией)
2. наследственность (прослеживается по данным генеалогического анамнеза)

3. социально-экономическое положение женщины (в группе женщин с низким социально-экономическим положением частота возникновения эндометриоза выше, чем в общей популяции)

Менее вероятные этиологические факторы эндометриоза: ожирение, позднее начало половой жизни и поздние роды, осложненные роды, аборт, предохранение от беременности с помощью ВМС, позднее наступление менархе.

Патогенез - ряд теорий:

1) Транспортная (имплантационная, трансплантационная, иммиграционная, лимфогенная, гематогенная, ятрогенной диссеминации, ретроградной менструации) - формирование эндометриозидных очагов происходит в результате ретроградного заброса в брюшную полость клеток эндометрия, отторгнувшихся во время менструации и дальнейшей их имплантации на окружающих тканях и брюшине.

2) Целомической метаплазии - развитие эндометриоза происходит вследствие перерождения (метаплазии) мезотелия брюшины, в результате которого образуются фокусы эндометриоподобных желез и стромы.

3) Эмбриологических клеточных гамартий - предполагает развитие эндометриоза из остатков мюллеровых протоков и первичной почки

4) Гормональная и иммунологическая концепция - большинство исследователей отмечают, что гормональные и иммунологические нарушения не являются непосредственной причиной формирования эндометриозидных фокусов, а лишь способствуют им

Важная роль в патогенезе эндометриоза отводится нарушениям в ретикулоэндотелиальной и иммунной системах.

Классификация эндометриоза:

а) по локализации:

- *Генитальный* - локализован во внутренних и наружных половых органах;
- *Внутренний* - тело матки, перешеек, интерстициальный отдел маточных труб;
- *Наружный* - наружные половые органы, влагалище и влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область, яичники, маточные трубы, брюшина, выстилающая углубления малого таза.

- *Экстрагенитальный* - развитие эндометриoidных имплантатов в других органах и системах организма женщины.

б) по отношению к брюшине:

- *внутрибрюшной, перитонеальный эндометриоз* - яичники, маточные трубы, брюшина, выстилающая углубления малого таза.
- *экстраперитонеальный эндометриоз* - наружные половые органы, влагалище, влагалищная часть шейки матки, ретроцервикальная область.

Внутренний эндометриоз делится по степени:

- I степень - прорастание слизистой оболочки в миометрий на глубину одного поля зрения при малом увеличении микроскопа
- II степень - поражение до 1/2 толщины стенки матки
- III степень - в процесс вовлечен весь мышечный слой

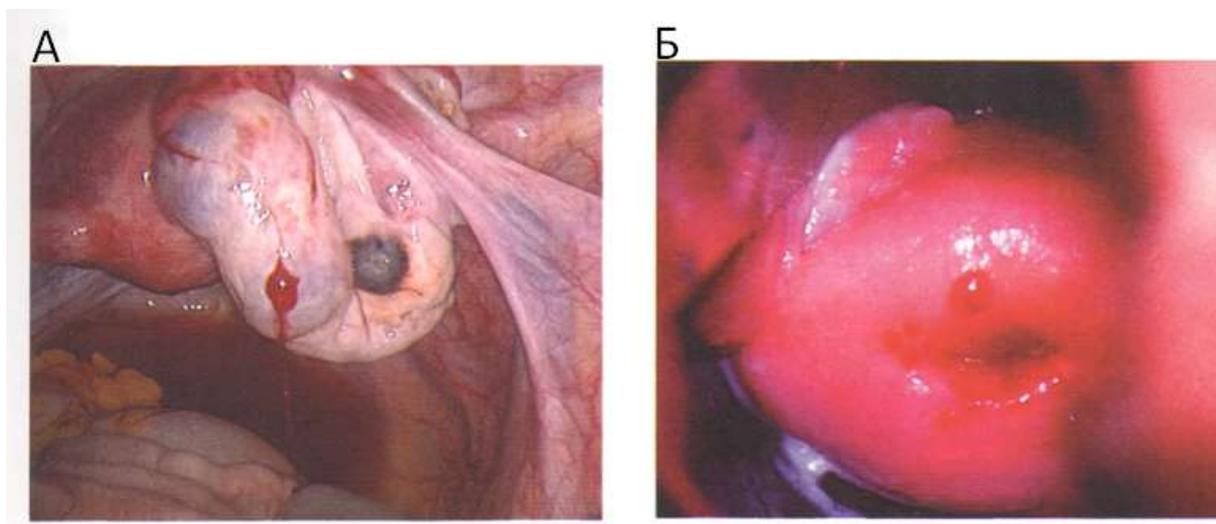


Рисунок 7.4. А - Эндометриоз яичника (Лапароскопия); Б - Эндометриоз влагалищной части шейки матки.

Гистологическая классификация внутреннего эндометриоза:

1. Железистый - встречается в 16 раз чаще стромального
2. Стромальный:

а) аденомиоз — эндометриоз, сопровождающийся гиперплазией и гипертрофией мышечных волокон матки

б) аденомиома — в отличие от аденомиоза характерно более четкое ограничение узлов с окружающей тканью, с отсутствием вокруг скоплений железистых включений эндометриальной стромы.

Вариантом наружного эндометриоза являются эндометриоидные кисты яичников.

Клиническая картина генитального эндометриоза:

1. Эндометриоз яичников:

- ведущий симптом - болевой: больные жалуются на постоянные, периодически усиливающиеся ноющие боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, поясницу, достигающие максимума накануне и во время менструации

- при самопроизвольной перфорации стенки кисты и излитии ее содержимого в брюшную полость - картина острого живота, напоминающая внематочную беременность: прогрессирующая альгоменорея, часто сопровождающаяся рвотой, головокружением, похолоданием конечностей и общей слабостью

- спаечный процесс в малом тазу, приводящий к нарушению функции кишечника и мочевого пузыря (запор, дизурические явления)

- субфебрильная температура, озноб, увеличение СОЭ, лейкоцитоз крови

- частое проявление - первичное бесплодие

При бимануальном исследовании определяются опухолевидные образования тугоэластической консистенции сбоку или позади от матки, ограниченные в подвижности за счет спаечного процесса, резко болезненные при пальпации, овоидной или округлой формы размерами до 8-10 см в диаметре.

б) Перитонеальный эндометриоз - патогномоничные симптомы:

- нарушения менструальной функции (мено- и метроррагии)

- боли в нижних отделах живота и поясничной области различной интенсивности

- диспареуния

- бесплодие (как правило, первичное, реже — вторичное)

в) Эндометриоз маточных труб - чаще в сочетании с эндометриозными гетеротопиями других локализаций (внутренним эндометриозом матки и эндометриозом яичника), проявляется болью, которая усиливается во время менструации

г) Ретроцервикальный эндометриоз - разрастания эндометриоза мелкоузловой или инфильтративной формы непосредственно у шейки матки в ректовагинальной клетчатке:

- характерно многообразие клинических проявлений при различных стадиях распространенности процесса

- сильнейшие упорные боли в области малого таза, которые иррадируют во влагалище, прямую кишку, промежность, наружные половые органы, часто в область бедра, усиливаются при половом сношении и акте дефекации

- кровянистые мажущие выделения до и после менструации.

При влагалищном исследовании в ретроцервикальной области пальпируются мелкобугристые, плотные, неподвижные, резко болезненные эндометриозные образования различного размера.

У большинства больных ретроцервикальным эндометриозом тело матки нормальной величины, отклонено кзади.

При распространении патологического процесса на прямую кишку с "прорастанием" очагов эндометриоза в толщу ее стенки пальпаторно определяется плотная, резко болезненная опухоль с неровной поверхностью. Может иметь место довольно значительное сужение просвета кишки.

д) Эндометриоз влагалища - может быть первичным или являться следствием распространения ретроцервикального эндометриоза, клиника зависит от вовлечения в процесс смежных органов

е) Эндометриоз брюшины прямокишечно-маточного углубления и крестцовых связок: жалобы на боли в низу живота и в пояснице, иногда принимающие распирающий характер, беспокоящие при половом сношении

При влагалищном исследовании иногда удается пропальпировать узелки эндометриоза на брюшине или крестцовоматочных связках в виде "четок". Пальпация их резко болезненна.

ж) Эндометриоз наружных половых органов - чаще поражаются большая половая губа, реже - малые половые губы и большие железы преддверия.

Диагностика: анамнез, клиника, гинекологическое исследование, вспомогательные методы (определение маркеров эндометриоза, УЗИ, гистероскопия, кольпоскопия, КТ, МРТ, изучение гемодинамики органов малого таза с помощью ангиографии и доплерометрии, лапароскопия).

Лечение эндометриоза - комплексное, комбинированное:

- прием высококалорийной пищи с ограничением острых и пряных блюд
- пребывание на свежем воздухе и лечебную гимнастику
- исключение умственной, физической и эмоциональной перегрузок
- назначение седативных средств (валериана, пустырник), психотерапия, малые транквилизаторы (тазепам)
- иммунокоррекция
- витаминотерапия (витамин А, В1, В6)
- удаление очагов эндометриоза - применение антиэндометриодных препаратов - антигормонов, угнетающих систему регуляции репродуктивной функции на различных уровнях:
 - 1) комбинированные эстрогенгестагенные препараты (оральные контрацептивы): с монофазным (ригевидон, регулон) и многофазным (трирегол) действием
 - 2) прогестины (дериваты гидроксипрогестерона - медроксипрогестерон, мегестрол и хлормадион и производные 19-нортестостерона - норгестрел, левоноргестрел)
 - 3) антиэстрогены (тамоксифен)
 - 4) антипрогестины (гестринон)
 - 5) ингибиторы гонадотропинов (даназол)
 - 6) агонисты гонадолиберина (декапептил, золадекс)
- использование радоновых вод
- ферментные препараты: лидаза, ронидаза, химотрипсин, химопсин

Показания к хирургическому лечению:

1. Аденомиоз - диффузная или узловая форма заболевания, сопровождающаяся гиперплазией миометрия.
2. Внутренний эндометриоз в сочетании с гиперпластическими процессами яичников и/или предраком эндометрия.
3. Отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии в течение трех месяцев
4. Наличие противопоказаний к проведению гормональной терапии - склонность к тромбозам, варикозное расширение вен и тромбофлебит, нарушения артериального и венозного кровообращения, острый и хронический гепатит, цирроз, сахарный диабет, психозы и психопатии, эпилепсия, мигрень, гипертоническая болезнь
5. Сочетание внутреннего эндометриоза тела матки с другими заболеваниями внутренних половых органов, требующих хирургического вмешательства

В репродуктивном периоде при отсутствии заинтересованности в сохранении детородной функции, а также в пре- и постменопаузе производят надвлагалищную ампутацию матки или ее экстирпацию. Молодым женщинам, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции производят органосохраняющую операцию - миометрэктомию.

