

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ**



**«УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ПО ГИНЕКОЛОГИИ»
(для студентов бакалавриата)**

Область образования:	510000 – Здравоохранение
Направление образования:	60910200 – Лечебное Дело

Ташкент – 2025

Авторы:

Ан А.В. ТМА, доцент кафедры «Акушерства и Гинекологии»,
д.м.н

Рецензенты:

Нажмутдинова Д.К. ТМА, заведующая кафедрой «Акушерства и
Гинекологии семейной медицины», профессор, д.м.н.

Каримова Ф.Д. ЦРПКМР, заведующая кафедрой «Акушерство и
Гинекология-2», профессор, д.м.н.

Учебное пособие по гинекологии предназначено для студентов бакалавриата медицинских вузов и охватывает основные аспекты дисциплины: анатомо-физиологические особенности женской репродуктивной системы, диагностику и лечение гинекологических заболеваний, вопросы репродуктивного здоровья и контрацепции. Особое внимание уделено развитию клинического мышления и практических навыков. Материал сопровождается тестами, контрольными и открытыми вопросами, а также иллюстрациями, что способствует лучшему усвоению темы и подготовке к зачетам и экзаменам. Пособие соответствует актуальным клиническим рекомендациям и образовательным стандартам, может использоваться как основное учебное средство студентами, а также как дополнительный материал ординаторами и преподавателями.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	6
Глава №1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция	8
Глава №2. Нарушения менструального цикла.	19
2.1. Аменорея.....	19
2.2. Гипоменструальный синдром.....	33
2.3. Задержка полового и функционального развития у девочек и молодых женщин.....	35
Глава №3. Аномальные маточные кровотечения.	41
Глава №4. Кровотечения в первой половине беременности.	56
4.1. Самопроизвольные выкидыши.....	59
4.2. Эктопическая беременность	60
4.3. Гестационная трофобластическая болезнь. Пузырный занос	67
Глава №5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.	74
Глава №6. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.....	98
Глава. №7. Миома матки.	120
7.1. Эндометриоз	125
Глава №8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.	139
8.1. Эпителиальные опухоли.....	142
8.2. Опухоли стромы полового тяжа (гормонально-активные)	146
8.3. Вторичные (метастатические) опухоли яичников.....	151
8.4. Опухолоподобные процессы яичников	153
Глава №9. Аномалия развития и неправильное положение женских половых органах.....	160
9.1. Аномалии развития женских половых органов	160
9.2. Неправильное положение половых органов	161
9.3. Общие аспекты врождённых аномалий.....	164
ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ	170
ГЛОССАРИЙ.....	171
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	173

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД — артериальное давление

БПКЯ — болезнь поликистозных яичников (синдром Штейна—Левенталья)

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

| **Ан А.В.**

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

Гинекология является одной из важнейших дисциплин в системе медицинского образования, поскольку здоровье женщины — основа благополучия семьи, общества и будущих поколений. Современная гинекология охватывает не только лечение заболеваний, но и широкий спектр вопросов, связанных с профилактикой, репродуктивным здоровьем, планированием семьи и качеством жизни женщины на всех этапах её развития — от подросткового возраста до менопаузы.

Данное учебное пособие составлено с целью оказания методической помощи студентам медицинских вузов, интернам и молодым врачам, стремящимся углубить знания в области гинекологии. В его основу положены современные научные данные, клинические рекомендации и практические подходы, применяемые в повседневной медицинской практике. Пособие охватывает ключевые аспекты женского здоровья, включая физиологию и патологию менструального цикла, механизмы его гормональной регуляции, а также наиболее часто встречающиеся функциональные нарушения. Кроме того, рассматриваются методы обследования, используемые в гинекологической практике, включая клинические, лабораторные и инструментальные подходы, что позволит читателю получить комплексное представление о диагностическом процессе.

Также в пособии уделено внимание вопросам, касающимся внематочной беременности — одного из наиболее опасных осложнений в практике акушера-гинеколога. Наряду с этим рассмотрены темы, связанные с контрацепцией, половым воспитанием, сексуальным и репродуктивным здоровьем, что особенно важно в контексте современной медицинской профилактики.

Создание данного пособия также продиктовано задачами, обозначенными в Указе Президента Республики Узбекистан от 28 января 2022 года №УП–60 «О Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022–2026 годы». В документе подчёркивается важность повышения качества и доступности медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, беременным и детям, модернизации перинатальных учреждений, а также подготовки квалифицированных медицинских кадров, способных оказывать высокотехнологичную помощь.

| **Ан А.В.**

Материал изложен в краткой и доступной форме, что делает его удобным для усвоения и повторения. При этом содержание пособия соответствует современному уровню медицинских знаний и может быть использовано как в рамках теоретического обучения, так и при прохождении практических занятий в клинической среде.

Мы искренне надеемся, что данное пособие станет надежным источником знаний, поможет будущим специалистам овладеть основами гинекологической науки и послужит основой для дальнейшего профессионального роста в области охраны женского здоровья.

Глава №1. Нормальный менструальный цикл и его регуляция

Менструальный цикл представляет собой ритмически повторяющийся биологический процесс, подготавливающий организм женщины к возможному наступлению беременности.

Менструация — это циклическое ежемесячное маточное кровотечение. Первая менструация (менархе) обычно возникает в возрасте 12–13 лет, допускается колебание в пределах $\pm 1,5$ –2 лет. Завершение менструаций (менопауза) чаще всего наблюдается в возрасте 45–50 лет.

Менструальный цикл принято отсчитывать от первого дня предыдущей менструации до первого дня следующей.

Ключевые характеристики физиологического менструального цикла:

- **Двухфазный характер.** Менструальный цикл делится на фолликулиновую и лютеиновую фазы, каждая из которых сопровождается определёнными гормональными и морфологическими изменениями в организме женщины.
- **Продолжительность от 22 до 35 дней.** У большинства женщин (около 60%) продолжительность цикла составляет 28–32 дня. Если цикл короче 22 дней, он считается **антепонирующим**, если длится более 35 — **постпонирующим**.
- **Постоянство и регулярность.** В норме менструальные циклы идут с чёткой периодичностью.
- **Длительность менструального кровотечения.** Продолжительность нормальной менструации составляет от **2 до 7 дней**. Слишком короткие или, наоборот, продолжительные менструации требуют внимательной оценки.
- **Физиологическая кровопотеря.** В среднем женщина теряет за одну менструацию от **50 до 150 мл крови**, включая слизистые выделения.
- **Отсутствие болезненных ощущений и изменений общего состояния.**

Регуляция менструального цикла

Менструальный цикл регулируется посредством сложной нейроэндокринной системы, включающей пять ключевых звеньев: Кора головного мозга, гипоталамус, гипофиз, яичники, матка.

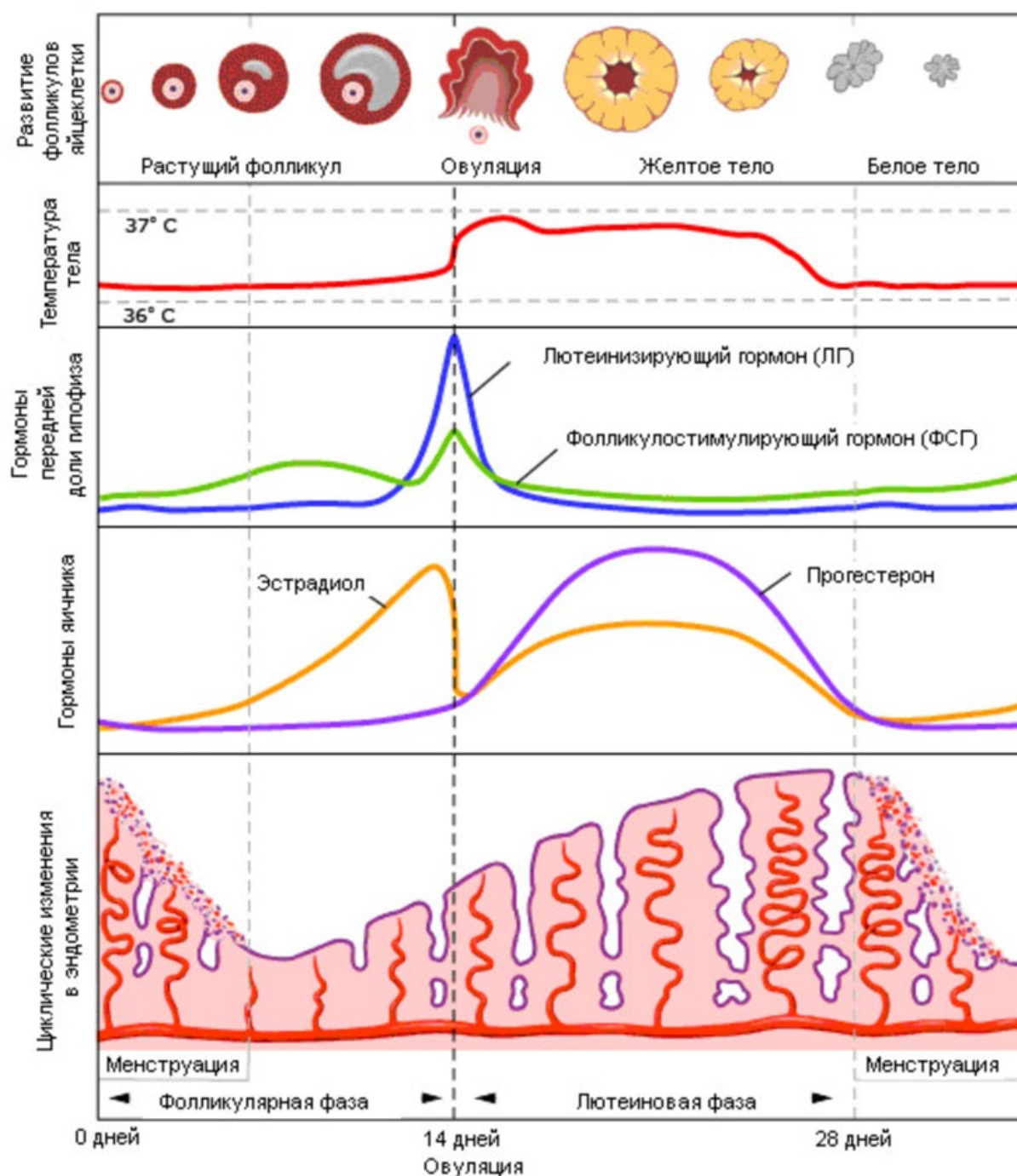


Рисунок 1.1. Менструальный цикл

I. Экстрагипоталамические церебральные структуры — первый уровень регуляции

На первом уровне регуляции менструального цикла участвуют **высшие отделы центральной нервной системы**, включая **кору головного мозга**, **лимбическую систему** и **ретикулярную формацию**. Эти структуры воспринимают сигналы как от **внешней среды** (свет, стресс, социальные и

климатические факторы), так и от **внутренней** — посредством **интерорецепторов**, отслеживающих состояние организма.

Передача информации осуществляется с помощью **нейромедиаторов** (нейротрансмиттеров) — химических веществ, регулирующих нервные импульсы. К ключевым нейротрансмиттерам, влияющим на репродуктивную систему, относятся:

- **дофамин,**
- **норадреналин,**
- **серотонин,**
- **индолы,**
- а также **опиоидные нейропептиды**, включающие **эндорфины, энкефалины и донорфины.**

Эти вещества воздействуют на **нейросекреторные ядра гипоталамуса**, обеспечивая их активацию и синтез релизинг-гормонов. Таким образом, высшие отделы мозга играют важнейшую роль в согласовании репродуктивной функции с общим состоянием организма и условиями окружающей среды.

II. Гипоталамус — второй уровень регуляции

Гипоталамус представляет собой центральное звено в иерархии регуляции менструального цикла, выступая в роли **пускового механизма** нейроэндокринной оси. В его **нейросекреторных ядрах** синтезируются **релизинг-гормоны (либерины)**, которые контролируют секрецию гормонов аденогипофиза.

Ключевым из них является **гонадотропин-релизинг-гормон (ГнРГ, или люлиберин, РГЛГ)**. Он, а также его синтетические аналоги, стимулируют выделение двух основных гонадотропинов:

- **Лютеинизирующего гормона (ЛГ),**
- **Фолликулостимулирующего гормона (ФСГ).**

Секреция РГЛГ происходит **пульсирующим образом**, что является критически важным для нормальной функции гипофиза.

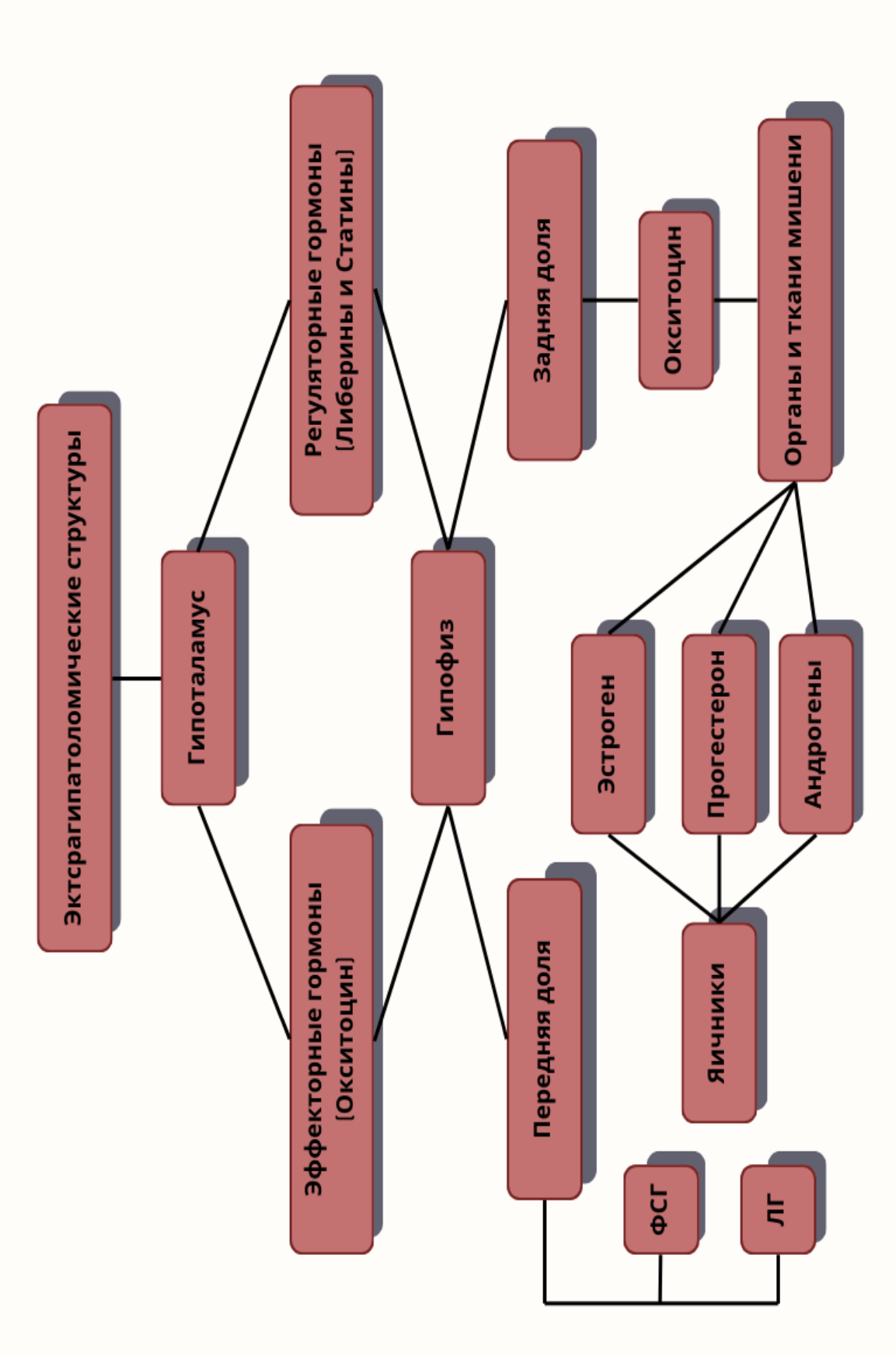


Таблица 1.2. Функциональная структура репродуктивной системы:

Эти рилизинг-гормоны транспортируются через **портальную сосудистую систему гипоталамо-гипофизарного тракта в переднюю долю гипофиза (аденогипофиз)**, где запускают каскад дальнейших гормональных реакций.

Таким образом, гипоталамус координирует воздействие нервной системы с эндокринной, формируя основу сложного механизма регуляции менструального цикла.

III. Гипофиз — третий уровень регуляции

Гипофиз — важнейший компонент нейроэндокринной системы — состоит из двух основных отделов: **аденогипофиза (передней доли)** и **нейрогипофиза (задней доли)**. Регуляция менструального цикла осуществляется, в основном, за счёт гормонов, секретируемых аденогипофизом, называемых **тропными**.

Среди них выделяют гонадотропные гормоны:

- **ФСГ (фолликулостимулирующий гормон)** — стимулирует рост, развитие и созревание фолликула в яичнике.
- **ЛГ (лютеинизирующий гормон)** — запускает овуляцию и способствует образованию жёлтого тела. Он также необходим для синтеза эстрогенов зрелым фолликулом.
- **ПРЛ (пролактин)** — регулирует лактацию, рост и развитие молочных желез, а также, в сочетании с ЛГ, участвует в поддержании функции жёлтого тела, стимулируя синтез прогестерона.

К другим тропным гормонам аденогипофиза относятся:

- **СТГ (соматотропный гормон)** — отвечает за общее физическое развитие.
- **АКТГ (адренокортикотропный гормон)** — регулирует функцию коры надпочечников.
- **ТТГ (тиреотропный гормон)** — влияет на активность щитовидной железы.

Физиологически важно, что пик секреции ФСГ приходится примерно на **седьмой день** менструального цикла, в то время как **овуляторный пик ЛГ** наблюдается около **четырнадцатого дня**, что и приводит к разрыву зрелого фолликула.

IV. Яичники — четвёртый уровень регуляции

Яичники выполняют две основные функции:

1. **Генеративную** — созревание фолликулов и овуляция.
2. **Эндокринную** — синтез стероидных гормонов: эстрогенов и прогестерона.

При рождении у девочки в обоих яичниках содержится до **500 миллионов примордиальных фолликулов**. К началу пубертатного периода их число снижается примерно вдвое вследствие естественного процесса атрезии. За весь репродуктивный период у женщины овулирует в среднем **около 400 фолликулов**.

Яичниковый цикл делится на две фазы:

1. **Фолликулиновая фаза** — начинается сразу после окончания менструации и продолжается до овуляции.
2. **Лютеиновая фаза** — следует за овуляцией и завершается началом следующей менструации при отсутствии оплодотворения.

Начиная с **седьмого дня менструального цикла**, в яичнике одновременно активизируется рост сразу нескольких фолликулов. Однако один из них вскоре начинает опережать остальные в развитии, достигая к моменту овуляции диаметра **20–28 мм**. Этот фолликул, обладающий более выраженной капиллярной сетью, получает название **доминантного**. Внутри него находится яйцеклетка, а полость заполнена фолликулярной жидкостью.

К моменту овуляции объём фолликулярной жидкости увеличивается в **100 раз**, резко возрастает и концентрация **эстрадиола (E₂)**. Этот гормон стимулирует выброс **лютеинизирующего гормона (ЛГ)** гипофизом, что и приводит к разрыву зрелого фолликула — **овуляции**, которая происходит примерно на **14-й день** цикла.

В процессе овуляции через образовавшееся отверстие фолликулярная жидкость выливается наружу, увлекая за собой ооцит, окружённый клетками **лучистой короны**. Если яйцеклетка не оплодотворяется, она гибнет в течение **12–24 часов**. После выхода ооцита капилляры быстро врастают в полость фолликула, а **гранулёзные клетки** подвергаются **лютеинизации**, формируя **жёлтое тело**, которое начинает синтезировать **прогестерон**.

При отсутствии беременности жёлтое тело подвергается обратному развитию, превращаясь в **белесоватое тело**. Его жизнедеятельность сохраняется около **10–12 дней**, после чего наступает **регрессия**.

Гормональная активность яичника

Гранулёзные клетки фолликула синтезируют **эстрогены**:

- **Эстрон (E_1)**,
- **Эстрадиол (E_2)**,
- **Эстриол (E_3)**.

Жёлтое тело вырабатывает **прогестерон**, основной гормон второй фазы цикла, который:

- готовит **эндометрий** к имплантации оплодотворённой яйцеклетки,
- способствует развитию **беременности**,
- подготавливает **молочные железы** к лактации,
- подавляет **сократительную активность миометрия**,
- обладает **анаболическим действием**,
- вызывает **повышение базальной (ректальной) температуры** во второй фазе цикла.

Кроме того, в яичнике синтезируются **андрогены**:

- **андростендион** (предшественник тестостерона, до 15 мг/сутки),
- **дегидроэпиандростерон (ДЭА)**,
- **дегидроэпиандростерона сульфат (ДЭА-С)**.

Также гранулёзные клетки вырабатывают **ингибин** — белковый гормон, подавляющий секрецию ФСГ гипофизом. Помимо этого, синтезируются белковые вещества местного действия — **окситоцин** и **релаксин**. Окситоцин, вырабатываемый в яичнике, способствует регрессии жёлтого тела. В овуляции также участвуют **простагландины**, синтезируемые в яичнике.

V. Матка — орган-мишень для гормонов яичника

Матка является одним из основных органов-мишеней, чувствительных к действию гормонов, вырабатываемых яичниками. Под влиянием эстрогенов и прогестерона в эндометрии происходят циклические изменения, формирующие так называемый **маточный (менструальный) цикл**. Он включает **четыре фазы**:

1. **Фаза десквамации** — отторжение функционального слоя эндометрия, сопровождающееся кровотечением (менструацией).
2. **Фаза регенерации** — восстановление слизистой оболочки матки из клеток базального слоя.
3. **Фаза пролиферации** — активный рост и утолщение эндометрия, его желез и сосудов.
4. **Фаза секреции** — функциональное созревание эндометрия и его подготовка к возможной имплантации оплодотворённой яйцеклетки.

Фаза пролиферации начинается сразу после завершения менструального кровотечения. Под действием **эстрогенов**, синтезируемых в яичниках под влиянием **ФСГ**, происходит восстановление и активное нарастание функционального слоя эндометрия. Эта фаза продолжается до **14-го дня** 28-дневного менструального цикла, к моменту овуляции.

Фаза секреции начинается с середины цикла и продолжается до начала следующей менструации. Она обусловлена действием **прогестерона**, вырабатываемого жёлтым телом. В этот период эндометрий становится максимально подготовленным для имплантации эмбриона.

Если беременность не наступает, жёлтое тело регрессирует, что приводит к **снижению уровня прогестерона и эстрогенов**. Это вызывает **кровоизлияния в ткани эндометрия**, некроз и **отторжение его функционального слоя** — наступает **менструация**, то есть **фаза десквамации**.

Циклические изменения под влиянием половых гормонов происходят не только в эндометрии, но и в других органах-мишенях. К ним относятся:

- **маточные трубы,**
- **влагалище,**

- **наружные половые органы,**
- **молочные железы,**
- **волосяные фолликулы,**
- **кожа,**
- **кости,**
- **жировая ткань.**

Клетки этих органов и тканей обладают специфическими **рецепторами к эстрогенам и прогестерону**, что обеспечивает их чувствительность к гормональным колебаниям и вовлечённость в общее функционирование репродуктивной системы.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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

| **Ан А.В.**

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

- В) Обеспечение овуляции
- С) Регуляция роста эндометрия
- Д) Угнетение секреции ФСГ

9. Что стимулирует пик лютеинизирующего гормона (ЛГ)?

- А) Овуляцию
- В) Резорбцию эндометрия
- С) Угнетение созревания фолликула
- Д) Секрецию пролактина

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом)

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?
5. В чём заключается значение жёлтого тела в менструальном цикле, и какие последствия возникают при его недостаточности?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №2. Нарушения менструального цикла.

2.1. Аменорея.

Аменорея — это отсутствие менструаций в течение шести месяцев и более у женщин репродуктивного возраста (от 16 до 45 лет).

I. Физиологическая аменорея — является нормальным состоянием в следующих периодах жизни:

- во время беременности,
- в период лактации,
- до начала полового созревания,
- в постменопаузе.

II. Патологическая аменорея — это симптом, сопровождающий широкий спектр гинекологических и экстрагенитальных заболеваний.

В зависимости от наличия или отсутствия гормональных и циклических процессов, различают:

- **Истинную аменорею** — полное отсутствие как менструаций, так и циклических гормональных изменений в организме.
- **Ложную аменорею (криптоменорею)** — сохраняются циклические процессы и гормональная активность, но отсутствует менструальное кровотечение из-за анатомических препятствий (например, при атрезии девственной плевы, цервикального канала, влагалища или других врождённых аномалиях).

Выделяют **физиологическую и патологическую** формы аменореи.

Истинная аменорея

I. Первичная аменорея

Первичная аменорея — отсутствие менструаций у девушек в возрасте 16 лет и старше, если менструации никогда не наступали.

1. Гипогонадотропная аменорея

Гипогонадотропная аменорея обусловлена **дефицитом гонадотропинов** — лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), вырабатываемых передней долей гипофиза.