После хирургического вмешательства рекомендуется физиолечение (электрофорез йода и цинка синусоидальным модулированным или флюктуирующим током, гальванизация шейно-лицевой области, эндоназальная гальванизация и др.), ЛФК, ГБО.

Профилактика:

- применении противозачаточных средств с целью предупреждения аборта;
- назначении внутриматочных манипуляций как можно реже;
- предупреждении травм родовых путей или их полное вылечивание;
- соблюдении особой диеты: нужно обогатить свой рацион полиненасыщенными жирными кислотами, которые в достатке содержатся в лососе, сардинах, минтае, икре, льняном масле.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какие основные симптомы характерны для субмукозной миомы матки?

- А) Бесплодие, кровотечения

- В) Тазовые боли, сдавление органов
 - С) Анемия, схваткообразные боли
2. Какой метод является "золотым стандартом" диагностики эндометриоза?
- А) УЗИ органов малого таза
 - В) Лапароскопия с гистологией
 - С) МРТ с контрастированием
3. Каков основной механизм развития миомы матки?
- А) Изменение рецепции к эстрогенам
 - В) Хроническая ишемия миометрия
 - С) Активация воспалительных процессов
4. Какие ткани поражаются при эндометриозе?
- А) Только репродуктивные органы
 - В) Любые ткани тела
 - С) Эпителий и соединительная ткань
5. Какие осложнения наиболее вероятны при миоме матки?
- А) Некроз узла, бесплодие
 - В) Злокачественное перерождение
 - С) Спонтанный разрыв матки
6. Какое лечение предпочтительно при эндометриозе яичников?
- А) Консервативная терапия
 - В) Хирургическое удаление очагов
 - С) Комбинация хирургического и гормонального лечения
7. Что характерно для болевого синдрома при эндометриозе?
- А) Усиление боли в перименструальный период
 - В) Постоянные боли высокой интенсивности
 - С) Периодические тупые боли без связи с циклом
8. Какой основной гормональный фактор стимулирует рост миомы матки?
- А) Андрогены
 - В) Прогестерон
 - С) Эстрогены
9. Какие методы лечения используют при миоме матки?

- A) Гормональная терапия, эмболизация маточных артерий
- B) Лучевая терапия
- C) Исключительно хирургическое удаление

II. Открытые вопросы (развернутый ответ)

1. Расскажите о патогенезе и основных клинических проявлениях миомы матки.

2. Каковы основные подходы к диагностике и лечению эндометриоза?

3. Какие осложнения могут возникнуть при миоме матки, и как их предотвратить?

4. Объясните взаимосвязь между эндометриозом и бесплодием. Какие методы лечения применимы для восстановления фертильности?

5. Какие показания существуют для хирургического лечения миомы матки?

Ш. Вопросы с картинками

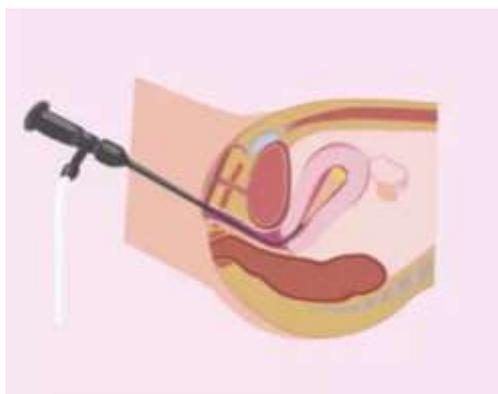
1. Какие виды миом имеются на данной картинке?



2. Что за метод лечения?



3. Расскажите об этом методе удаления миом:



IV. Заполните таблицу

Таблица №1

№	Виды операции	Виды миомы матки				
		Интрамуральный	Многоузловой	Субмукозный	Субмукозный ножке	Субсерозный
1	Ампутация матки					
2	Экстирпация матки					
3	Миомэктомия					
4	Удаление родового узла					

Таблица №2

Эндометриоз – это

Этиопатогенз:		
Клиническая картина	Диагностика	Лечение

V. Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на обильные и продолжительные менструации (до 10 дней), сопровождающиеся схваткообразными болями внизу живота. За последние 6 месяцев менструации стали более болезненными и обильными. Пациентка также отмечает общую слабость, утомляемость и бледность кожных покровов. Анамнез: 2 беременности, 1 искусственный аборт. Гинекологический осмотр: увеличение матки до размеров 9 недель беременности. На УЗИ выявлены субмукозные миоматозные узлы до 4 см, один из которых деформирует полость матки.

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие методы диагностики подтвердят диагноз?
3. Какое лечение является оптимальным в данном случае?

Задача №2

Женщина 30 лет обратилась с жалобами на хронические тазовые боли, которые усиливаются за 1-2 дня до начала менструации, и нерегулярный менструальный цикл. Пациентка также отмечает затруднения при половом акте (диспареунию). В анамнезе: безуспешные попытки забеременеть на протяжении 2 лет. УЗИ: выявлены эндометриодные кисты яичников диаметром до 3 см и мелкие очаги эндометриоза в области тазовой брюшины.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Какие дополнительные исследования подтвердят диагноз?

3. Какое лечение наиболее эффективно?

Задача №3

Пациентка 40 лет поступила с жалобами на чувство тяжести и распираания внизу живота, нерегулярные менструации с обильной кровопотерей и хроническую усталость. При осмотре: увеличение матки до размеров 12 недель беременности, болезненность при пальпации. УЗИ: интерстициальные миоматозные узлы диаметром до 5 см, деформирующие контуры матки. Анализы крови: умеренная анемия (гемоглобин 90 г/л).

Вопросы:

1. Какой вероятный диагноз?
2. Какие методы диагностики наиболее информативны?
3. Какое лечение выбрать в данном случае?

Глава №8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Клинико-гистологическая классификация опухолей яичников

I. Эпителиальные опухоли яичников:

1. *Серозные кистомы*: а) гладкостенные (серозная цистаденома), или цилиоэпителиальные; б) папиллярные (папиллярная серозная цистаденома)
2. *Муцинозные кистомы (псевдомуцинозные)*: а) гладкостенная; б) папиллярная; в) псевдомиксома яичника
3. *Опухоль Бреннера*.
4. *Эндометриоидные*
5. *Светлоклеточные*

II. Соединительнотканые опухоли яичников:

1. *Фиброма яичника*.

III. Гормонально-активные опухоли яичников (опухоли стромы полового тяжа):

1. *Феминизирующие опухоли*: а) гранулезоклеточные; б) текаклеточные (текомы); в) гранулезотекаклеточные (смешанные)
2. *Маскулинизирующие (вирилизирующие) опухоли*: а) андробластома; б) арренобластома; в) липоидоклеточная опухоль
3. *Гинандробластома* — опухоль смешанного строения
4. *Гонадробластома* — опухоль из гоноцитов первичных половых клеток.

IV. Герминогенные опухоли:

1. *Незрелые*
2. *Зрелые (дермоидная киста)*

V. Гонадобластома:

1. *чистая* (без примеси других форм);
2. *смешанная* (с дисгерминомой и другими формами герминогенных опухолей).;

VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичных для яичников.

VII. Вторичные (метастатические) опухоли.

VIII. Опухолевидные процессы:

- 1) лютеома беременности;
- 2) гиперплазия стромы яичников и гипертекоз;
- 3) массивный отек яичника;
- 4) единичная фолликулярная и киста желтого тела;
- 5) множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники);
- 6) множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и/или желтые тела;
- 7) эндометриоз;
- 8) поверхностные эпителиальные кисты-включения;
- 9) простые кисты;
- 10) воспалительные процессы;
- 11) параовариальные кисты.

IX. Неклассифицированные опухоли.

1. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников.

Эпителиальные опухоли яичников - наиболее частая группа опухолей, среди которых различают несколько типов:



Рисунок 8.1. А – Простая серозная цистаденома (Лапароскопия); Б - Серозная папиллярная цистаденома (вид после вскрытия капсулы).

а) **Серозные эпителиальные опухоли** - бывают доброкачественными, пограничными и злокачественными; макроскопически могут быть в виде кист или солидной опухоли с прорастанием капсулы или без него. Характерна неоднородность консистенции. В поздних стадиях опухолевые массы не только прорастают капсулу, но и срастаются с соседними тканями, образуя конгломераты, включающие сальник, петли кишечника и т.д.

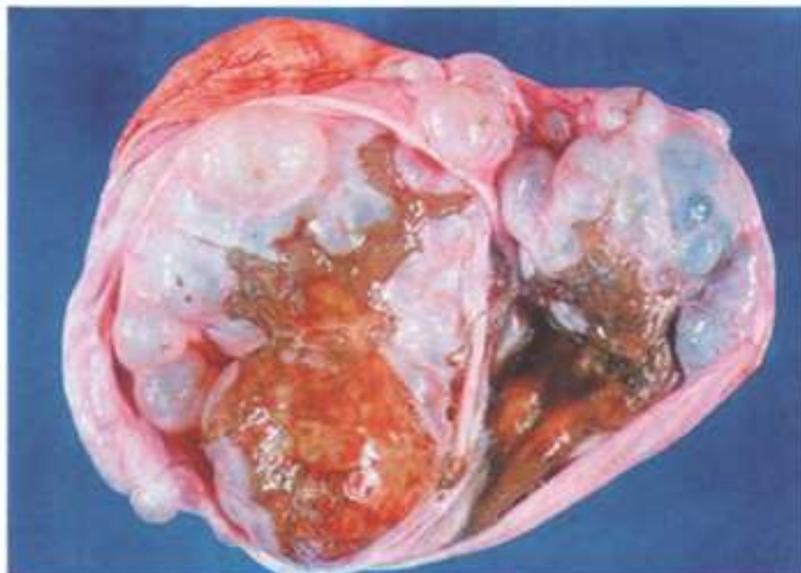


Рисунок 8.2. Муцинозная цистаденома. (Макропрепарат)

б) **Муцинозные эпителиальные опухоли** - макроскопически имеют вид кист, часто больших размеров, многокамерные; выстилающий эпителий обладает способностью слизеобразования, а по мере озлокачествления теряет ее.