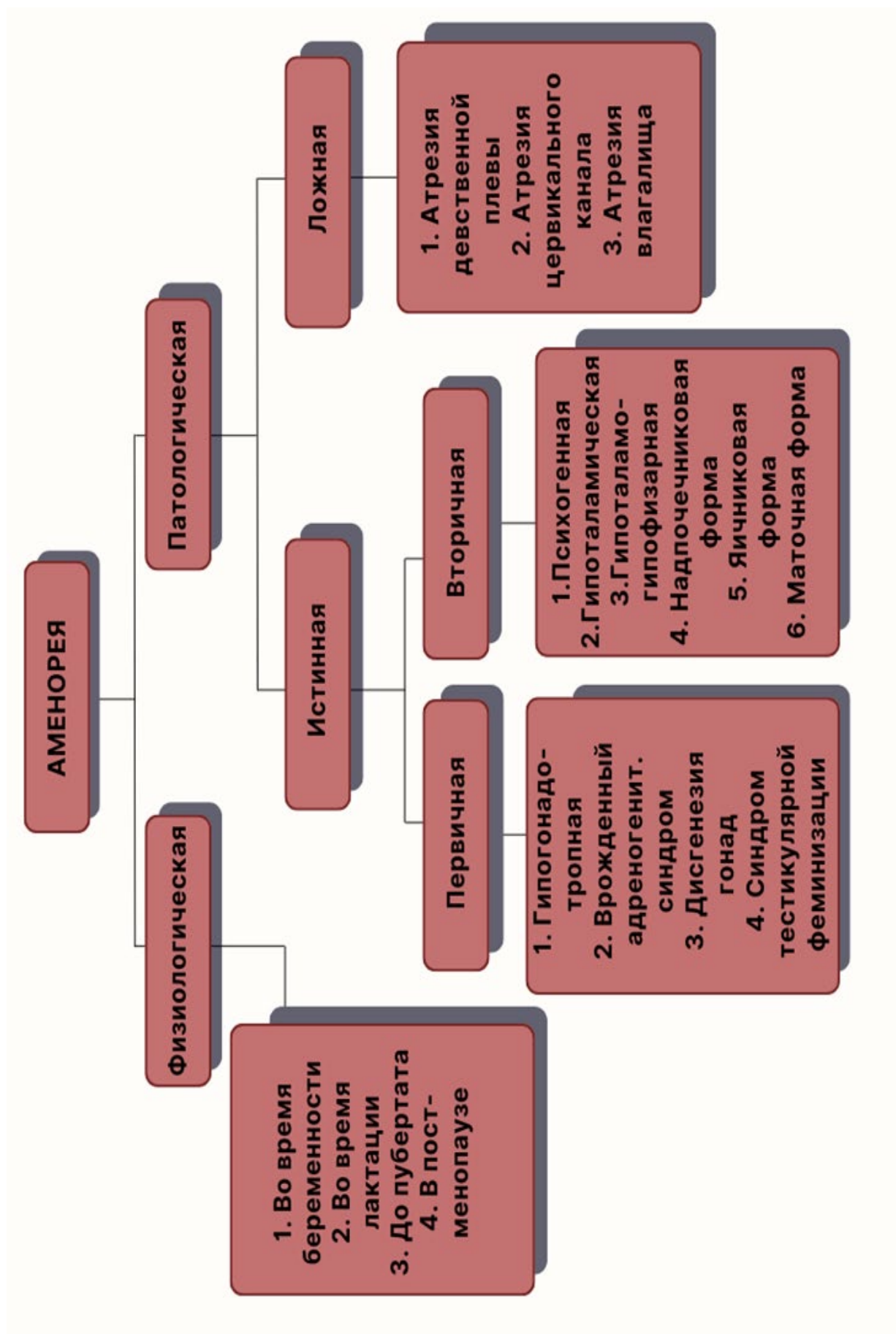


Таблица 2.1. Классификация Аменореи

Недостаточность этих гормонов приводит к **недостаточной стимуляции яичников**, вследствие чего нарушается синтез половых стероидов и не запускается созревание фолликулов, овуляция и, соответственно, менструальный цикл.

Клинические признаки:

- **евнухоидный тип телосложения:** высокий рост, удлинённые конечности, недоразвитие мускулатуры,
- **гипоплазия молочных желёз** с преобладанием жировой ткани над железистой,
- **недоразвитие внутренних половых органов:** размеры матки и яичников соответствуют детскому возрасту (2–7 лет),
- отсутствие менструаций, вторичных половых признаков.

Лечение:

- Терапия направлена на **стимуляцию функции яичников и индукцию полового развития**. На первом этапе назначают **гормональную терапию препаратами гонадотропинов** (обычно ЛГ и ФСГ), чтобы инициировать рост фолликулов и выработку эстрогенов. После начала формирования вторичных половых признаков переходят к **циклической заместительной терапии** с использованием **комбинированных оральных контрацептивов** в течение **3–4 месяцев** и дольше — для поддержания регулярного менструального цикла. Цель лечения — не только вызвать менструации, но и обеспечить нормальное развитие половой системы и, при желании, восстановить фертильность в будущем.

2. Первичная аменорея с признаками вирилизации

Данная форма аменореи развивается при **врождённом адреногенитальном синдроме (АГС)** — наследственном заболевании, обусловленном генетически детерминированным **дефектом ферментных систем** коры надпочечников, чаще всего — **21-гидроксилазы**. Нарушение ферментативного пути синтеза кортикостероидов приводит к **накоплению андрогенов**, что вызывает маскулинизацию организма. АГС характеризуется **гиперпродукцией**

андрогенов, при этом синтез глюкокортикоидов и, в некоторых случаях, минералокортикоидов, снижен.

Клиническая картина:

- первичная аменорея (менструации никогда не наступали),
- признаки вирилизации: увеличение клитора, низкий тембр голоса, развитие мышечной массы по мужскому типу,
- мужской тип оволосения (лобковое и подмышечное оволосение, раннее появление усов, акне),
- недостаточное развитие молочных желёз,
- возможные нарушения электролитного баланса при сольтеряющей форме (гипонатриемия, гиперкалиемия).

Лечение:

- Основу терапии составляет **длительное заместительное лечение глюкокортикоидами**, позволяющее снизить продукцию андрогенов. При выраженной вирилизации наружных половых органов в детском возрасте может проводиться **пластическая коррекция**. Целью терапии в подростковом и репродуктивном возрасте является **нормализация гормонального фона, восстановление менструального цикла и фертильности** (при необходимости — с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).

3. Первичная аменорея при нормальном женском фенотипе

Данный тип аменореи возникает у пациенток с внешне типичным женским телосложением, но при этом с нарушениями в развитии внутренних половых органов. Наиболее частой причиной является **врождённая агенезия или аплазия матки и влагалища**, а также редкий **синдром тестикулярной феминизации** (инактивация андрогеновых рецепторов).

Синдром тестикулярной феминизации (или синдром полной нечувствительности к андрогенам) — это **моногенное заболевание**, связанное с мутацией, нарушающей реакцию тканей на андрогены. Встречается с частотой примерно **1 случай на 12–15 тысяч новорождённых мальчиков**.

Клинические особенности:

| **Ан А.В.**

- **Кариотип — 46, ХУ,**
- **Наружные половые органы развиты по женскому типу,**
- **Влагалище укороченное, заканчивается слепо,**
- **Гонады (тестикулы) могут располагаться в брюшной полости, паховых каналах или половых губах,**
- **Нередко выявляется односторонняя паховая грыжа, в содержимом которой находится яичко,**
- **Молочные железы сформированы, но соски и ареолы гипоплазированы,**
- **Отсутствует лобковое и подмышечное оволосение, что обусловлено нечувствительностью к андрогенам.**

Несмотря на женский фенотип, у этих пациенток отсутствует матка и функциональные яичники, что делает невозможным наступление менструаций и вынашивание беременности.

Лечение:

- **Показано хирургическое удаление гонад (тестикул), чтобы предотвратить риск малигнизации. Операцию проводят после завершения формирования вторичных половых признаков — в возрасте 16–18 лет. В последующем возможна пластическая реконструкция влагалища при необходимости.**

4. Дисгенезия гонад — это врождённая аномалия, обусловленная количественными и качественными дефектами половых хромосом. Вследствие этих нарушений не происходит нормального формирования яичниковой ткани: вместо функционирующих гонад формируются **соединительнотканые тяжи**, неспособные к гормональной активности. Это приводит к выраженному дефициту половых стероидов и, как следствие, нарушению полового развития.

Различают три клинические формы дисгенезии гонад:

1. Синдром Шерешевского–Тернера

Это наиболее изученная форма дисгенезии гонад. Для неё характерны следующие варианты кариотипа:

- 45,X
- 45,X/46,XY
- 45,X/47,XXX

Половой хроматин либо не определяется вовсе, либо резко снижен. В анализах крови выявляется значительное снижение уровня яичниковых гормонов при высоком уровне гонадотропинов.

Клинические признаки:

- низкая масса тела при рождении,
- крыловидные кожные складки на боковых поверхностях шеи,
- пороки развития сердца, сосудов, почек,
- выраженное отставание в росте,
- деформации скелета, остеопороз,
- низко расположенные ушные раковины,
- высокое сводчатое нёбо,
- низкая линия роста волос на шее,
- вальгусная деформация локтевых и коленных суставов,
- синдактилия,
- отсутствие вторичных половых признаков (молочные железы, оволосение и др.).

2. «Чистая» форма дисгенезии гонад

Пациентки с этой формой имеют **женский фенотип** и, как правило, нормальный или даже высокий рост. Однако у них отсутствует или недоразвито развитие молочных желёз, наблюдается скудное вторичное оволосение, а наружные и внутренние половые органы остаются недоразвитыми.

Генетические особенности:

| **Ан А.В.**

- кариотип — 46,XX или 46,XY,
- половой хроматин — отрицательный,
- гонады представлены соединительнотканными тяжами.

3. Смешанная форма дисгенезии гонад

Для этой формы характерно отсутствие выраженных соматических аномалий, но появляются **признаки вирилизации** (мужские черты внешности, увеличение клитора, и т.п.).

Генетически чаще всего определяется мозаичный кариотип:

- 45,X/46,XY
- и другие варианты мозаицизма.

Половой хроматин отрицателен. В гонадах обнаруживаются как соединительнотканый тяж (с одной стороны), так и дисгенетическое яичко (с другой).

Лечение:

Терапевтическая тактика зависит от формы дисгенезии гонад:

- С 13–14 лет начинается **заместительная гормональная терапия эстрогенами**, которая продолжается до развития молочных желёз и появления менструальноподобной реакции.
- После этого назначаются **комбинированные оральные контрацептивы** на длительный срок, с целью поддержания гормонального фона в репродуктивном возрасте.
- При **смешанной форме дисгенезии гонад** требуется **обязательное хирургическое удаление гонад** (в связи с высоким риском малигнизации).

II. Вторичная аменорея

Вторичная аменорея — это прекращение менструаций **на срок более 6 месяцев** у женщин, ранее имевших регулярный менструальный цикл. В основе этого состояния могут лежать как функциональные, так и органические нарушения на различных уровнях нейроэндокринной регуляции.

1. Психогенная аменорея (стресс-аменорея)

Возникает в результате психоэмоциональных перегрузок, острых или хронических стрессов, нарушающих деятельность **высших отделов центральной нервной системы**, прежде всего — **коры головного мозга**.

Под действием стресса в кровь массово выбрасываются **адренокортикотропный гормон (АКТГ)**, **эндорфины** и **нейротрансмиттеры**. Это приводит к подавлению продукции **гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ)** в гипоталамусе, а также снижению секреции **ФСГ** и **ЛГ** гипофизом.

Клинические проявления:

- отсутствие менструаций,
- симптомы астеноневротического, астенодепрессивного и астеноипохондрического синдромов (повышенная утомляемость, тревожность, плаксивость, бессонница, снижение настроения).

Лечение включает:

- психотерапию,
- при необходимости — приём **антидепрессантов, нейролептиков**,
- общеукрепляющую терапию — витамины группы В, А, Е,
- использование **гомеопатических и адаптогенных препаратов** (по индивидуальным показаниям).

2. Гипоталамическая аменорея

Связана с нарушением функции гипоталамуса — ключевого звена в регуляции менструального цикла. Выделяют несколько клинических вариантов:

а) Аменорея, связанная с дефицитом массы тела.

Часто встречается у девушек, соблюдающих **строгие диеты** с недостаточным содержанием белков, жиров и калорий. Резкая потеря массы тела приводит к снижению синтеза лептина и нарушению энергетического баланса, что блокирует гипоталамо-гипофизарную активность.

б) Аменорея при нервной анорексии.

Развивается у **девочек-подростков и молодых женщин**, особенно с

эмоциональной неустойчивостью. Часто сочетается с искажённым восприятием собственного тела и патологическим стремлением к снижению веса. Аменорея — один из диагностических критериев нервной анорексии.

в) Аменорея при ложной беременности.

Редкое психосоматическое состояние, при котором у женщины, сильно желающей забеременеть, появляются признаки беременности (нагрубание молочных желез, тошнота, увеличение живота) при отсутствии самой беременности. На этом фоне развивается и **вторичная аменорея.**

Лечение гипоталамической аменореи направлено на устранение причины:

- **психотерапия,**
- **нормализация питания** с повышением калорийности рациона,
- при необходимости — **циклическая гормональная терапия** для восстановления менструального цикла,
- при ложной беременности — **седативные средства.** В большинстве случаев менструации восстанавливаются **самостоятельно в течение 1–3 месяцев** после психоэмоциональной разгрузки.

3. Гипоталамо-гипофизарная аменорея

Этот тип аменореи связан с нарушениями в функционировании **гипоталамо-гипофизарной системы,** регулирующей выработку гонадотропинов и пролактина. Выделяют две основные формы: **гиперпролактинемию** и **врождённую гипогонадотропную аменорею.**

1. Гиперпролактинемия

Гиперпролактинемия — это повышение уровня **пролактина** в крови, обусловленное его избыточной секрецией гипофизом. Выделяют:

- **Физиологическую гиперпролактинемию** — наблюдается в период беременности и лактации.
- **Патологическую гиперпролактинемию,** которая может быть:
 - **Функциональной** — при обратимых нарушениях регуляции;
 - **Органической** — при наличии структурных изменений, например, **пролактиномы.**

Функциональная гиперпролактинемия может развиваться при:

- гипотиреозе,
- длительном приёме психотропных препаратов, нейролептиков, гормональных средств,
- использовании комбинированных оральных контрацептивов,
- хронических стрессах,
- некоторых формах гиперандрогении,
- в постлактационном периоде,
- после абортов.

Клиническая картина:

- вторичная аменорея,
- спонтанная галакторея,
- бесплодие,
- снижение полового влечения (**либидо**),
- умеренная гипоплазия матки, возможное **нагрубание молочных желез**.

Органическая гиперпролактинемия

Возникает при **пролактиноме** — доброкачественной опухоли гипофиза, продуцирующей пролактин. Основные проявления — **аменорея-галакторея, бесплодие**.

Выделяют несколько клинических синдромов:

- **Синдром Киари–Фроммеля** — аменорея и галакторея после родов,
- **Синдром Аргонса–дель Кастильо** — идиопатическая форма с неизвестной этиологией,
- **Синдром Форбса–Олбрайта** — опухолевая природа гиперпролактинемии.

Лечение:

- при крупных аденомах гипофиза — **нейрохирургическое вмешательство**,
- при функциональных нарушениях — **медикаментозная терапия**:
 - **бромкриптин (парлодел)**,
 - **каберголин (достинекс)**,
- при гипотиреозе — **назначение тиреоидных гормонов**.

2. Гипогонадотропная аменорея

Это **врождённая форма гипоталамо-гипофизарной недостаточности**, диагностируемая примерно у **15–20% женщин** с аменореей.

Характерные признаки:

- **низкий уровень гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ)**,
- **сниженное содержание эстрадиола**,
- **нормальные значения пролактина, тестостерона и кортизола**.

Лечение:

Для восстановления менструальноподобной реакции применяются **комбинированные оральные контрацептивы**, которые также способствуют формированию вторичных половых признаков и стабилизации гормонального фона.

Другие формы вторичной аменореи

3. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шихана)

Синдром развивается вследствие **ишемического некроза гипофиза**, возникающего на фоне массивной **кровопотери во время родов**. Нарушается синтез тропных гормонов гипофиза, в том числе гонадотропинов, что приводит к вторичной аменорее.

Клинически может сопровождаться **галактореей, потерей либидо, слабостью, гипотонией, сухостью кожи, выпадением волос**, а также **отсутствием лактации** после родов.

4. Аменорея при акромегалии и гигантизме

Связана с **гиперпродукцией соматотропного гормона (СТГ)** при аденоме гипофиза.

- Если заболевание развивается **до периода полового созревания**, формируется **гигантизм** (непропорциональный избыточный рост).
- При возникновении **после завершения роста** развивается **акромегалия**, характеризующаяся утолщением кистей, стоп, лицевых черт.

Лечение:

- Назначение **больших доз эстрогенов** для подавления чрезмерного роста.
- Для восстановления менструального цикла — **комбинированные оральные контрацептивы** в течение **3–4 месяцев**.

5. Аменорея при болезни Иценко–Кушинга

Возникает при избыточной секреции **кортикотропина (АКТГ)**, что может быть следствием **базофильной аденомы гипофиза, черепно-мозговой травмы** или **энцефалита**.

Клинические признаки:

- ожирение с характерным перераспределением жира: **лунообразное лицо багрово-красного оттенка**, отложение жира на **шее, верхней части туловища и животе** при **худых конечностях**,
- возможны признаки **гиперандрогении** и нарушения менструального цикла.

Лечение:

Назначают **эстроген-гестагенные препараты** (комбинированные оральные контрацептивы) в **21-дневном режиме** на курс **4–5 месяцев** для нормализации гормонального фона и восстановления цикла.

6. Надпочечниковая форма аменореи

Может быть обусловлена:

- **Постпубертатным адреногенитальным синдромом** — результатом врождённой ферментной недостаточности коры надпочечников, с гиперпродукцией андрогенов и симптомами вирилизации.
- **Вирилизирующей опухолью надпочечников**, продуцирующей андрогены.

Лечение определяется в зависимости от формы: медикаментозное при гиперплазии, хирургическое — при опухолях.

7. Яичниковая форма аменореи

а) Синдром истощения яичников (преждевременный климакс)

Возникает у женщин до **38 лет**, проявляется вторичной аменореей, симптомами гипоестрогении и бесплодием.

Лечение:

- **Циклическая гормональная терапия** с низкодозированными эстроген-гестагенными препаратами,
- использование **оральных контрацептивов с низким содержанием эстрогенов**.

б) Синдром резистентных яичников

Состояние, при котором яичники сохраняют морфологическую структуру, но **не отвечают на стимуляцию гонадотропинами**.

Клинические проявления:

- вторичная аменорея,
- бесплодие,
- нормальный уровень ФСГ и ЛГ, отсутствие реакции на их введение.

Лечение:

- **Длительная гормональная терапия эстроген-гестагенными препаратами**,
- часто используются **низкие дозы** (0,5 или 0,25 таблетки в сутки) в виде комбинированных оральных контрацептивов с содержанием эстрогена не более 0,03 мг.

8. Маточная форма аменореи

Маточная форма аменореи развивается **вследствие патологических изменений в эндометрии**, препятствующих его нормальному функционированию и регенерации. Менструальный цикл сохраняется, однако отторжение функционального слоя эндометрия и менструальное кровотечение становятся невозможными.

Одной из наиболее частых причин является **синдром Ашермана** — состояние, при котором в полости матки формируются **внутриматочные синехии** (спайки), препятствующие отторжению эндометрия и/или нормальной его регенерации.

Лечение:

- **хирургическое устранение синехий** — осуществляется методом гистероскопии с выскабливанием,
- последующая **циклическая гормональная терапия** для стимуляции восстановления слизистой оболочки,
- **гомеопатические средства** — в составе вспомогательной терапии (по индивидуальным показаниям).

Ложная аменорея (криптоменорея)

Криптоменорея — это разновидность ложной аменореи, при которой в организме женщины сохраняются **гормональные и циклические процессы**, но отсутствует **отток менструальной крови** из половых путей.

Кровь накапливается в матке (гематометра), во влагалище (гематокольпос) или в полости малого таза при ретроградном забросе — что может сопровождаться болевым синдромом.

Причины:

- **атрезия девственной плевы,**
- **атрезия (зарощение) цервикального канала,**
- **атрезия влагалища,**
- **другие врождённые пороки развития** половых органов.

Лечение:

- исключительно **хирургическое**, направленное на восстановление проходимости половых путей и обеспечение нормального оттока менструальной крови.

2.2. Гипоменструальный синдром

Гипоменструальный синдром — это нарушение менструального цикла, проявляющееся **ослаблением менструаций**. В клинической практике под этим термином объединяются состояния, сопровождающиеся уменьшением объёма и/или продолжительности менструального кровотечения, а также увеличением интервалов между менструациями.

К основным формам гипоменструального синдрома относятся:

- **Гипоменорея** — уменьшение объёма менструальной крови до **25 мл и менее**;
- **Олигоменорея** — сокращение длительности менструации до двух и менее дней;
- **Опсоменорея (брадименорея)** — запаздывающие менструации с интервалами между циклами от **5 до 8 недель**;
- **Спаниоменорея** — крайне редкие менструации, возникающие всего **2–4 раза в год**.

Часто наблюдаются **сочетанные формы** гипоменструального синдрома: гипо- и олигоменорея, гипо- и опсоменорея и др. У ряда пациенток эти формы являются **предвестниками аменореи**.

Классификация по времени возникновения:

- **Первичный гипоменструальный синдром** — менструации с самого начала были ослабленными. Часто наблюдается при аномалиях полового развития, гипоплазии и инфантилизме.
- **Вторичный гипоменструальный синдром** — развивается после периода нормального менструального цикла, как правило, на фоне эндокринных нарушений, хронических заболеваний или после травм половой системы.

Этиология и патогенез:

Факторами, способствующими развитию гипоменструального синдрома, являются:

- общее истощение организма, неблагоприятные условия жизни,
- хронические **инфекции, интоксикации,**
- заболевания **желёз внутренней секреции,**
- **туберкулёз или воспалительные процессы** в малом тазу,
- **оперативные вмешательства** на матке (выскабливание, дефундация),
- **гипоплазия половых органов, недостаточная рецептивность эндометрия,**
- **расстройства регуляции в системе ЦНС — гипофиз — яичники.**

Клинические формы и особенности менструального цикла:

- При **гипоменорее** менструации проявляются в виде **следов** или капель крови. Цикл может сохранять двухфазность, иногда с полноценной лютеиновой фазой.
- **Олигоменорея** часто сочетается с гипоменореей и предшествует аменорее.
- **Опсоменорея** имеет несколько вариантов:
 1. Цикл с **удлинённой фолликулиновой фазой** и нормальной лютеиновой; овуляция наступает между **17-м и 30-м днями**, вызвана замедленным созреванием фолликулов и подавленной секрецией ФСГ.
 2. Цикл с **укороченной лютеиновой фазой** и поздней овуляцией; развивается **лютеиновая недостаточность**, возможна **железисто-кистозная гиперплазия** эндометрия.
 3. Цикл с **удлинённой лютеиновой фазой** при нормальной фолликулиновой — редкий вариант.

Диагностика:

Диагноз гипоменструального синдрома устанавливается на основе:

- **анамнеза,**

| **Ан А.В.**

- **общего и гинекологического осмотра,**
- **лабораторных исследований** (гормональный профиль),
- **функциональных тестов** (базальная температура, УЗИ органов малого таза и др.).

Лечение:

Тактика терапии зависит от причины и тяжести нарушения. Включает:

- **общеукрепляющие мероприятия,**
- **физиотерапевтические процедуры,** направленные на улучшение кровообращения в органах малого таза,
- **гормональную терапию** (при необходимости — циклическую),
- **иммуностимулирующие средства** — по индивидуальным показаниям.

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

Задержка полового развития (ЗПР) — это состояние, при котором у девочек в возрасте **15–16 лет** отсутствуют **менструации**, а также **вторичные половые признаки** (развитие молочных желёз, оволосение лобка и подмышек). Это может быть связано с нарушением согласованной работы различных звеньев **нейроэндокринной системы**, регулирующей половое созревание.

Задержка может проявляться как **полным отсутствием всех вторичных половых признаков**, так и **изолированным отсутствием менархе** при сохранности других признаков полового созревания.

Классификация ЗПР по уровню поражения репродуктивной системы

а) Половое недоразвитие центрального генеза

1. Гипоталамическое происхождение

Связано с поражением **гипоталамуса** — опухолью, воспалительными процессами, нейроэндокринными нарушениями.

- **Без ожирения:** девочки отстают в росте, часто имеют соматические отклонения, возможны неврологические симптомы (гемиплегия, изменения глазного дна, нарушения зрения). Уровни **гонадотропинов**,

эстрогенов и 17-кетостероидов резко снижены.

Лечение эффективно при своевременном выявлении и устранении причины.

- **С ожирением:** характерно нормальное или ускоренное соматическое развитие (длинные конечности, широкий таз, развитая мускулатура), при этом отсутствуют волосы на теле, кожа гладкая. Умственное развитие не страдает. Состояние описывается как **синдром Пехранца–Бабинского–Фрелиха**.

2. Гипофизарное происхождение

Связано с дефицитом гонадотропинов при гипофизарной недостаточности.

- Наблюдается **гипоплазия молочных желёз, аменорея** (или редкие ановуляторные кровотечения).
- При **временном гипофизарном евнухоидизме** (например, на фоне нервной анорексии) вторичные половые признаки могут быть уже сформированы, но нарушается менструальная функция: наступает **резкое похудение, выпадение волос** в лобковой и подмышечной области. Состояние часто возникает в результате психоэмоциональных стрессов.
Лечение направлено на устранение провоцирующих факторов и восстановление гормональной регуляции.

б) Идиопатическая задержка полового развития

Связана с **конституциональными, наследственными или тяжёлыми соматическими заболеваниями**, отрицательно влияющими на общее состояние организма.

Если вторичные половые признаки не развиваются к **13–15 годам**, необходима тщательная диагностика, включающая:

- **антропометрические измерения,**
- **определение уровней гормонов яичников и надпочечников,**
- **рентгенологическую оценку костного возраста,**
- **исследование эндокринной и других систем.**

| **Ан А.В.**

При отсутствии выявленных органических нарушений проводится **гормональная терапия** с использованием **хорионического гонадотропина** или **половых стероидов**. Дополнительно назначают **общеукрепляющее лечение** и мероприятия по устранению внешних неблагоприятных факторов.

в) Половое недоразвитие периферического генеза (яичниковое)

Это форма ЗПР, обусловленная **деструктивными изменениями в яичниках** или **дисгенезией гонад**, чаще всего — врождённой, связанной с **аномалиями половых хромосом**.

Гонадные формы ЗПР включают:

- **Типичная форма дисгенезии гонад** — **синдром Шерешевского–Тёрнера (45,X)**;
- **Чистая форма** — **синдром Свайера (46,XY)**;
- **Смешанная форма** — с мозаицизмом или частичными аномалиями кариотипа.

При всех формах отмечается выраженная **гипоэстрогения**, **отсутствие менструаций**, **недоразвитие половых органов**, и зачастую — **бесплодие**.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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

| **Ан А.В.**

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 (задания с развернутым ответом)

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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №3. Аномальные маточные кровотечения.

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — это кровотечения из половых путей, отличающиеся от нормальной менструации по **частоте, длительности, объёму или времени возникновения**. Наиболее частыми их причинами являются **дисгормональные нарушения**, возникающие в результате несогласованной работы **гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси**.