Макроскопическое строение муцинозной цистаденомы: многокамерное образование круглой или овальной формы, нередко бугристое, со стенками различной толщины (рис. 8.2). В просвете камер имеется характерное содержимое, напоминающее цервикальную слизь. Размеры муцинозных кистозных опухолей различны, описаны опухоли массой до 36 кг. Они, так же как и серозные новообразования, могут быть на ножках и перекручиваться. *Двусторонние муцинозные цистаденомы* выявляют в 1/3 наблюдений. Выявляют у женщин всех возрастов, однако средний возраст больных муцинозными опухолями несколько выше, чем больных серозными новообразованиями (муцинозных — 50 лет, серозных — 45 лет). *Несложные муцинозные цистаденомы* обычно имеют скудную симптоматику. Они гормонально-неактивны, нарушений менструального цикла не вызывают. Характерным симптомом могут быть тянущие боли внизу живота.

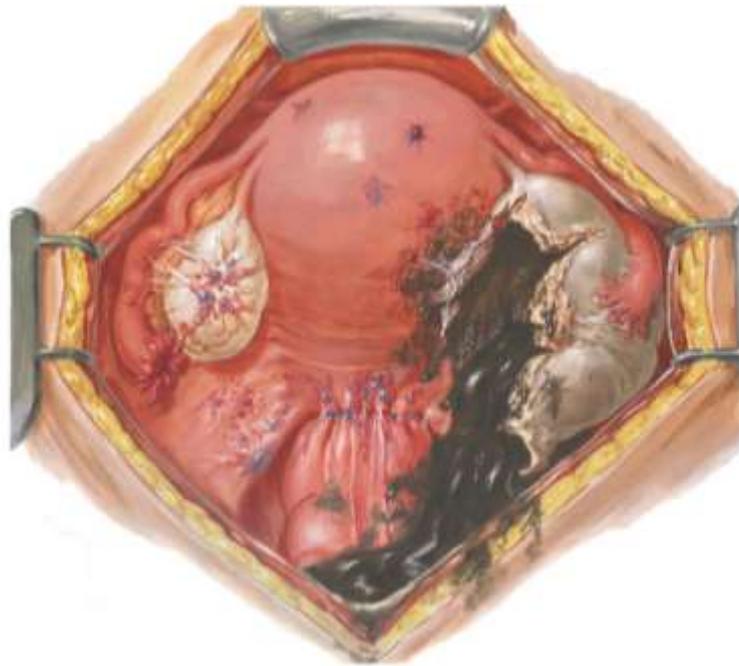


Рисунок 8.3. Эндометриодная киста или шоколадная киста.
(Эндометриодные эпителиальные опухоли — это подтип эпителиальных опухолей яичников, возникающих на фоне эндометриоза или содержащих эндометриоподобные ткани. Они включают: Эндометриодную аденокарциному; Эндометриодную кисту)

в) **Эндометриодные эпителиальные опухоли** бывают различной величины коричневой или красноватой окраски с аналогичным содержимым

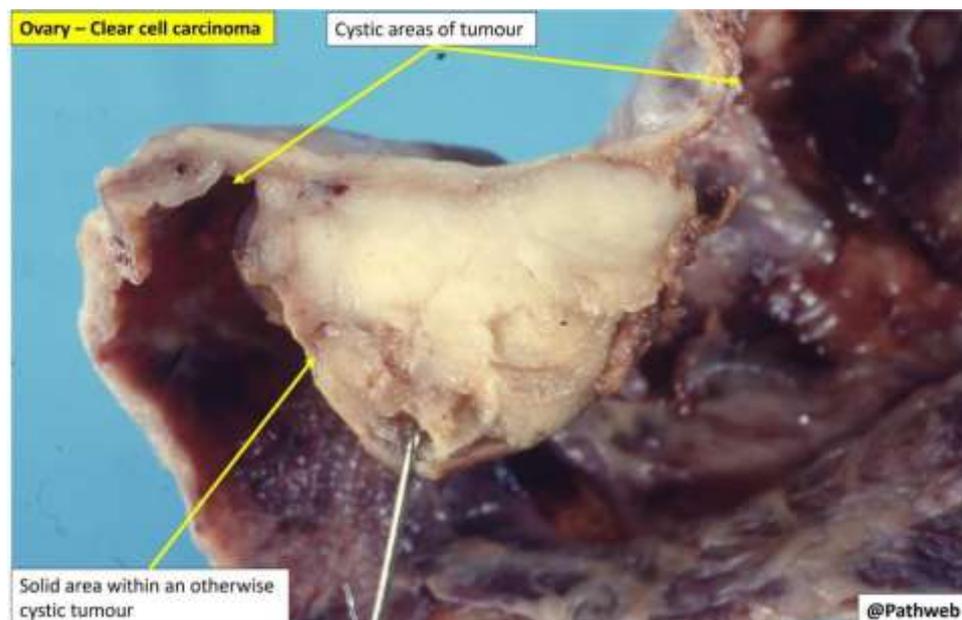


Рисунок 8.4. Светлоклеточная опухоль яичника. (Макропрепарат)

г) **Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли** - встречаются редко, они односторонние, крупных размеров, солидного или мелкокистозного строения



Рисунок 8.5. Опухоль Бреннера (Макропрепарат)

д) ***Опухоли Бреннера*** - чаще доброкачественные, овальной формы, с неровной поверхностью, каменистой плотности, обладают эстрогенной активностью, сопровождаются асцитом. Возможно развитие элементов опухоли Бреннера в других кистах.

Опухоли яичника из стромы полового тяжа:

а) феминизирующие:

1) гранулезоклеточные - встречаются у женщин всех возрастов, гормонально активны, вырабатывают эстрогенные гормоны, по мере озлокачествления их активность снижается. Чаще они односторонние, различных размеров

2) текомы (тека-клеточные) - гормонально активны, макроскопически напоминают фиброму яичника, чаще доброкачественные, но могут сопровождаться асцитом

3) смешанные (гранулезотекаклеточные) - диагностируются только гистологически.

б) маскулинизирующие - андробластомы (опухоли из клеток Сертоли и Лейдига) - гормональноактивные опухоли, вызывающие дефеминизацию и маскулинизацию женщины, чаще доброкачественные

Герминогенные опухоли: тератомы - группа опухолей, весьма разнообразных по типу составляющих их тканей и по степени зрелости. Различают зрелую (дермоидная киста) и незрелую (эмбриональную) тератомы. Зрелые тератомы могут малигнизироваться ("рак в дермоидной кисте"), а незрелые отличаются весьма злокачественным клиническим течением.



Рисунок 8.6. Зрелая тератома (вид после вскрытия капсулы).

Клиническая картина опухолей яичников невыражена, что является основной причиной запоздалой их диагностики (в запущенных стадиях):

- а) субъективные симптомы: боли, нарушения функции желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, общие симптомы (слабость, похудание, недомогание, быстрая утомляемость и потеря трудоспособности, повышение температуры тела, нарушения сна, плохое самочувствие).
- б) объективные симптомы: скопление жидкости в брюшной полости (асцит), увеличение живота, определение опухоли, нарушения менструального цикла.
- в) специфические симптомы, характерные для того или иного вида опухоли: гранулезоклеточные опухоли в детском возрасте сопровождаются прежде-

временным половым созреванием, в детородном — мено- и метrorрагиями, в пожилом — появлением менструальных кровотечений в постменопаузе, нередко повышением либидо и т.д. Андробластомы у девочек приводят к преждевременному половому созреванию, у взрослых женщин - к дефеминизации и маскуликации. Асцит является симптомом злокачественных опухолей яичников, но может наблюдаться и при доброкачественных (фиброма, опухоль Бреннера).

Диагностика: опрос, бимануальное исследование, лабораторные данные, УЗИ, кульдоцентез с цитологией, гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием, КТ и др.

Лечение: хирургическое, объем оперативного вмешательства определяется после исключения малигнизации (с помощью срочного гистологического исследования, цитологии). В детском, препубертатном и пубертатном периодах, в репродуктивном возрасте как при односторонних, так и особенно при двухсторонних опухолях яичников операции должны выполняться с сохранением неизменной ткани яичников (по типу резекции). В случаях одностороннего удаления опухолей проводят резекцию второго яичника со срочным гистологическим исследованием. В перименопаузальном периоде при опухолях яичников показана гистерэктомия с придатками.

Метастатические опухоли яичников.

Любая форма злокачественной опухоли при любой локализации может давать метастазы в яичники, чаще они наблюдаются при раке желудочно-кишечного тракта и молочной железы. Часто метастатический рак яичников возникает при первичном поражении матки, ее шейки и других половых органов. Метастазирование происходит лимфогенным, гематогенным и другими путями. Метастазы из желудочно-кишечного тракта чаще поражают оба яичника (**опухоль Крукенберга**).

Диагностика: данные анамнеза, общего, гинекологического осмотра и специальных методов исследования:

- цитологический метод - основан на исследовании жидкости из серозных полостей, пунктатов опухоли, мазков-отпечатков с поверхности опухоли
- рентгенологические методы исследования (лимфография, компьютерная томография)
- ультразвуковое исследование
- диагностическая лапароскопия
- обнаружение опухолевых маркеров - антигенов белковой природы, которые вырабатываются опухолевой тканью.