Этиология и патогенез

Процесс становления менструального цикла у девочек связан с постепенным формированием **ритмической секреции гонадолиберина (ГнРГ)** гипоталамусом. В пременоархе секреция ГнРГ отсутствует или крайне низка, однако со временем происходит её **импульсное нарастание** по частоте и амплитуде. Это активирует выработку гонадотропинов гипофизом — **ФСГ и ЛГ**, необходимых для полноценного овариального цикла: созревания фолликулов, овуляции и образования жёлтого тела.

На ранних стадиях полового созревания уровень гонадотропинов может быть недостаточным сначала для появления менархе, затем — для регулярной овуляции и стабильной лютеиновой фазы. Это обуславливает развитие **вторичных нарушений менструального цикла**: ановуляции, недостаточности жёлтого тела, гипоменореи, олигоменореи и аменореи, которые, в свою очередь, могут манифестировать как **дисфункциональные маточные кровотечения** — наиболее распространённая форма АМК.

Секреция гонадотропинов регулируется по принципу **обратной связи** с половыми стероидами яичников:

- **Отрицательная обратная связь**: снижение уровня эстрадиола в начале цикла стимулирует секрецию ФСГ.
- **Положительная обратная связь**: высокий уровень эстрадиола в преовуляторном фолликуле вызывает пиковую секрецию ЛГ и ФСГ, приводящую к овуляции.

ФСГ стимулирует:

- рост и созревание фолликулов,
- пролиферацию клеток гранулезы,

- синтез ароматаз и рецепторов ЛГ.

ЛГ обеспечивает:

- синтез андрогенов в тека-клетках,
- продукцию эстрадиола в доминантном фолликуле,
- овуляцию,
- лютеинизацию клеток гранулезы и синтез прогестерона.

Овуляция происходит спустя **10–12 часов после пика ЛГ** или **24–36 часов после пика эстрадиола**. После овуляции формируется **жёлтое тело**, которое к 7-му дню достигает функциональной зрелости и начинает активно синтезировать прогестерон и эстрадиол. Вторая фаза менструального цикла характеризуется **увеличением концентрации прогестерона в 10 раз**, что подготавливает эндометрий к возможной имплантации бластоцисты.

Также важна регуляция **половых стероидсвязывающих глобулинов (ПССГ)**, синтез которых зависит от инсулина, тестостерона и эстрадиола. Их дисбаланс может нарушать распределение активных форм гормонов, участвующих в циклических изменениях эндометрия.

Иммунологические методы определения свободных форм гормонов, не связанных с белками, используются для диагностики нарушений репродуктивной функции, особенно при подозрении на дисфункциональные АМК.

Классификация аномальных маточных кровотечений (АМК)

Согласно современным рекомендациям FIGO, АМК классифицируются по этиологическому принципу, объединённому в систему **PALM–COEIN (рис. 3.1): Структурные причины (PALM):**

- **P (Polyp)** — полипы эндометрия,
- **A (Adenomyosis)** — аденомиоз,
- **L (Leiomyoma)** — миома матки (подслизистая или другая локализация),
- **M (Malignancy and hyperplasia)** — злокачественные новообразования и гиперплазия эндометрия.

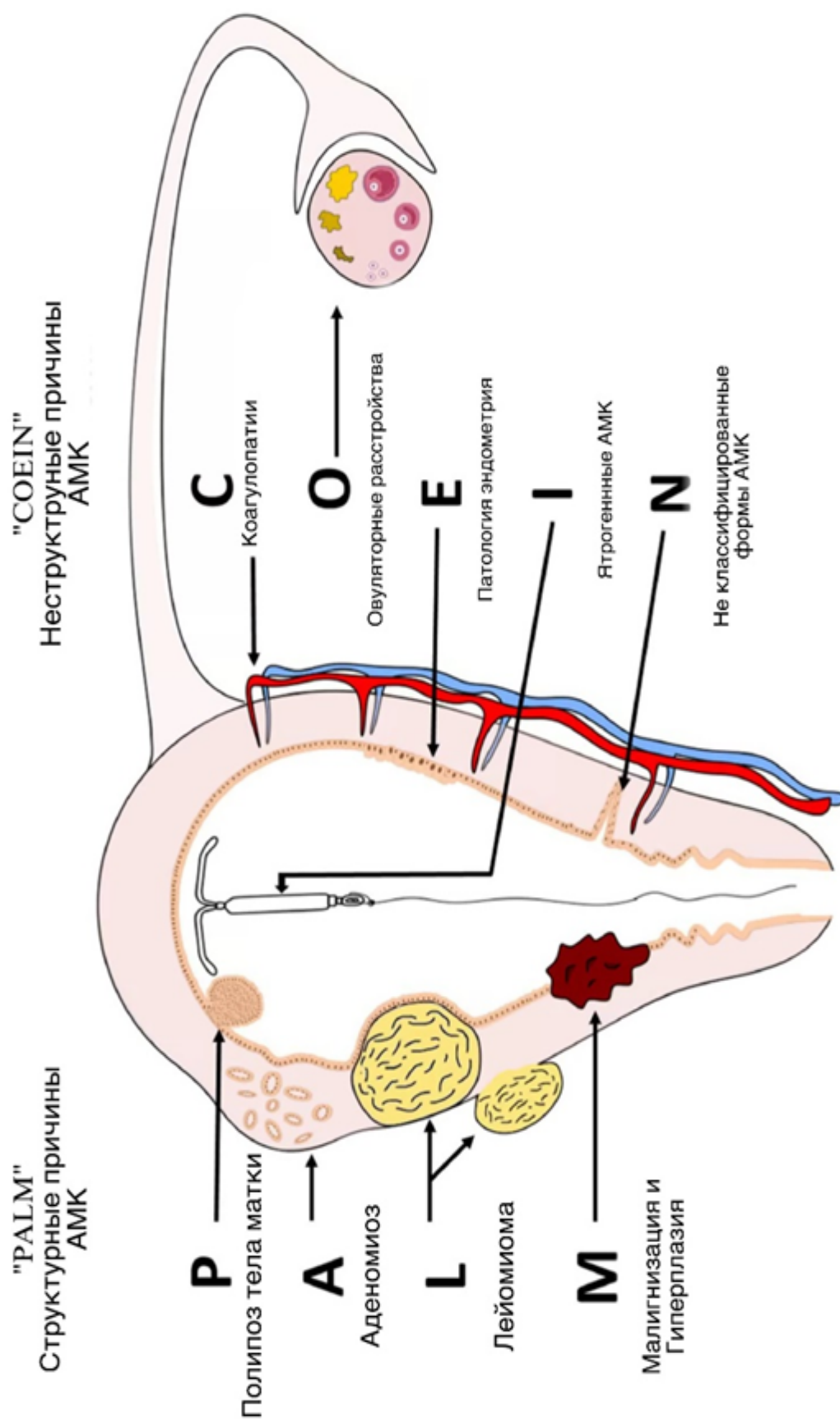


Рисунок 3.1. Классификацию PALM-COEIN.

Функциональные причины (COEIN):

- **C (Coagulopathy)** — нарушения свёртываемости крови,
- **O (Ovulatory dysfunction)** — овуляторные расстройства,
- **E (Endometrial)** — первичная патология эндометрия,
- **I (Iatrogenic)** — вызванные медикаментами или медицинскими вмешательствами,
- **N (Not yet classified)** — неустановленные причины.

Формы АМК и их клинические проявления

Аномальные маточные кровотечения (АМК) — это любые изменения в объеме, длительности, частоте или ритме менструальных кровотечений у небеременной женщины. Терминологически следует использовать **единый язык описания АМК**, избегая устаревших диагнозов.

Устаревшие термины, которые традиционно используются для характеристики патологических менструальных кровотечений (не должны использоваться и заменены на АМК):

- **Менорагия** – обильные и длительные кровотечения из половых путей в период менструации (циклические).
- **Метрорагия** – кровотечения в межменструальный период (ациклические).
- **Менометрорагия** – сочетание циклических и ациклических кровотечений.
- **Гиперменорея** – обильные менструации (более 80 мл).
- **Гипоменорея** – скудные менструации (менее 5 мл).
- **Опсоменорея** – редкие менструации (с интервалом более 38 дней).
- **Пройоменорея** – частые менструации (с интервалом менее 24 дней).
- **Полименорея** – маточное кровотечение более 8 суток.
- **Олигоменорея** – маточное кровотечение менее 2 дней.
- **Дисфункциональное** – патологические кровотечения из матки, связанные с нарушением выработки половых гормонов железами внутренней секреции.

Клинические особенности АМК по возрастным группам

Возрастные формы АМК различаются по патогенезу и выраженности клинических проявлений. Учитываются особенности гормонального фона, состояние овариального резерва, наличие или отсутствие овуляции, а также вероятность органической патологии (Таблица 3.2.).

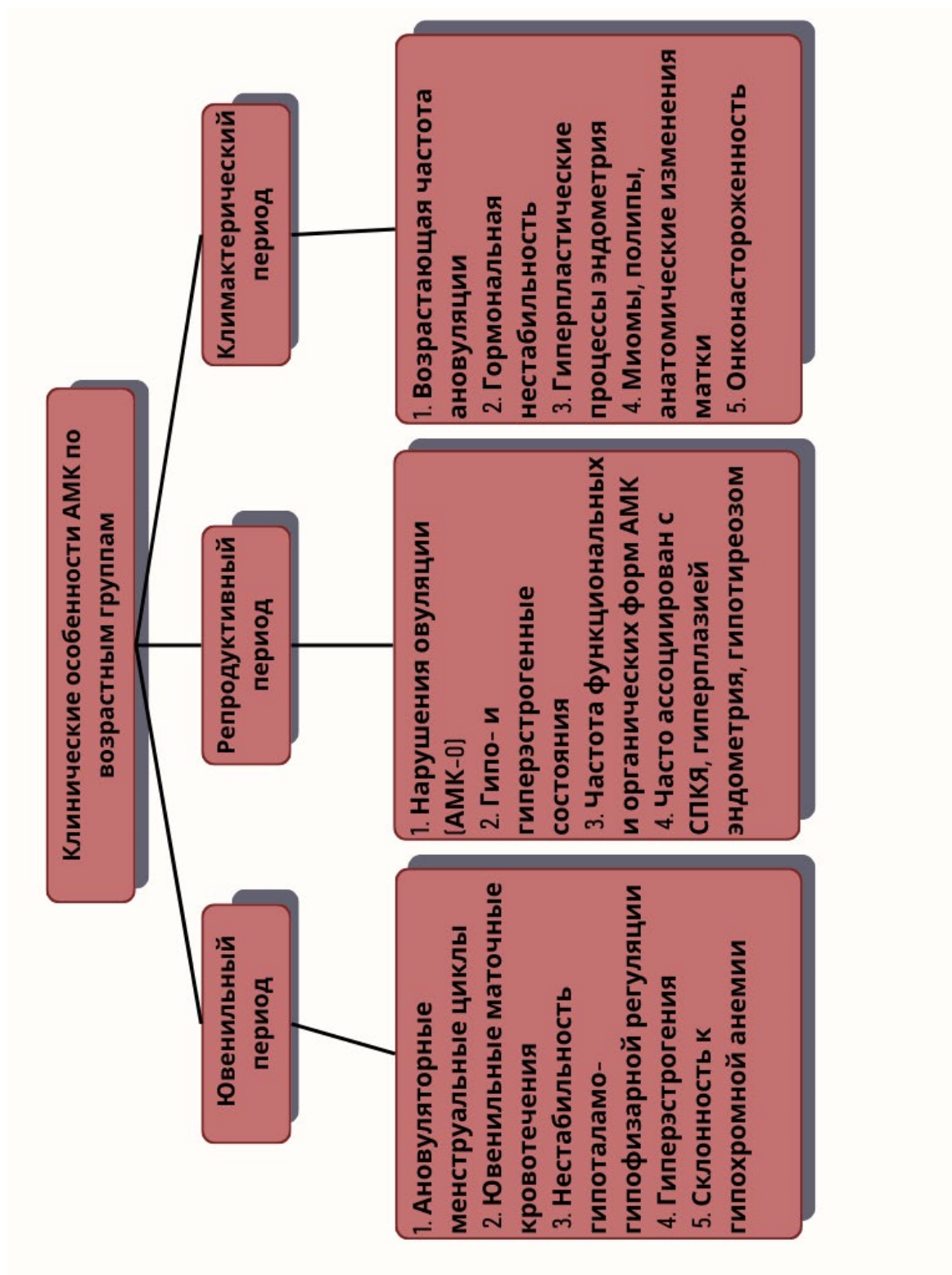


Таблица 3.2. Клинические особенности АМК по возрастным группам

Клинические формы АМК-О (овуляторная дисфункция)

Согласно FIGO, все гормонально обусловленные кровотечения без органической причины относятся к АМК-О (Ovulatory dysfunction). Они делятся по характеру нарушений (Таблица 3.3.):

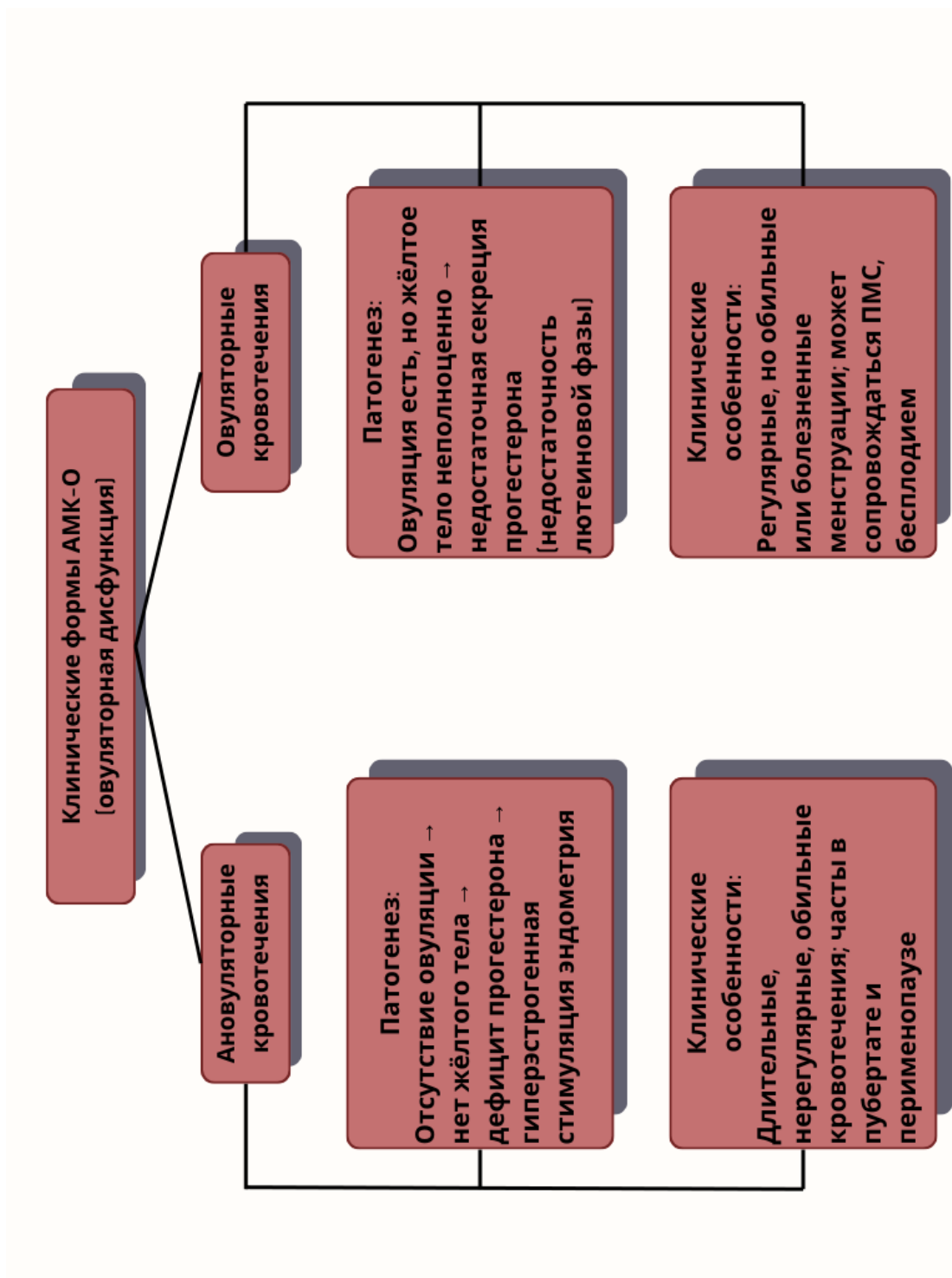


Таблица 3.3. Клинические формы АМК-О

Диагностика аномальных маточных кровотечений

Диагностика АМК должна быть **поэтапной, системной** и соответствовать принципу исключения беременности, онкопатологии и органических нарушений. Важную роль играют возраст пациентки и предполагаемый патогенетический механизм.

I. Общие этапы диагностики АМК (для всех возрастов)

1. Сбор анамнеза:

- Характер менструаций (объём, длительность, регулярность)
- Возраст начала менархе
- Связь кровотечений с медикаментами, физической нагрузкой, стрессами
- Репродуктивные планы
- Симптомы гиперэстрогении, андрогении, гипотиреоза

2. Объективный осмотр:

- Оценка ИМТ, кожных покровов, вторичных половых признаков
- Гинекологический осмотр, оценка объёма выделений, состояния шейки и влагалища

3. Исключение беременности — обязательный первый шаг, особенно у женщин репродуктивного возраста (тест на β -ХГЧ).

4. Инструментальные методы:

- **УЗИ органов малого таза** (трансабдоминальное / трансвагинальное): оценка структуры эндометрия, толщины М-эхо, миометрия, наличие полипов, миом
- **Гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия** — «золотой стандарт» при подозрении на гиперплазию/рак

5. Гормональные исследования:

- ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон (на 21 день цикла), пролактин, ТТГ, тестостерон
- Половые стероидсвязывающие глобулины (ПССГ) при нарушениях менструаций

6. Коагулограмма — при подозрении на АМК-С (коагулопатия, особенно в ювенильном периоде)

Диагностика аномальных маточных кровотечений по физиологическим периодам

I. Ювенильный период

В периоде становления менструального цикла (первые 1–2 года после менархе) основная причина АМК — это ановуляторные кровотечения, обусловленные незрелостью гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Однако важно помнить, что у части девочек причиной могут быть системные заболевания, включая коагулопатии (в частности, болезнь Виллебранда).

◆ Диагностика в ювенильном возрасте включает:

- Подробный анамнез: характер кровотечений, их длительность, сопутствующие симптомы.
- УЗИ органов малого таза (чаще трансабдоминальное).
- Гормональный профиль: ФСГ, ЛГ, эстрадиол, пролактин, ТТГ.
- Коагулограмма (особенно при обильных менструациях с самого начала менархе).
- Ведение менструального дневника (оценка частоты, длительности и объёма менструаций).
- Осмотр детского гинеколога, при необходимости — консультация гематолога.

II. Репродуктивный период

У женщин в репродуктивном возрасте круг возможных причин АМК существенно расширяется. Помимо овуляторной дисфункции, нередко выявляются органические причины (миомы, полипы, гиперплазия), эндокринопатии (СПКЯ, гиперпролактинемия, гипотиреоз), побочные эффекты медикаментов (АМК-I) и беременность (внематочная, неполный аборт, осложнения гестации).

Обязательные этапы диагностики включают:

- Исключение беременности: тест на β -ХГЧ — **первая линия**.
- Гинекологический осмотр с оценкой шейки и влагалища.
- УЗИ органов малого таза (трансвагинальное).
- Гормональный скрининг: ФСГ, ЛГ, прогестерон (на 21 день цикла), эстрадиол, пролактин, ТТГ, тестостерон, ПССГ.
- Биохимический анализ крови: глюкоза, инсулин, липиды (при метаболическом синдроме).
- При подозрении на СПКЯ — фолликулярная карта, индекс ЛГ/ФСГ.
- При подозрении на патологию эндометрия — пайпель-биопсия или гистероскопия.

III. Климактерический период

В перименопаузе и особенно в постменопаузе любые кровянистые выделения из половых путей считаются патологией, требующей исключения гиперплазии и онкопатологии. Это возрастная пик таких причин, как полипы эндометрия, миомы, гиперплазия, рак тела матки.

- ◆ Диагностика в этот период направлена на онконастороженность:
 - УЗИ органов малого таза с особым вниманием к толщине эндометрия (М-эхо > 5 мм в постменопаузе — подозрительно).
 - Гистероскопия с прицельной биопсией эндометрия — **золотой стандарт**.
 - Пайпель-биопсия — как альтернатива в амбулаторных условиях.
 - Осмотр шейки матки, кольпоскопия (при сопутствующих выделениях).
 - Исследование на онкомаркеры (СА-125 при подозрении на опухоли яичников).
 - Гормональные тесты — при перименопаузальных колебаниях цикла (при необходимости).

Лечение АМК по физиологическим периодам

Тактика ведения пациенток с аномальными маточными кровотечениями должна быть строго индивидуализированной и основываться на комплексной

оценке клинической ситуации. При выборе терапевтического подхода учитываются возраст женщины, выраженность кровопотери, наличие или отсутствие анемии, характер менструального цикла и овуляторный статус, а также репродуктивные планы. Существенное значение имеет предполагаемая или уже подтверждённая причина кровотечения, определяемая на основании классификации PALM–COEIN, в которой выделяются как структурные, так и функциональные формы АМК.

I. Ювенильный период

Основные задачи лечения:

- остановка кровотечения,
- стабилизация цикла,
- профилактика анемии и рецидивов.

Лёгкие и умеренные формы:

- КОК в непрерывном или циклическом режиме (например, с этинилэстрадиолом 20–30 мкг).
- Чистые гестагены (дидрогестерон, норэтистерон) — во второй фазе цикла.
- НПВС (ибупрофен, напроксен) — для уменьшения кровопотери.
- Транексамовая кислота — при обильных, но не угрожающих кровотечениях.

Тяжёлые ювенильные кровотечения:

- Стационарное лечение.
- Гемостатическая терапия: этамзилат, аминокaproновая кислота.
- Высокодозовая гормональная терапия (например, двойной приём КОК в течение нескольких дней).
- При рецидивирующих кровотечениях — гематологическое обследование (коагулопатии).

Дополнительно:

- Железосодержащие препараты при снижении гемоглобина.

- Психологическая поддержка, коррекция образа жизни.

II. Репродуктивный период

Тактика зависит от этиологии, интенсивности кровотечения и репродуктивных планов.

◆ При АМК-О (овуляторная дисфункция):

- КОК — первая линия при стабильном цикле, отсутствии противопоказаний.
- Чистые гестагены во 2-й фазе цикла или в непрерывном режиме (дидрогестерон, медроксипрогестерон).
- Внутриматочная система с левоноргестрелом (например, Мирена) — при обильных менструациях и отсутствии противопоказаний.

◆ при гиперплазии эндометрия (без атипии):

- Циклическая или непрерывная терапия прогестинами (до 3–6 месяцев).
- Контроль УЗИ/биопсии в динамике.

◆ При АМК-Р, АМК-Л (полипы, миомы):

- Гистероскопическая полипэктомия.
- Миомэктомия или эмболизация маточных артерий.
- Консервативное ведение миом при отсутствии роста и умеренной симптоматике.

◆ Другие меры:

- НПВС и антифибринолитики при умеренных кровотечениях.
- Коррекция эндокринных нарушений (СПКЯ, гиперпролактинемия, гипотиреоз).
- Витамины группы В, фолиевая кислота, коррекция массы тела при метаболических нарушениях.

III. Климактерический период

Лечение направлено на исключение онкопатологии, коррекцию симптомов и предотвращение анемии.

Первый этап — диагностика!

Кровотечение в постменопаузе — всегда онконастороженность!

Если исключена злокачественная патология:

- ВМС с левоноргестрелом — высокоэффективно для остановки гиперплазии, особенно без атипии.
- Пероральные гестагены — курсами или в непрерывном режиме.
- Абляция эндометрия — у пациенток без репродуктивных планов и с рецидивирующими кровотечениями.
- Симптоматическая терапия (НПВС, транексамовая кислота) — при лёгких формах.

Хирургическое лечение:

- Гистероскопия с прицельной биопсией — для диагностики и удаления полипов.
- Гистерэктомия — при рецидивирующих АМК, сопутствующих миомах, гиперплазии с атипией, онкоподозрении.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного ответа

1. Что является основным критерием ювенильного маточного кровотечения?

- A) Наличие структурных изменений эндометрия
- B) Продолжительность кровотечения менее 2 или более 7 дней
- C) Укорочение цикла менее 20 дней
- D) Персистенция желтого тела

2. Какие методы применяют для диагностики ановуляторных кровотечений?

- A) Лапароскопия

| Ан А.В.

- 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?

- А) Рентгенография
- В) УЗИ органов малого таза
- С) КТ органов малого таза
- Д) 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 (задания с развернутым ответом)

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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №4. Кровотечения в первой половине беременности.

Кровотечения во время беременности, родов и в раннем послеродовом периоде остаются одними из самых распространённых и опасных осложнений акушерской практики. В структуре причин материнской смертности им принадлежит одно из ведущих мест. Кроме того, подобные осложнения значительно увеличивают риск перинатальной гибели плода.

По данным эпидемиологических наблюдений, частота акушерских кровотечений составляет от 3 до 8% от общего числа родов, а кровотечения в период гестации отмечаются приблизительно у 2–3% беременных.

Акушерские кровотечения отличаются рядом характерных признаков, которые определяют их клиническую значимость и тяжесть течения. Они, как правило, начинаются внезапно, сопровождаются обильной кровопотерей, выраженным болевым синдромом и стремительным истощением компенсаторных механизмов организма. Последнее связано с физиологическими особенностями гемодинамики и системы гемостаза у беременных, рожениц и родильниц.

Несмотря на постоянное внимание к этой проблеме со стороны акушеров-гинекологов и совершенствование методов диагностики и лечения, кровотечения в период беременности продолжают представлять серьёзную угрозу как для жизни матери, так и для плода.

Основные причины кровотечений в первой половине беременности

Кровотечения, возникающие на сроке до 20 недель гестации, являются важным диагностическим и прогностическим маркером, указывающим на наличие патологических процессов как акушерского, так и внеакушерского характера. Эти состояния требуют немедленного внимания, поскольку могут представлять угрозу как для жизни женщины, так и для сохранения беременности.