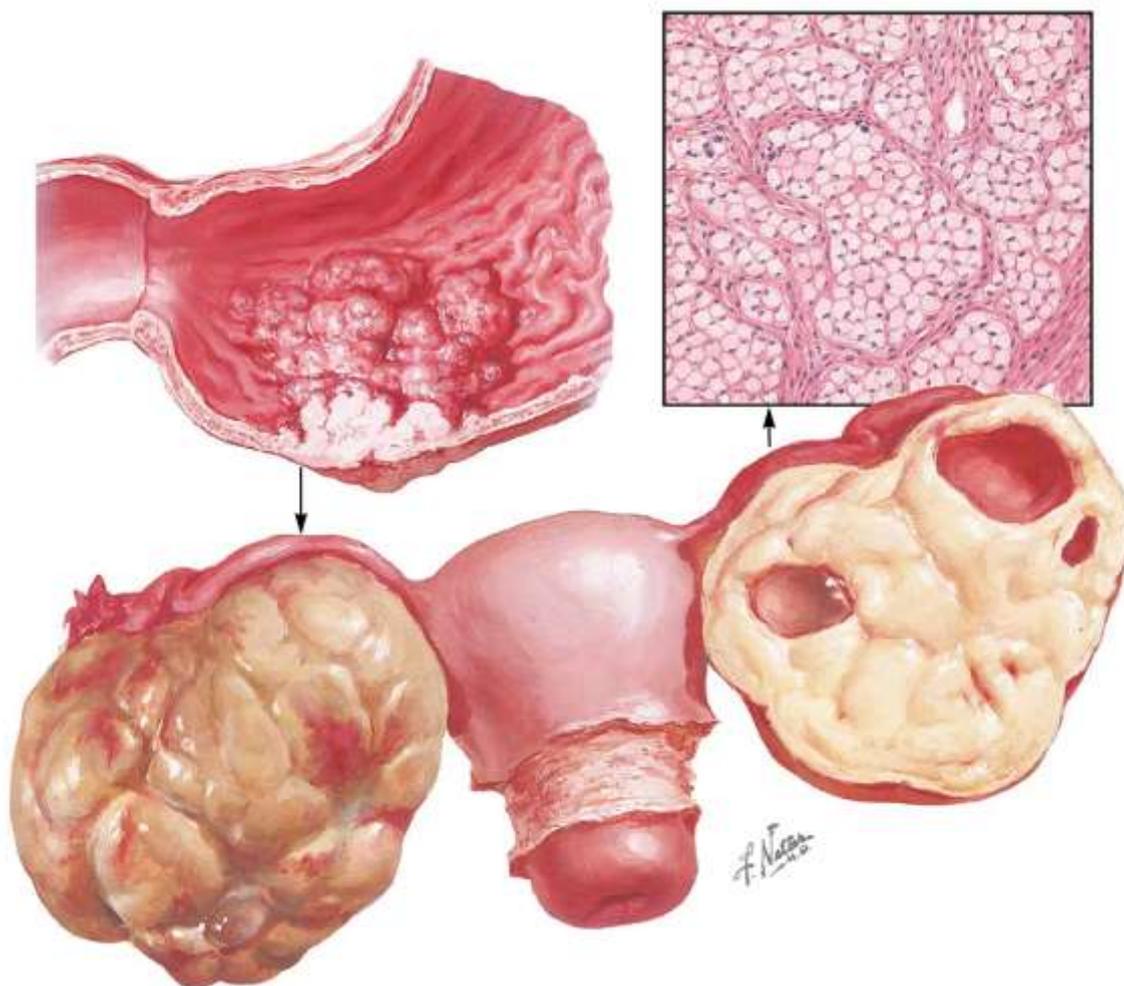


Рисунок 8.5. Опухоль Крукенберга.

Трудности диагностики очевидны, поскольку отсутствуют патогномоничные симптомы злокачественных опухолей в ранние стадии. Клиническому проявлению рака предшествует доклинический период. Онкологическая настороженность должна всегда присутствовать при проведении профилактических и других осмотров женщин, это является залогом успеха своевременной диагностики опухолей яичников.

Лечение: тактика определяется с учетом первичной локализации процесса:

1. Лечение определяется с учетом стадии процесса и гистотипа. Обычно проводится комбинированное лечение, которое включает: хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию, гормонотерапию и иммунотерапию. Варианты их сочетаний подбираются индивидуально.

2. Операция выбора - гистерэктомия (тотальная или субтотальная) с придатками и удалением большого сальника. Оментэктомия выполняется всегда при таких операциях, поскольку именно в сальнике обнаруживаются метастазы (при отсутствии видимых могут определяться микрометастазы при гистологическом исследовании). По показаниям удаляются метастазы в области кишечника, лимфатических узлов и т.д. В отдельных случаях, при значительном распространении процесса, операция ограничивается удалением только основных опухолевых масс. Обязательно во время операции осуществляется ревизия органов брюшной полости (кишечник, желудок, печень, почки и т.д.)

3. Химиотерапия является почти всегда показанной при злокачественных опухолях яичников в дополнение к хирургическому вмешательству. В отдельных случаях (III-IV стадия) химиотерапия может предшествовать оперативному лечению. В настоящее время используются моно- или полихимиотерапия.

4. Лучевая терапия при злокачественных опухолях яичников применяется реже, сочетается с химиотерапией. Принято считать ее целесообразной после оперативного вмешательства по поводу злокачественных опухолей яичников I-II стадии.

5. Гормонотерапия при раке яичников проводится по типу эстроген- или гестагентами с учетом наличия эстрогеновых и прогестероновых рецепторов в опухолевой ткани.

6. В дополнение используется иммунотерапия.

8.1. Киста и кистома яичников.

I. Ретенционные кисты яичников

Кисты яичников преимущественно являются *ретенционными*. Они развиваются из фолликулов и желтых тел.

Существуют две основные теории возникновения ретенционных кист яичников.

Первая теория объясняет их появление изменениями, связанными с воспалением придатков матки (51,6% случаев). Большое значение при этом имеют застойная гиперемия тазовых органов и развитие явлений периоофорита. Кроме того, гиперемия наблюдается в физиологических условиях в связи с менструальным циклом (овуляция, фаза развития желтого тела), с беременностью, родами, послеродовым периодом и лактацией; причинами могут быть прерванное половое сношение, не наступление

оргазма при выраженном половом возбуждении, а также опухоли матки (миома) в 34,2% случаев.

Вторая теория – гормональная – нарушение гормонального баланса в организме больной.

Развитие кист может происходить различными путями. В одних случаях имеют место нарушение соотношения между ЛГ и ФСГ, повышение ФСГ, нарушение овуляции при фолликулярных кистах (недостаток в организме лютеинизирующего гормона), а кисты желтого тела развиваются при избыточной продукции лютеинизирующего гормона гипофиза. В других случаях кисты возникают на фоне застойной гиперемии, в третьих – происходит утолщение белочной оболочки яичника, вследствие чего созревший фолликул не может вскрыться.

Выделяют:

1. Фолликулярные кисты.
2. Киста желтого тела.
3. Параовариальная киста.
4. Текалютеиновые кисты.
5. Эндометриоидная киста.

II. 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

Наличие фолликулярной кисты не нарушает процессов созревания яйцеклетки и овуляции в остальных фолликулах.

Фолликулярная киста наблюдается наиболее часто. При небольших размерах она бессимптомна, может достигать размера до 10 см в диаметре, округлой формы, однокамерная, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции, тонкостенная, подвижная, безболезненна при пальпации, имеет ножку, может самопроизвольно лопаться и нередко разрывается при бимануальном исследовании.

Диагностика основана на данных бимануального исследования УЗИ, (в яичнике визуализируется тонкостенное, гипоэхогенное образование размерами от 3 до 10 см).

III. Киста желтого тела

Кисты желтого тела в отличие от фолликулярных встречаются 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. Киста желтого тела гормонально неактивна.

Киста обычно односторонняя, небольших размеров — 3-4 см в диаметре, 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. Как правило, киста появляется и увеличивается во 2-й фазе менструального цикла.

Возникают симптомы ранних сроков беременности — задержка менструации, нагрубание молочных желез; при влагалищном исследовании отмечают увеличение размеров матки, появление кровяных выделений из половых путей. На этом этапе необходимо проводить дифференциальный диагноз с беременностью как маточной, так и внематочной. Уточняют диагноз при исследовании мочи на ХГЧ, который при кисте желтого тела не обнаруживается. Для постановки диагноза, как правило, достаточно бимануального исследования, УЗИ.

Тактика выжидательная. Как правило, кисты желтого тела и фолликулярные кисты подвергаются обратному развитию. Если этого не наблюдается в течении 2-3-х месяцев или имеется тенденция к увеличению кисты, показана операция, во время которой производят резекцию яичника в пределах здоровых тканей. Кисты желтого тела, как и фолликулярные, могут рецидивировать.

IV. Текалютеиновые кисты

Текалютеиновые кисты формируются под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина, содержащего большое количество лютеинизирующего гормона, 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 не подлежат хирургическому лечению.

V. Параовариальная киста

Параовариальная киста образуется из эпоифорона – надъяичникова придатка (параовария), остатка мезонефрального протока.

Киста чаще всего однокамерная, тонкостенная, располагается межсвязочно, содержимое прозрачное, жидкое, бедное белками, не содержит муцина. По объему параовариальная киста может быть от нескольких сантиметров в диаметре до размеров головки новорожденного. Форма шаровидная или овоидная. 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.

Встречается обычно в возрасте 20-30 лет и составляет около 10% всех опухолей и опухолевидных образований яичника. При небольших размерах киста никак не проявляется. При значительных размерах появляются симптомы — боль внизу живота и в крестце, дизурические явления. Развивается киста медленно, малигнизация исключительно редка. При бимануальном исследовании определяется кистозное образование, ограничено подвижное вследствие интралигаментарного расположения. На нижнем полюсе кисты иногда удается пропальпировать яичник. Диагноз уточняют при ультразвуковом исследовании (рядом с яичником определяется опухолевидное гипоэхогенное (жидкостное) образование).

Лечение

Лечение кисты хирургическое, так как паровариальные кисты не подвергаются обратному развитию. Операция заключается в вылуцивании кисты. Маточная труба и яичник сохраняются. Рецидивов параовариальной кисты не бывает. Прогноз благоприятный.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какой из перечисленных факторов является основным в развитии доброкачественных опухолей яичников?

- А) Гиперэстрогения
- В) Хронический эндометрит
- С) Сахарный диабет

2. Какие симптомы чаще всего встречаются при злокачественных опухолях яичников?

- A) Увеличение объема живота, асцит
 - B) Схваткообразные боли
 - C) Обильные кровотечения
3. Что из перечисленного является маркером злокачественных опухолей яичников?
- A) СА-125
 - B) Прогестерон
 - C) ХГЧ
4. Какой метод диагностики является наиболее точным для выявления злокачественных опухолей?
- A) Лапароскопия с биопсией
 - B) МРТ малого таза
 - C) УЗИ органов малого таза
5. Какой тип опухолей развивается из зародышевых тканей яичника?
- A) Тератома
 - B) Эндометриоидная опухоль
 - C) Серозная цистаденома
6. Что характерно для доброкачественной опухоли яичника?
- A) Ограниченный рост с четкими границами
 - B) Быстрое метастазирование
 - C) Инвазивный рост
7. Какие осложнения характерны для доброкачественных опухолей яичников?
- A) Перекрут ножки опухоли
 - B) Перфорация матки
 - C) Проростание в соседние органы
8. Какой основной метод лечения используется при злокачественных опухолях яичников на ранних стадиях?
- A) Хирургический
 - B) Химиотерапия
 - C) Радиотерапия
9. Какие ткани чаще всего поражаются метастазами при раке яичников?