Согласно этиологическому принципу, все случаи кровотечений в первой половине беременности условно делятся на две основные группы: **не связанные с беременностью** и **непосредственно связанные с беременностью**.

1. Кровотечения, не связанные с беременностью

Эта группа включает патологии, при которых кровотечение возникает независимо от наличия гестации и обусловлено заболеваниями репродуктивных органов или нарушениями свёртывающей системы крови. Наиболее частые причины:

- **Эрозия или эктопия шейки матки**, которая при контакте (например, во время полового акта или влагалищного осмотра) может кровоточить.
- **Полипы цервикального канала**, способные вызывать мажущие или контактные кровянистые выделения.
- **Вагинит или цервицит** — воспалительные процессы, сопровождающиеся гиперемией слизистой и повышенной сосудистой проницаемостью.
- **Нарушения гемостаза** (врождённые или приобретённые коагулопатии), которые приводят к самопроизвольным кровотечениям даже без структурных изменений матки.

Ведение таких пациенток требует внимательной дифференциальной диагностики с исключением нарушенной беременности и проведения обследования у гинеколога с обязательной кольпоскопией, лабораторным анализом гемостаза и инфекционным скринингом.

2. Кровотечения, связанные с беременностью

К этой категории относятся состояния, непосредственно обусловленные развитием или нарушением гестационного процесса. Они являются основными причинами акушерских кровотечений в первом триместре и требуют максимально быстрой клинической оценки (рис. 4.1.).

Нарушенная маточная беременность

Классическим вариантом является **самопроизвольный аборт**, который может проходить через последовательные стадии: угрожающий выкидыш, начавшийся, аборт в ходу, неполный и полный. Кровотечение при этом варьирует от незначительного мажущего до интенсивного, сопровождающегося болевым синдромом и раскрытием цервикального канала. В зависимости от стадии решается вопрос о возможном сохранении беременности или необходимости её прерывания с эвакуацией содержимого полости матки.

Внематочная беременность

Эктопическая беременность — это патологическое прикрепление плодного яйца вне полости матки, чаще всего в маточной трубе. На определённом сроке (обычно 5–7 недель) происходит либо её разрыв, либо трубный аборт, что сопровождается внутренним и/или наружным кровотечением. Это состояние крайне опасно, может сопровождаться геморрагическим шоком и требует экстренной госпитализации и хирургического вмешательства. Подозрение на внематочную беременность возникает при сочетании положительного теста на беременность, болей внизу живота и отсутствия плодного яйца в полости матки по данным УЗИ.

Болезни плодного яйца

К ним относится, прежде всего, **пузырный занос** — форма трофобластической болезни, при которой происходит патологическая пролиферация ворсин хориона с формированием кистозной структуры. Заболевание проявляется маточным кровотечением, несоответствием размеров матки сроку гестации (обычно больше), выраженным токсикозом, иногда — повышением уровня ХГЧ в десятки раз выше нормы.

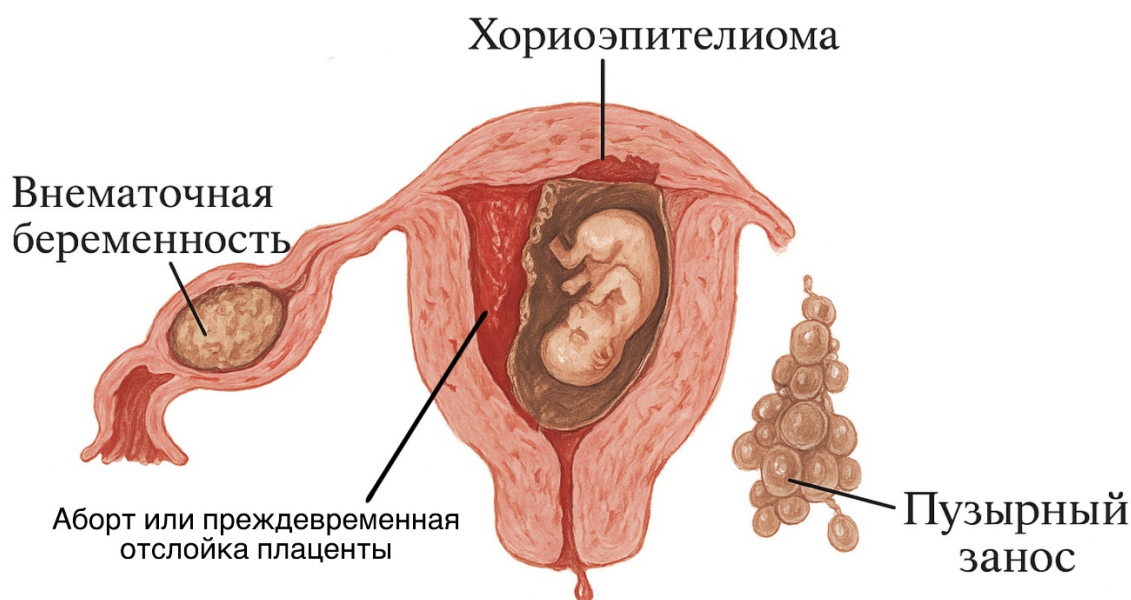


Рисунок 4.1. Кровотечения связанные с беременностью

4.1. Самопроизвольные выкидыши

Самопроизвольный аборт — это прерывание беременности до срока жизнеспособности плода, то есть до 22 недель гестации. Данное осложнение относится к числу наиболее частых причин кровотечений в первой половине беременности.

Клинические формы самопроизвольного выкидыша

С клинической точки зрения, самопроизвольный аборт проходит через последовательные стадии:

- угрожающий выкидыш,
- начавшийся выкидыш,
- аборт в ходу,
- неполный,
- полный аборт.

Ключевыми симптомами для всех форм являются болевой синдром и кровянистые выделения из половых путей. Характер этих симптомов, а также состояние шейки матки и размеры матки позволяют провести дифференциальную диагностику между различными стадиями.

Угрожающий и начавшийся выкидыш

Угрожающий выкидыш характеризуется сохраняющимся прикреплением плодного яйца, при этом матка увеличена в размерах в соответствии со сроком гестации, шейка матки закрыта, а боли и выделения выражены умеренно.

Начавшийся выкидыш сопровождается схваткообразными болями и появлением кровянистых выделений. Отслойка плодного яйца уже начинается, но остаётся частичной. При гинекологическом осмотре выявляется слегка приоткрытый цервикальный канал, матка сохраняет размеры, соответствующие сроку беременности.

Тактика в этих случаях направлена на попытку сохранения беременности. Рекомендуются соблюдение покоя, назначение седативных препаратов, спазмолитиков (ганглерон, дротаверин, метамизол), кровоостанавливающих средств (этамзилат). При выявленной гормональной недостаточности проводится соответствующая коррекция. Однако при наличии подтекания

околоплодных вод вопрос о пролонгировании беременности, как правило, решается отрицательно.

Аборт в ходу и неполный аборт

На этапе аборта в ходу происходит активное изгнание плодного яйца. Это сопровождается интенсивными болями и значительным кровотечением. При осмотре шейка матки приоткрыта, плодное яйцо может быть частично в цервикальном канале.

Неполный аборт диагностируется, когда после изгнания плодного яйца в маточной полости сохраняются его элементы — оболочки, части плаценты. Это состояние сопровождается схваткообразными болями и продолжающимся кровотечением. При бимануальном исследовании матка мягкая, её размеры меньше предполагаемого срока беременности, шейка матки открыта и пропускает палец.

Тактика ведения при аборте в ходу и неполном аборте требует экстренной медицинской помощи. На догоспитальном этапе важно обеспечить физический и эмоциональный покой, приложить холод к нижней части живота, ввести внутримышечно окситоцин, гемостатические и сосудоукрепляющие препараты (этамзилат, кальций, аскорбиновая кислота), обеспечить поступление в стационар.

В условиях стационара проводится клинико-лабораторное обследование, включая анализ крови, определение группы и резус-фактора, тесты на ВИЧ и сифилис. Основной объём помощи включает инструментальную ревизию полости матки с удалением остатков плодного яйца и восполнение кровопотери по показаниям.

4.2. Эктопическая беременность

Эктопической, или внематочной, называют беременность, при которой имплантация и развитие плодного яйца происходят вне полости матки. Наиболее частой локализацией является маточная труба — более 98% всех случаев. Реже беременность развивается в яичнике, рудиментарном роге матки, в шейке или в брюшной полости.

Классификация:

Эктопические беременности делятся по месту имплантации плодного яйца:

- **Трубная беременность** — наиболее частая форма, подразделяется по локализации на ампулярную, истмическую и интерстициальную. По характеру течения — на прогрессирующую и нарушенную (в виде трубного аборта или разрыва трубы).
- **Яичниковая беременность** — имплантация на поверхности или внутри яичника.
- **Брюшная беременность** — делится на первичную (имплантация изначально происходит в органах брюшной полости) и вторичную (выталкивание плодного яйца из трубы с последующей имплантацией в брюшную полость).
- **Беременность в рудиментарном (добавочном) роге матки, шейке или перешейке.**

Факторы риска:

Существуют две группы факторов, способствующих развитию внематочной беременности. Первая — аномалии оплодотворения, включая случаи, возникающие на фоне использования вспомогательных репродуктивных технологий, что в 4 раза повышает риск имплантации вне матки. Вторая — нарушения транспортной функции маточных труб. К ним относятся воспалительные заболевания органов малого таза, последствия искусственных аборт, анатомические дефекты труб, наличие внутриматочных контрацептивов, эндометриоз, спаечный процесс, перенесённые операции и травмы. Также влияют гормональные и функциональные изменения, например, нарушение перистальтики труб из-за действия прогестерона или никотина, что особенно часто встречается у курящих женщин.

Патогенез:

Внеполостная имплантация плодного яйца приводит к его развитию в условиях, не обеспечивающих адекватного кровоснабжения и питания. Трофобласт разрушает ткани органа, в котором произошло прикрепление, повреждая кровеносные сосуды. Постепенно увеличивающееся плодное яйцо вызывает перерастяжение окружающих тканей, что может привести к их разрыву и внутреннему кровотечению. Чаще всего нарушение наступает на сроке от 4 до 6 недель беременности.

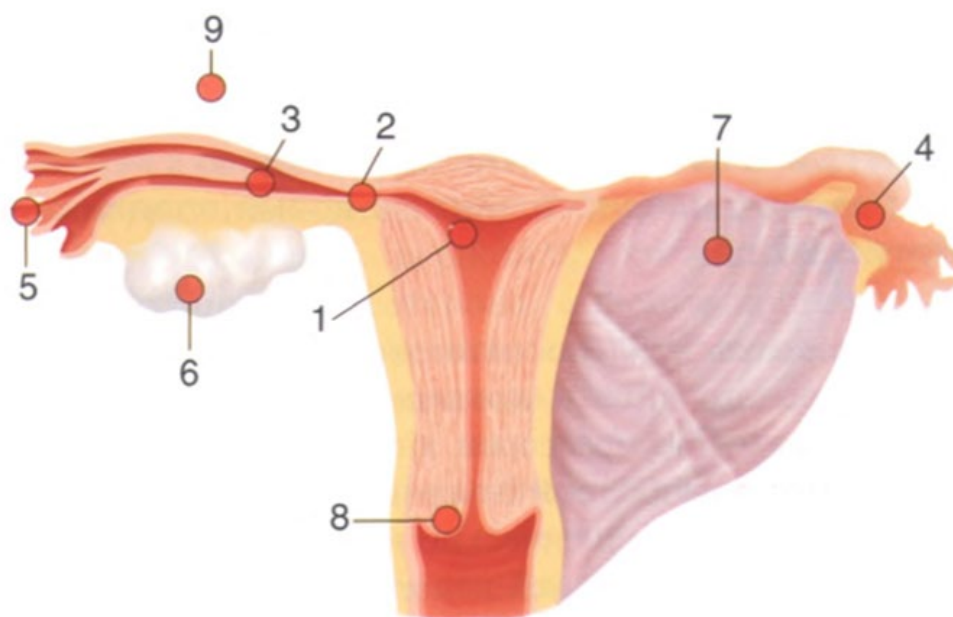


Рисунок 4.2. Схема возможной локализации внематочной беременности:

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.

Клиническая картина:

Проявления эктопической беременности зависят от её стадии — прогрессирующая или нарушенная, и от типа нарушения — трубный аборт или разрыв трубы. Классическая симптоматика включает задержку менструации, нагрубание молочных желез, изменения вкуса, тошноту, а также боль и мажущие кровянистые выделения. При гинекологическом осмотре может отмечаться цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки, размягчение матки, увеличение её размеров, наличие образования в области придатков.

Ключевым признаком является рассогласование между предполагаемым сроком беременности и размерами матки, при одновременном определении опухолевидного образования в области трубы или яичника. Часто выявляются атипичные образования сбоку от матки или признаки деформации её контуров. При шеечной локализации матка приобретает колбообразную

форму, а при брюшной — обнаруживаются плотные образования различной локализации.

Отсутствие эффекта от гормональной гемостатической терапии и прогрессирующее ухудшение состояния пациентки требуют немедленного вмешательства. Заподозрить эктопическую беременность необходимо при каждом случае задержки менструации, болевого синдрома и маточного кровотечения, особенно если плодное яйцо не визуализируется в полости матки по данным УЗИ.