- А) Брюшина, печень, легкие
- В) Лимфоузлы, почки, кишечник
- С) Сердце, мышцы, кожа

II. Открытые вопросы (развернутый ответ).

1. Опишите основные клинические проявления доброкачественных и злокачественных опухолей яичников.

2. Какие факторы риска влияют на развитие опухолей яичников?

3. Как проводится дифференциальная диагностика между доброкачественными и злокачественными образованиями яичников?

4. Какие этапы включены в лечение злокачественных опухолей яичников?

5. Объясните роль онкомаркера СА-125 в диагностике опухолей яичников.

Ш. Вопросы с картинками.

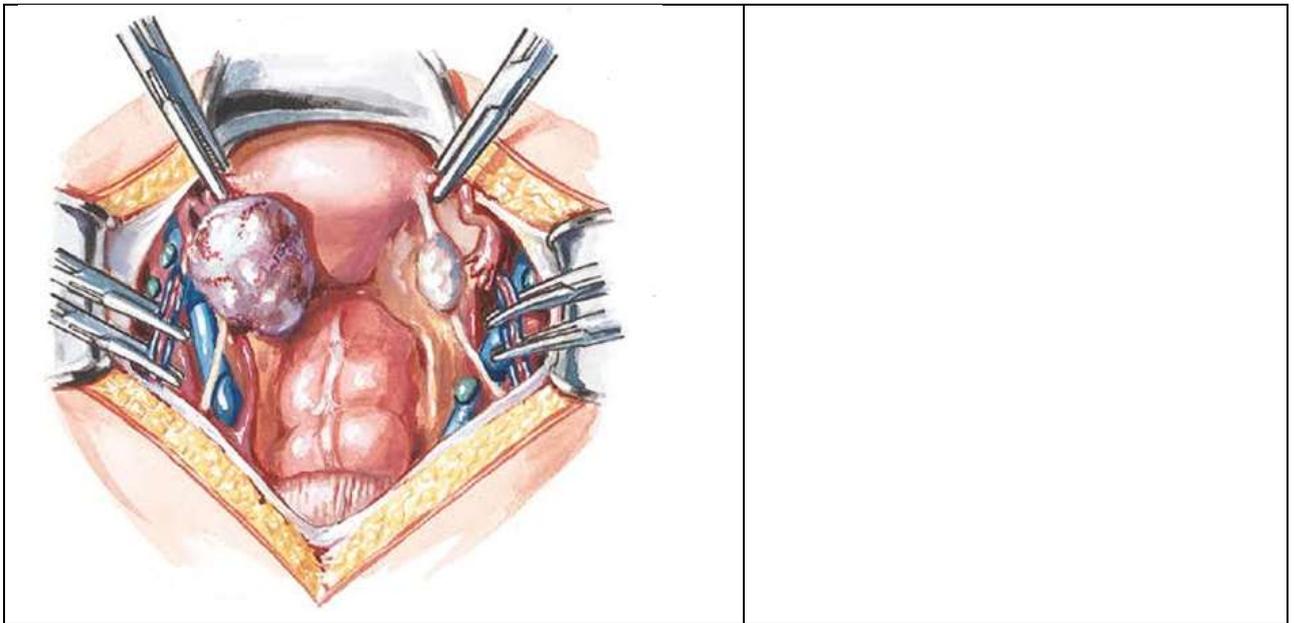
1. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.



2. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.



3. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.



IV. Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина 58 лет обратилась с жалобами на чувство тяжести и боли внизу живота, вздутие, снижение аппетита, общую слабость. В течение последнего месяца наблюдала увеличение объема живота. Анамнез: менопауза 8 лет. На осмотре: пальпируется опухолевидное образование в нижнем отделе живота. Асцит выражен. УЗИ: двустороннее объемное образование в области яичников с неровными контурами, гиперэхогенными включениями и умеренным кровотоком. Уровень СА-125 — 890 Ед/мл.

1. Какой предварительный диагноз?
2. Какие этапы диагностики помогут подтвердить диагноз?
3. Каковы основные подходы к лечению?

Задача №2

Пациентка 25 лет поступила в экстренном порядке с жалобами на резкую боль в правой подвздошной области, начавшуюся 4 часа назад. Боль сопровождалась тошнотой, слабостью и холодным потом. В анамнезе: нерегулярный менструальный цикл. На осмотре: тахикардия, выраженная болезненность внизу живота справа, напряжение передней брюшной стенки. УЗИ: округлое гипоэхогенное образование правого яичника диаметром 8 см, кровоток значительно снижен.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Какие неотложные действия необходимо предпринять?
3. Каков прогноз для пациентки?

Задача №3

Женщина 60 лет обратилась с жалобами на сильные боли внизу живота, хроническую слабость, значительную потерю веса (10 кг за 3 месяца). При осмотре: увеличенный объём живота за счёт асцита, пальпируются плотные опухолевидные образования в проекции придатков. Лабораторные показатели: СА-125 — 1250 Ед/мл, альбумин снижен. МРТ органов малого таза и брюшной полости: двусторонние объемные образования в яичниках, метастазы в брюшине и печени.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие диагностические процедуры нужно выполнить?
3. Каков план лечения и прогноз?

Глава №9. Аномалия развития и неправильное положение женских половых органах.

Анатомо-физиологические особенности половых органов девочки

В половом развитии девочки различают несколько периодов:

- внутриутробный;
- период новорожденной (4 недели);
- нейтральный период (от 1 года до 8 лет);
- препубертатный период (с 8 лет до 12 лет или до менархе);
- пубертатный период:

1 фаза (с менархе (12 лет) до 16 лет).

2 фаза (с 16 лет до 21 года).

Внутриутробный период

Генетический пол плода определяется набором половых хромосом, который образуется в процессе слияния половых клеток. Набор хромосом XX определяет женский пол индивидуума.

Развитие и дифференцировка половых органов плода происходит под влиянием половых гормонов, поступающих к плоду из крови матери, из плаценты, а также образующихся в организме самого плода.

Женские половые органы развиваются в тесной взаимосвязи с мочевой системой. На 5 неделе внутриутробного развития на медиальной поверхности первичной почки (вольфово тело) образуется половой валик, из которого в дальнейшем формируется яичник. Половая железа на ранних стадиях своего развития имеет индифферентный характер, одинаковый для обоих полов.

Развитие яичника начинается с **11-12** недели эмбрионального развития. В 18 недель в яичнике плода уже имеются примордиальные фолликулы, которые начинают функционировать, но гормональная функция яичников плода находится на низком уровне.

Матка, маточные трубы и влагалище развиваются из мюллеровых ходов, которые впадают в мочеполовую пазуху и в процессе эмбрионального развития, начиная со 2 месяца, сливаются в средней и нижней частях ходов, при этом формируется влагалище и матка (на 3 месяце внутриутробного развития). Из не слившихся верхних третей мюллеровых ходов развиваются маточные трубы. Наиболее интенсивный рост матки отмечается с 21 недели внутриутробной жизни.

Наружные половые органы развиваются из уrogenитального синуса. Дифференцировка наружных половых органов по женскому типу заканчивается к 17 неделе.

Период новорожденности

Половые органы новорожденной имеют особенности, зависящие от влияния половых гормонов матери, полученных во время внутриутробной жизни. Клитор относительно велик. Малые половые губы лишь частично покрыты большими. Вестибулярные железы не функционируют, девственная плева расположена более глубоко в половой щели. Вход во влагалище может быть закрыт вязкой слизью. Влагалище расположено вертикально, слизистая его состоит из 30—40 слоев плоского эпителия, который представлен преимущественно промежуточными клетками, КПИ высокий, во влагалище присутствуют палочки Додерлейна, реакция содержимого кислая.

По мере экскреции половых гормонов из организма новорожденной меняется морфология слизистой и характер отделяемого влагалища. Значительное падение уровня половых гормонов происходит в первые 10 дней после рождения, в результате чего количество слоев многослойного плоского эпителия уменьшается до 2-3, реакция из кислой переходит в нейтральную, палочки Додерлейна исчезают.

На 3-9 сутки после рождения в связи с падением уровня эстрогенов в организме новорожденной может быть увеличение молочных желез, кровянистые выделения из влагалища — половой криз.

Матка у новорожденной относительно большая и располагается в брюшной полости, соотношение шейки к телу матки 3:1. Тело и шейка матки почти не образуют между собой угла. Маточные трубы отличаются большой длиной, имеют извитую форму. Яичники удлинненные (веретенообразные) с множеством примордиальных фолликулов.

Врожденные аномалии (пороки развития) — стойкие морфологические изменения органа, системы или всего организма, возникающие внутриутробно, выходящие за пределы вариаций их строения и приводящие к расстройствам функции.

Аплазия (агенезия) — порок развития, обусловленный врожденным отсутствием какой-либо части тела или органа.

Атрезия — полное отсутствие просвета или естественного отверстия в органе, имеющем трубчатое строение.

Гипоплазия — остановка развития органа, его части или организма в целом в результате прекращения увеличения числа клеток.

Дисгенезия — неполное развитие, недоразвитие, например, дисгенезия половых желез (gonadal dysgenesis) представляет собой недоразвитие яичников.

Стеноз (стриктура) — врожденное или приобретенное стойкое сужение просвета любой полой анатомической структуры организма.

Эктопия — смещение органов или развитие их в тех местах, где в норме они не должны находиться.

Классификация аномалий развития матки и влагалища ESHRE/ESGE

Основные классы аномалий развития матки		Основные подклассы	Дополнительные первикальные/вагинальные аномалии развития
U0	Нормальная матка		Шейка
UI	Дисморфичная матка (матки с нормальным наружным контуром дна, но с аномальной полостью)	a. Т-образная матка b. Инфантильная матка c. Другое	C0 Нормальная шейка C1 Цервикальный канал с перегородкой C2 Удвоение шейки матки C3 Односторонняя аплазия
UII	Внутриматочная перегородка	a. Неполная (перегородка над внутренним зевом) b. Полная (перегородка доходит до внутреннего зева)	C4 Аплазия шейки матки Влагалище
UIII	Бикорпоральная матка (частичное или полное разделение тела матки на две части)	a. Неполная (тело матки разделено выше внутреннего зева шейки матки) b. Полная (тело матки разделено до уровня внутреннего зева) c. Бикорпоральная матка с перегородкой	V0 Нормальное влагалище V1 Продольная (необструктирующая) перегородка V2 Продольная (замкнутая, обструктирующая) перегородка
UIV	Однорогая матка	a. Рудиментарный рог с полостью (сообщающийся/ не сообщающийся с маткой) b. Рудиментарный рог без полости	V3 Поперечная перегородка и/или неперфорированная девственная плева V4 Аплазия влагалища
UV	Аплазия матки	a. С рудиментарной полостью (односторонний/двусторонний рог) b. Без рудиментарной полости (односторонний/двусторонний тяж матки или полная аплазия матки)	
UVI	Неклассифицируемые аномалии		

Таблица 9.1. Классификация аномалий развития матки и влагалища ESHRE/ESGE.

Классификация Американского общества репродуктивной медицины 2021 г. представляет обновленный вариант классификации аномалий мюллеровых протоков 1988 г. В новой классификации аномалии развития мат-ки и влагалища разделены на 9 основных категорий:

- агенезия мюллеровых протоков;
- агенезия шейки матки (полная агенезия шейки матки, агенезия дистальной части шейки матки);
- однорогая матка (однорогая матка без рудиментарного рога; однорогая матка с нефункционирующим рудиментарным рогом, не сообщаемся с полостью основного рога; однорогая матка с функционирующим рудиментарным рогом, не сообщаемся с полостью основного рога; однорогая матка с нефункционирующим рудиментарным рогом, сообщаемся с полостью основного рога; однорогая матка с функционирующим рудиментарным рогом, сообщаемся с полостью основного рога);
- удвоение матки (удвоение матки с полной или частичной продольной перегородкой влагалища; удвоение матки с продольной, замкнутой, обструктирующей перегородкой влагалища с формированием одностороннего гемокольпоса);

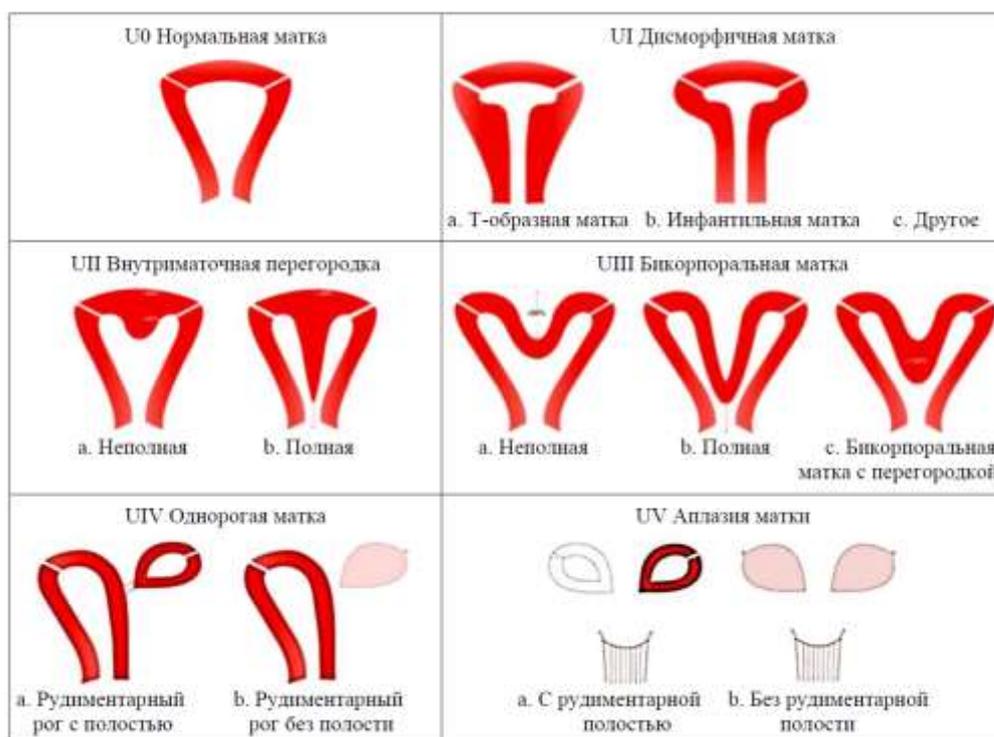


Таблица 9.2. Классификация аномалий развития матки.

9.1. Методы медико-генетической диагностики гинекологических заболеваний

По данным Всемирной организации здравоохранения, генетические аномалии встречаются у 5 % новорожденных и являются причиной ежегодной смертности 3,3 млн детей в возрасте до 5 лет. Еще 3,2 млн младенцев рождаются инвалидами. Основными этиологическими факторами инвалидности детей в данной возрастной группе являются состояние здоровья беременных женщин и воздействие тератогенных факторов. К последним относятся инфекционные заболевания, ионизирующее излучение, радионуклиды, противоопухолевые, гормональные препараты и наркотические вещества. Наследственные факторы врожденных пороков развития обуславливают 40–50 % ранней младенческой смертности и детской инвалидности и формируют генетический груз популяции, проявляющийся у 5 % человечества

Для ранней диагностики врожденных аномалий у плода разработан и применяется комплекс диагностических, прогностических скрининговых технологий и методов – пренатальная генетическая диагностика (ПД), результаты которой позволяют родителям ребенка в случае выявления у него патологии принять взвешенное решение о продолжении или прекращении беременности.

Показания для медико-генетического консультирования

1. Первичное бесплодие супругов после исключения гинекологической патологии у жены, а также при наличии аспермии у мужа.
2. Первичная аменорея с недоразвитием вторичных половых признаков (подозрение на синдром Шерешевского –Тернера, дисгенезию гонад).
3. Нарушение половой дифференцировки, аденогенитальный синдром.
4. Повторные спонтанные аборт, мертворождения, замершие беременности.
5. Рождение ребенка с пороками развития, болезнью Дауна.
6. Наличие любого наследственного заболевания или врожденных пороков развития у мужа, жены или их родственников.
7. Многократная угроза прерывания данной беременности в сроке 8-10 недель.
8. Прием лекарственных препаратов, обладающих тератогенным действием, полученных супругами перед зачатием или в первые недели беременности.

9. Перенесенные во время беременности инфекции, особенно в сроке до 18-20 недель: краснуха, грипп, корь, ветряная оспа, цитомегалия, токсоплазмоз, листериоз.
10. Работа на вредном производстве беременной женщины и ее мужа, рентгеновское обследование беременной женщины, особенно в первом триместре беременности.
11. Многоводие или маловодие при данной беременности.
12. Возраст беременной 37 лет и старше.
13. Кровнородственный брак.
14. На консультацию направляются мужчины, страдающие бесплодием, недоразвитием половых органов, вторичных половых признаков, с подозрением на синдром Клайнфельтера.
15. Направляются дети с задержкой умственного развития, задержкой роста, физического развития, судорожным синдромом, пороками развития, с подозрением на болезнь Дауна, скелетными дисплазиями.
16. Направляются беременные женщины, попавшие в группу риска по результату пренатального скрининга 1 триместра беременности, а также беременные женщины в любом сроке беременности с подозрением на порок развития у плода.
17. Направляются новорожденные дети, попавшие в группу риска по результату неонатального скрининга, с подозрением на врожденный гипотиреоз, фенилкетонурию, муковисцидоз, галактоземию, адреногенитальный синдром.

Консультирующимся необходимо иметь при себе направление лечебного учреждения, беременным дополнительно книжку беременной, выписку из протокола вскрытия мертворожденного или умершего ребенка (патологоанатомический диагноз), данные гистологического соскоба из полости матки при самопроизвольных выкидышах, данные группы крови и резус-фактора обоих супругов, данные спермограммы мужа при бесплодном браке, амбулаторную карту ребенка или выписку из детской поликлиники.

I. Консультативный прием проводится ежедневно с 8-30 часов до 15-30 часов, кроме субботы и воскресенья. По направлениям из ЛПУ консультация проводится бесплатно, имеется предварительная запись на прием. На приеме врача-генетика осуществляется:

- диагностика наследственного заболевания у детей и взрослых пациентов с использованием компьютерных диагностических программ:

“ Оксфордская медицинская база данных”, баз международных регистров по наследственной и врожденной патологии.

- клинико-генеалогический анализ (составление и анализ родословной)

- консультирование детей с целью уточнения диагноза по результатам неонатального скрининга.

- консультирование беременных женщин с целью дородовой диагностики и прогноза потомства.

- Расчет индивидуального риска рождения ребенка с синдромом Дауна и другими хромосомными заболеваниями у беременной женщины с использованием компьютерной программы «Астрайа».

-Лечение больных с фенилкетонурией, расчет диетического питания использованием компьютерной программы «Диета ФКУ».

-Консультирование семей с бесплодным браком, невынашиванием беременности для исключения генетических причин.

-Диспансеризация больных с наследственными заболеваниями и врожденными пороками развития, ведение генетических регистров.

II Пренатальная (дородовая) диагностика проводится на базе Медико-генетической консультации и включает в себя:

1 УЗ – исследование беременных женщин с целью подтверждающей диагностики ВПР у плода в I – III триместрах беременности.

2. Проведение доплерометрических исследований в сроке 24 и более недель беременности для диагностика фетоплацентарной недостаточности.

3. Исследование сывороточных маркеров РАРР-А (протеин А, ассоциированный с беременностью) и бетта ХГЧ (хорионический гонадотропин, свободная субъединица) в первом триместре беременности в режиме скрининга с расчетом генетического риска по хромосомной патологии у плода.

4. Инвазивная пренатальная диагностика (кордоцентез, плацентоцентез, хорионбиопсия) для исключения хромосомной патологии у плода – проводится беременным женщинам, попавших в группу риска по результату пренатального скрининга после предварительной консультации врача-генетика, где беременная получает полную информацию о предстоящей процедуре.

В медико-генетической консультации с целью пренатальной диагностики используется оборудование высокого и экспертного класса для выявления врожденных пороков развития у плода, фетоплацентарной недостаточности, диагностики гинекологических заболеваний:

1. УЗ-сканер «VOLUSON –E8 » с функцией объемной реконструкции, 4D сканированием

2. УЗ-сканер «VOLUSON – 730 Pro V» цифровой сканер с функцией объемной реконструкции и 4D сканирование

III Лабораторные исследования в МГК проводятся по направлению врачей генетиков, а также врачей акушеров-гинекологов, педиатров и врачей других специальностей:

1. Исследование сыворотки крови у беременных женщин на маркеры врожденной патологии у плода:

А) РАРР-А (протеин А, ассоциированный с беременностью) и бетта ХГЧ (хорионический гонадотропин, свободная субъединица) в первом триместре беременности в режиме скрининга.

Б) альфафетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин (ХГЧ), во втором триместре беременности по показаниям.

2. Проведение исследований с целью диагностики наследственных заболеваний у детей и взрослых:

- определение аминокислот и углеводов методом тонкослойной хроматографии (ТСХ),

- исследования натрия и хлора в поте на приборе «Нанодакт»

- исследование гликозаминогликанов в моче,

- анализ мочи на аминокацидурию, кетокислоты, редуцирующие вещества,

- исследование глиаина в сыворотке крови.

Обследования проводятся для диагностики нарушения аминокислотного и углеводного обмена, при подозрении на дисплазию соединительной ткани, для уточнения синдрома мальабсорбции, муковисцидоза, целиакии.

1. Массовый скрининг новорожденных на наследственные заболевания фенилкетонурию, врожденный гипотиреоз, галактоземию, муковисцидоз, адреногенитальный синдром.

Обследование проводится всем новорожденным детям, взятие крови из пятки ребенка на специальный тест-бланк осуществляется в родильном доме. Тест-бланк доставляется в лабораторию МГК, где проводится исследование.

Новорожденные, попавшие в группу риска вызываются на прием к врачу-генетику для уточнения диагноза.

1. Исследования сыворотки крови методом ИФА на инфекции у детей и взрослых:

- вирус простого герпеса, тип I, II, иммуноглобулин M, G
- цитомегаловирус, иммуноглобулин M, G, авидность
- вирус краснухи, иммуноглобулин M, G, авидность
- вирус Эпштейна-Барра, иммуноглобулин M, G
- токсоплазмоз, иммуноглобулин M, G, авидность

1. Иммуно-аллергологические исследования сыворотки крови методом ИФА у детей и взрослых.

1. специфический иммуноглобулин E (пищевая, бытовая, грибковая панель)
2. антитела к гельминтам, лямблиям.
3. антитела к аскаридам

9.2. Генитальные аномалии у девочек, подростков и молодых женщин.

Аномалии развития половых органов возникают обычно в эмбриональном периоде, редко - в постнатальном.

Этиопатогенез: причинами считаются тератогенные факторы, действующие в эмбриональный, возможно, в фетальный и даже в постнатальный периоды:

а) внешние тератогенные факторы: ионизирующие излучения; инфекция; лекарственные средства, особенно гормональные; химические; атмосферные (недостаток кислорода); алиментарные (нерациональное питание, дефицит витаминов) и другие, нарушающие процессы метаболизма и клеточного деления

б) внутренние тератогенные воздействия - все патологические состояния материнского организма, особенно способствующие нарушениям гормонального гомеостаза, а также наследственные.

Классификация аномалий развития половых органов:

а) по локализации (в зависимости от органа)

б) по степени тяжести:

- легкие, не влияющие на функциональное состояние половых органов
- средние, нарушающие функцию половых органов, но допускающие возможность деторождения
- тяжелые, исключающие возможность выполнения детородной функции

Особенности пороков развития матки и влагалища зависят от формы аномалии и могут сопровождаться:

1) отсутствием менструаций и невозможностью половой жизни (аплазия матки и влагалища)

2) полной задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (атрезия девственной плевы, перегородка, аплазия части или всего влагалища при функционирующей матке)

В период полового созревания клинически проявляются пороки развития, сопровождающиеся полной или частичной задержкой оттока менструальной крови. При этом характерен болевой синдром, интенсивность и характер которого имеют особенности, обусловленные формой порока развития. При атрезии девственной плевы, аплазии части влагалища и удвоении влагалища и матки с частичной аплазией одного влагалища наиболее характерны периодически повторяющиеся, нарастающие по интенсивности, ноющие боли. Для девушек с аплазией всего влагалища при функционирующей матке и больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки более типичны первично-схваткообразные боли, быстро становящиеся постоянными, нарастающими по интенсивности. Наиболее тяжелое клиническое течение наблюдается у девушек с аплазией всего влагалища при функционирующей матке и у больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки.

3) односторонней задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (добавочное замкнутое влагалище, добавочный замкнутый рог матки);

4) привычным невынашиванием беременности (внутриматочная перегородка), затруднениями при половой жизни (две матки, полная или неполная влагалищная перегородка).

Диагностика: анамнез, клиника, детальное гинекологическое исследование, дополнительные исследования (УЗИ, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, экскреторная урография, эхография, гистеросальпингография, лапароскопия и др.)

Аплазия матки и влагалища.

Аплазия матки часто сочетается с аплазией влагалища - синдром Майера-Рокитанского-Кюстера, который характеризуется следующими признаками: матка представлена двумя рудиментарными рогами без канализации, имеется аплазия влагалища, первичная аменорея.

При аплазии матки и влагалища основными жалобами являются невозможность вести нормальную половую жизнь, отсутствие менструаций, сопровождающихся у большинства больных ежемесячным возникновением тянущих болей внизу живота, нагрубением молочных желез, иногда носовыми кровотечениями и головными болями.

Диагноз устанавливается на основе клиники, гинекологического исследования, УЗИ, лапароскопии.

Лечение: создание искусственного влагалища - кольпопоз: из сигмовидной кишки по Александрову, из отрезка сигмовидной кишки по Гиговскому, из тазовой брюшины, с использованием лоскутов ткани малых половых губ, бескровный метод.

При аплазии одной или двух третей нижней части влагалища клиническая картина проявляется после начала менструаций, характеризуется наличием болей, при ректоабдоминальном исследовании по центру таза выявляется опухолевидное образование, иногда в форме песочных часов. При растянутой шейке матки образуется общее влагалище для менструальной крови (растянутые матка, шейка и влагалище), которое пальпируется в виде образования по центру таза овальной или круглой формы.

Лечение: хирургическое, сводится к восстановлению проходимости влагалищной трубки путем рассечения перегородки, низведения краев, как правило, растянутого влагалища и подшивания их к области входа во влагалище

При аплазии верхней трети влагалища почти всегда наблюдается недоразвитие шейки матки. Характерно раннее возникновение болей после менархе. При ректоабдоминальном исследовании пальпируют округлое болезненное образование по центру таза.

Лечение: хирургическое, во время операции производят опорожнение матки, затем, если имеется ее шейка (в редких случаях), создают искусственное влагалище; если шейки матки нет, опорожнение осуществляют через искусственно созданное отверстие в матке. Впоследствии созданное отверстие облитерируется и вновь возникает гематометра. В таких случаях при невозможности пластических операций показано удаление матки.

В некоторых случаях делают попытки ввести протектор в искусственно созданный канал шейки матки, но они, как правило, оканчиваются неудачей. После удаления протектора происходит рубцевание стенки матки и вновь возникает гематометра.

Атрезия гимена.

Клиника атрезии девственной плевы: при достаточно выраженном гематокольпозе имеется выбухание слизистой оболочки входа во влагалище синюшного оттенка, которое хорошо видно при осмотре наружных половых органов, боли внизу живота, тянущие или схваткообразные, наличие ложной аменореи, затрудненного мочеиспускания.

Лечение: хирургическое - рассечение девственной плевы крестовидным разрезом: крючками Фарабефа раздвигают в стороны область входа во влагалище, по наиболее выпуклой части гимена производят крестовидный разрез, при этом из влагалища выделяется содержимое гематокольпоза в виде дегтеобразной жидкости. Влагалище промывают раствором фурацилина, затем края разреза обшиваются узловатыми кетгутовыми швами.

Аномалии развития матки.

Существуют следующие типы аномалии развития матки: удвоение матки, шейки матки и влагалища; однорогая матка с нормально развитым влагалищем; двурогая матка с двумя шейками и нормальным влагалищем; однорогая матка со вторым рудиментарным рогом и нормальным влагалищем, полная перегородка тела и шейки матки; неполная перегородка тела матки.

Все пороки развития матки делятся на три группы:

- 1) с отсутствием менструации и невозможностью половой жизни - при аплазии матки и влагалища;
- 2) с нарушением оттока менструальной крови (полным или частичным), образованием гематокольпоза, гематометры;
- 3) без нарушения оттока менструальной крови.

Пороки, существующие без нарушения оттока менструальной крови, протекают бессимптомно и длительно не диагностируются у женщин, не живущих половой жизнью. Основными проявлениями этих пороков являются затруднения при половой жизни, бесплодие или привычное невынашивание беременности.

При наличии порока, препятствующего оттоку менструальной крови, картина заболевания разворачивается в период полового созревания девочки, в начале менструации. Отмечаются аменорея, периодические боли внизу живота. При ректальном исследовании отмечается наличие тугоэластического образования в малом тазу.

Лечение: при отсутствии препятствия оттоку менструальной крови лечение порока не проводится. При одностороннем нарушении оттока менструальной крови проводится хирургическое лечение, направленное на удаление дополнительного влагалища и функционирующего рога матки. При наличии внутриматочной перегородки или двурогой матки, являющихся причиной бесплодия, проводится соответствующая операция.

9.3. Синдром Майера-Рокитанского-Кюстнера-Хаузера

При этом синдроме основная жалоба больных на отсутствие менструаций, с которой девочки обращаются в 15-16-летнем возрасте.

Осмотр больной обычно устанавливает правильное телосложение, достаточно развитые вторичные половые признаки. При осмотре наружных половых органов отмечается отсутствие входа во влагалище или, при наличии отверстия в девственной плеве, неглубокая ямка за девственной плевой. При ректоабдоминальном

исследовании матка не определяется, при ультразвуковом сканировании в малом тазу находят яичники и не обнаруживают матку.

Лечение — создание влагалища. Неовлагалище чаще создается оперативным путем из брюшины, кожи, отрезка кишки или с использованием синтетических материалов. Реже применяется неоперативный метод — метод кольпоэлонгации. В нашей стране распространен метод кольпоэлонгации по Шерстневу. Гинекологи подросткового возраста отдают предпочтение методу коль-поэлонгации, как наименее травматичному, позволяющему постепенно удлинять влагалище. В тех же случаях, когда девушка выходит замуж следует выбрать оперативный метод кольпопоза.

Вопросы к занятию

I. Закрытые вопросы (тесты с выбором ответа)

1. Какой аномалией развития является аплазия матки?

- А) Полное отсутствие матки
- В) Двурогая матка

- C) Сужение шейки матки
2. Что характерно для ретроверзии матки?
- A) Отклонение тела матки кзади
 - B) Поворот матки вокруг продольной оси
 - C) Выпадение матки
3. Какой метод диагностики наиболее информативен при аплазии влагалища?
- A) УЗИ органов малого таза
 - B) Лапароскопия
 - C) МРТ органов малого таза
4. Какой аномалией развития считается удвоение матки?
- A) Нарушение слияния парамезонефральных протоков
 - B) Сужение цервикального канала
 - C) Недоразвитие эндометрия
5. Какое осложнение может сопровождать двуругую матку?
- A) Бесплодие и привычное невынашивание
 - B) Эндометрит
 - C) Пропалс органов малого таза
6. Какой врожденный порок сопровождается накоплением менструальной крови во влагалище?
- A) Гематокольпос
 - B) Аплазия шейки матки
 - C) Удвоение влагалища
7. Что является основной причиной ретрофлексии матки у взрослых женщин?
- A) Хронические воспалительные заболевания
 - B) Врожденный дефект развития
 - C) Избыточная масса тела
8. Что представляет собой перегиб матки кпереди?
- A) Гиперантефлексия
 - B) Гиперретрофлексия
 - C) Ретроверзия
9. Какой основной метод лечения используется при агенезии влагалища?

- А) Пластическая хирургия
- В) Медикаментозное лечение
- С) Физиотерапия

II. Открытые вопросы (развернутый ответ).

1. Какие основные пороки развития женских половых органов встречаются, и каковы их причины?

2. Охарактеризуйте основные методы диагностики неправильного положения матки.

3. Опишите клинические проявления ретрофлексии матки и методы её лечения.

4. Какие осложнения могут возникнуть при врожденных аномалиях матки и влагалища?

5. Каковы современные подходы к лечению пациентов с аплазией матки и влагалища?

III. Ситуационные задачи

Задача №1

Пациентка 19 лет обратилась с жалобами на отсутствие менструаций, тянущие боли внизу живота и невозможность полового акта. Вторичные половые признаки выражены нормально: молочные железы развиты по женскому типу, волосы на лобке и в подмышечных впадинах в норме. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. УЗИ малого таза выявило отсутствие матки и верхней трети влагалища. На КТ: оба яичника нормального размера и структуры. Пациентка испытывает значительное эмоциональное напряжение из-за диагноза.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Какие исследования помогут подтвердить диагноз и исключить другие патологии?
3. Каковы основные этапы лечения, включая психологическую помощь?

Задача №2

Женщина 28 лет обратилась с жалобами на циклические схваткообразные боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения, не соответствующие менструальному циклу. Анамнез: первичное бесплодие. УЗИ малого таза: выявлено удвоение матки, правый рог имеет утолщенный эндометрий, признаки скопления жидкости (гематометра). Левый рог соединяется с влагалищем, его структура и эндометрий без особенностей.

1. Какой диагноз можно поставить?
2. Какие методы диагностики помогут уточнить состояние?
3. Каковы этапы лечения, чтобы устранить симптомы и восстановить репродуктивную функцию?

Задача №3

Женщина 34 лет обратилась с жалобами на хронические тазовые боли, усиливающиеся при менструации и половом акте. Также отмечает ощущение давления в прямой кишке и запоры. В анамнезе: две внематочные беременности, оперативное лечение на правом яичнике. Гинекологический осмотр: матка в ретрофлексии, неподвижна, болезненна при пальпации. УЗИ

малого таза: гиперэхогенные образования в области матки и придатков, утолщение заднего листка брюшины.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие методы диагностики помогут уточнить состояние?
3. Каковы этапы лечения?

ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ

Глава №1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция

Тесты: 1 — b; 2 — a; 3 — a ; 4 — b; 5 — b; 6 — a; 7 — b; 8 — c; 9 — a;

Глава №2. Нарушение менструального цикла

Тесты: 1 — b; 2 — c; 3 — b; 4 — c; 5 — b; 6 — a; 7 — b; 8 — d; 9 — a;

Глава №3. Аномальные маточные кровотечения

Тесты: 1 — b; 2 — b; 3 — c; 4 — b; 5 — a; 6 — b; 7 — d; 8 — a; 9 — b;

Глава №4. Кровотечение в первой половине беременности

Тесты: 1 — b; 2 — a; 3 — a; 4 — a; 5 — c; 6 — b; 7 — c; 8 — b; 9 — a;

Глава №5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии

Тесты: 1 — b; 2 — c; 3 — c; 4 — a; 5 — c; 6 — a; 7 — b; 8 — a; 9 — b;

Глава №6. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов

Тесты: 1 — a; 2 — c; 3 — a; 4 — d; 5 — b; 6 — b; 7 — a; 8 — b; 9 — a;

Глава №7. Миома матки

Тесты: 1 — c; 2 — b; 3 — a; 4 — b; 5 — a; 6 — c; 7 — a; 8 — c; 9 — a;

Глава №8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников

Тесты: 1 — a; 2 — a; 3 — a; 4 — a; 5 — a; 6 — a; 7 — a; 8 — a; 9 — a;

Глава №9. Аномалия развития и неправильное положение женских половых органов

Тесты: 1 — a; 2 — a; 3 — c; 4 — a; 5 — a; 6 — a; 7 — a; 8 — a; 9 — a;

ГЛОССАРИЙ

1. Аборт - прерывание беременности до того, как плод способен выжить вне матки
2. Аденомиоз - распространенное заболевание матки, когда ткань эндометрия растет в мышечном слое матки
3. Аменорея - отсутствие менструации у женщины в течение нескольких циклов
4. Анемия - недостаточное количество красных кровяных клеток в организме
5. Аплазия - полное отсутствие развития какого-либо органа или ткани у человека
6. Бартолинит - воспаление желез Бартолини в влагалище
7. Вагинальный дисбактериоз - нарушение микрофлоры влагалища
8. Вагинит - воспаление слизистой оболочки влагалища
9. Вульвит - воспаление вульвы
10. Гиперплазия эндометрия - утолщение слоя эндометрия в матке
11. Гипертонус матки - повышенное напряжение мышц матки
12. Гормональная терапия - лечение с использованием гормонов
13. Дисменорея - болезненные менструации
14. Дисплазия шейки матки - изменения клеток на поверхности шейки матки
15. Экскреция - выделение жидкости или вещества из организма
16. Экстрогенные факторы - факторы, способствующие развитию рака груди
17. Эндометриоз - заболевание, при котором ткань, подобная эндометрию, растет за пределами матки
18. Эндометрит - воспаление эндометрия
19. Заболевания половых органов - патологии, связанные с органами репродуктивной системы

20. Заболевания молочной железы - патологии, связанные с молочными железами
21. Заболевания шейки матки - патологии, связанные с шейкой матки
22. Заболевания яичников - патологии, связанные с яичниками
23. Инфекции половых органов - заболевания, вызванные инфекционными агентами
24. Инфертильность - невозможность зачать ребенка
25. Кольпит - воспаление слизистой оболочки влагалища
26. Лактация - процесс выработки и выделения молока у женщин после родов
27. Лейкорейя - выделения из влагалища, часто связанные с инфекциями или воспалением
28. Мазок на флору - анализ выделений для определения микрофлоры влагалища
29. Маммография - рентгенологическое исследование молочных желез
30. Масталгия - болезненность или неприятные ощущения в груди
31. Нарушения менструального цикла - отклонения от нормального хода менструального цикла
32. Овуляция - процесс выхода яйцеклетки из яичника
33. Пап-тест (цитологическое исследование) - метод скрининга на рак шейки матки
34. ПМС (предменструальный синдром) - физические и эмоциональные симптомы перед началом менструации
35. Половые инфекции - инфекции, передающиеся половым путем
36. Посткоитальная контрацепция (послекоитусная контрацепция) - метод предотвращения беременности после полового акта
37. Прегравидарная подготовка - подготовка к беременности
38. Привычные выкидыши - повторяющиеся потери беременности на ранних сроках

39. Противозачаточные средства - методы предотвращения беременности

40. Рак половых органов - онкологические заболевания репродуктивной системы

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. "Comprehensive Gynecology" by Rogerio A. Lobo, David M. Gershenson, Gretchen M. Lentz-2021-book
2. "Williams Gynecology" by Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw-2020-book
3. "Te Linde's Operative Gynecology" by Howard W. Jones III MD, John A. Rock MD-2021-book
4. "Novak's Gynecology" by Jonathan S. Berek-2022-book
5. "Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology" by Alan H. DeCherney, Lauren Nathan, T. Murphy Goodwin-2022-book
6. "Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility" by Marc A. Fritz, Leon Speroff-2018-book
7. "Hacker & Moore's Essentials of Obstetrics and Gynecology" by Neville F. Hacker, Joseph C. Gambone, Calvin J. Hobel-2019- book
8. "Williams Obstetrics" by F. Gary Cunningham, Kenneth J. Leveno, Steven L. Bloom, Catherine Y. Spong-2018-book
9. "Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology" by Keith Edmonds-2018-texbook
10. "Obstetrics and Gynecology" by Charles R.B. Beckmann, William Herbert, Barbara M. Barzansky-2019- book
11. "Акушерство и гинекология: национальное руководство" - В.И. Кулаков, В.П. Радзинский, Е.А. Яценко-2022- книга
12. "Гинекология: национальное руководство" - В.И. Кулаков, Е.А. Яценко, А.В. Кулаков-2022-книга
13. "Диагностика и лечение заболеваний женской репродуктивной системы" - В.С. Савельева, И.А. Лазарева-2018-книга
14. "Оперативная гинекология" - Л.А. Адамян, Г.Г. Коршунов, А.А. Кузнецов-2016-книга
15. "Гинекология: учебник для медицинских вузов" - А.П. Рудакова, М.Ю. Баранова-2018-книга
16. "Клиническая гинекология" - А.А. Кузнецов, Л.А. Адамян-2020-учебное пособие