Нарушенная внематочная беременность

Нарушение течения внематочной беременности представляет собой угрожающее жизни состояние и требует немедленного медицинского вмешательства. Наиболее частыми формами являются разрыв маточной трубы и трубный аборт, реже — разрыв яичника или плодоемкости при брюшной локализации. Все эти состояния сопровождаются внутренним кровотечением различной степени выраженности, что обуславливает клиническую картину и определяет тяжесть состояния пациентки.

Разрыв маточной трубы

Разрыв трубы сопровождается массивным внутренним кровотечением. Ворсины хориона, разрушая тонкую стенку трубы, вызывают повреждение сосудов, в результате чего кровь изливается в брюшную полость. Развивается картина острого живота, симптоматика стремительно прогрессирует. Боль в животе возникает внезапно и может предшествоваться эпизодами схваткообразной боли («трубная колика»), обусловленной перистальтикой трубы. В момент пика болевого синдрома возможна потеря сознания. Сопровождающие симптомы включают тошноту, головокружение, бледность, обильный холодный пот, снижение артериального давления, слабый и частый пульс. При этом возможна диарея из-за раздражения брюшины.

Объективно живот вздут, напряжён, болезненный. Перкуссия выявляет притупление звука в отлогах местах вследствие скопления крови. При гинекологическом осмотре определяется цианоз слизистой влагалища и шейки матки, увеличенная, мягкая, подвижная матка. В проекции придатков пальпируется пастозное или опухолевидное образование, задний свод выпячен, выражена болезненность при смещении шейки матки.

Трубный аборт

В отличие от разрыва, трубный аборт развивается медленно. Плодное яйцо постепенно отслаивается от стенки трубы и изгоняется в брюшную полость, в то время как кровотечение происходит интермиттирующе — в связи с ритмическими сокращениями трубы.

Клинически отмечаются схваткообразные боли внизу живота, сопровождающиеся мажущими тёмно-коричневыми или почти чёрными кровянистыми выделениями из половых путей. Эти выделения объясняются отторжением децидуальной оболочки вследствие резкого снижения уровня половых стероидов. У пациентки могут наблюдаться эпизоды обмороков, выраженная слабость, головокружение, холодный пот, рвота.

При осмотре выявляется цианоз слизистых, скудные выделения из цервикального канала. Матка мягкая, увеличена незначительно и не соответствует сроку беременности. В области придатков определяется опухолевидное образование с нечёткими контурами и ограниченной подвижностью. Боковой и задний своды уплощены или выпячены, при пальпации болезненны.

Редкие формы эктопической беременности

При яичниковой беременности плодное яйцо имплантируется на поверхности или внутри яичника. Это может быть связано с эндометриозом или нарушением овуляции. Такое прикрепление не обеспечивает полноценного развития трофобласта, и беременность прерывается на раннем сроке. Клиническая картина схожа с трубной формой: боль, внутреннее кровотечение, признаки раздражения брюшины, резкое ухудшение состояния.

Брюшная беременность — редчайшая форма, при которой плодное яйцо имплантируется в органах брюшной полости, чаще — в сальнике или на брюшине. Как правило, она диагностируется на ранних сроках, поскольку капсула плодовместилища быстро разрушается. Клинически отмечаются повторные эпизоды болей, резкая боль при движениях, возможны обмороки и шоковые состояния. Бимануальное исследование выявляет несоответствие между маткой и плодовместилищем, части плода могут определяться под передней брюшной стенкой отдельно от матки.

Шеечная и шеечно-перешеечная беременность — редкие, но крайне опасные формы, сопровождающиеся профузным кровотечением. Клинически выявляется бочкообразная, цианотичная, легко кровоточащая шейка с эксцентричным наружным зевом. Диагноз подтверждается УЗИ. Любая попытка выскабливания приводит к усилению кровотечения. Лечение исключительно хирургическое — экстирпация матки без придатков.

Беременность в рудиментарном роге матки диагностируется при пальпации плотного образования сбоку от матки. При её прерывании наблюдаются симптомы внутреннего кровотечения и шока. Решающее значение имеют УЗИ и лапароскопия.

Диагностика и лечение эктопической беременности

Диагностика:

Диагностический поиск при подозрении на внематочную беременность включает несколько этапов.

1. Анамнез.

Пациентка обычно отмечает задержку менструации и появление сомнительных или вероятных признаков беременности. В анамнезе могут выявляться факторы риска: воспалительные заболевания органов малого таза, перенесённые хирургические вмешательства, использование внутриматочной контрацепции, курение, а также случаи применения вспомогательных репродуктивных технологий.

2. Общий и гинекологический осмотр.

Клиническая картина характеризуется симптомами внутреннего кровотечения (бледность, холодный пот, падение артериального давления, тахикардия) и признаками раздражения брюшины (вздутие, болезненность живота, положительный симптом Щёткина-Блюмберга).

При бимануальном исследовании выявляется слегка увеличенная и подвижная матка, пастозность в области придатков, болезненность и выпячивание заднего свода, симптом "крика Дугласа".

3. Лабораторные и инструментальные методы.

- Уровень β -ХГЧ в крови часто оказывается ниже ожидаемого для данного срока беременности.
- Трансвагинальное УЗИ выявляет отсутствие плодного яйца в полости матки

- и возможно — наличие экзогенного образования в придаточной зоне.
- Кульдоцентез используется для диагностики внутрибрюшного кровотечения, однако в экстренной практике в основном заменён УЗИ.
 - Биопсия эндометрия показана при необходимости дифференцировки с самопроизвольным абортом (в соскобе выявляется децидуальная ткань без ворсин хориона).
 - Лапароскопия остаётся наиболее точным методом диагностики, особенно при неясной клинической картине.

Лечение:

Лечение эктопической беременности включает три этапа: хирургическое вмешательство, послеоперационное ведение и реабилитация.

I этап — хирургическое лечение.

При трубной беременности возможно выполнение органосохраняющей операции (туботомии) или удаление трубы (тубэктомии) — лапароскопически либо лапаротомически (рис. 4.3.). При массивном кровотечении начинается незамедлительная инфузионно-трансфузионная терапия с применением кровезамещающих растворов, определением группы крови и показателей гемостаза.



Рисунок 4.3. Лапароскопия может быть использована не только для лечения, но и для подтверждения диагноза внематочной беременности.

II этап — послеоперационное наблюдение.

Включает инфузионную терапию, обезболивание, антибактериальную профилактику, физиотерапию, дыхательную гимнастику. С 4–5-го дня возможны гидротубации.

III этап — реабилитация репродуктивной функции.

Через месяц после операции начинают физиотерапевтическое и медикаментозное восстановление. Назначаются ферментные препараты, гормональная контрацепция, проводится диспансерное наблюдение. Повторные курсы реабилитации рекомендуются через 3, 6 и 12 месяцев.

4.3. Гестационная трофобластическая болезнь. Пузырный занос

Гестационная трофобластическая болезнь (ГТБ) — это группа патологических состояний, возникающих вследствие аномального пролиферативного роста трофобласта. Она характеризуется чрезмерным развитием хорионических ворсин с нарушением нормальной дифференцировки плацентарной ткани и сопровождается гиперсекрецией хорионического гонадотропина (ХГЧ).

К формам гестационной трофобластической болезни относятся:

- **пузырный занос** (полный и частичный),
- **инвазивный и деструирующий занос**,
- **хориокарцинома**.

Инвазивный пузырный занос отличается выраженной пролиферативной активностью и способностью к инвазии в миометрий, но крайне редко даёт отдалённые метастазы. В отличие от него **хориокарцинома** представляет собой злокачественную опухоль с высоким метастатическим потенциалом и агрессивным течением.

Пузырный занос — это патологическое состояние, при котором происходит трансформация ворсин хориона в множество кистозных образований, внешне напоминающих гроздь винограда. Эти образования полностью или частично заполняют полость матки и могут сопровождаться выраженной клинической симптоматикой.

Выделяют две формы пузырного заноса:

- **полный пузырный занос**, при котором отсутствуют элементы плода (рис. 4.4);
- **частичный пузырный занос**, при котором в полости матки могут присутствовать элементы эмбриона или плода.

Частичный пузырный занос связан с хромосомными аномалиями и обычно не приводит к злокачественной трансформации.

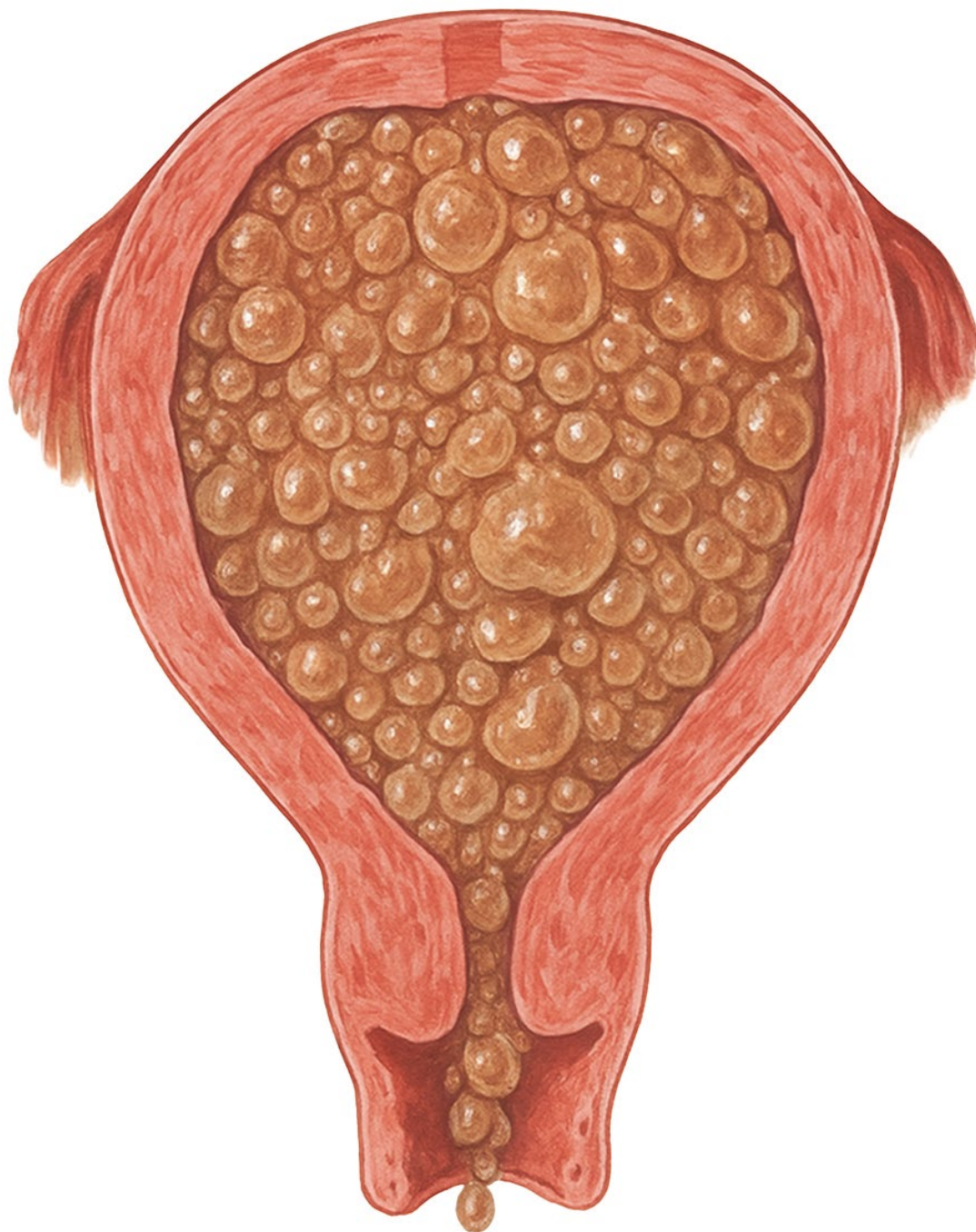


Рисунок 4.4. Полный пузырный занос

Клиническая картина:

Пузырный занос имеет ряд характерных клинических признаков:

Женщина, как правило, отмечает задержку менструации и считает себя беременной. В первом триместре часто возникает маточное кровотечение различной интенсивности и окраски — от скудных мажущих до обильных, требующих гемостатической терапии. В некоторых случаях с кровью выделяются характерные пузырьки.

Увеличение матки, как правило, не соответствует предполагаемому сроку беременности и может быть чрезмерным, что связано с пролиферацией ворсин и скоплением крови. Достоверные признаки жизнеспособной беременности (сердцебиение, шевеления плода) отсутствуют.

При ультразвуковом исследовании в полости матки определяется неоднородная мелкокистозная ткань без признаков плодного яйца. Часто выявляются двусторонние текалютеиновые кисты яичников, возникающие на фоне гиперстимуляции гонадотропином.

Возможно развитие раннего гестоза с гипертензией, протеинурией и отёками. Эклампсия встречается редко.

Диагностика:

Диагноз пузырного заноса основывается на:

- характерной клинической картине;
- повышенном уровне хорионического гонадотропина, значительно превышающем нормальные значения для данного срока гестации;
- результатах ультразвукового исследования (отсутствие плода и плодного яйца, кистозная структура);
- гистологическом исследовании удалённой ткани.

Пузырный занос необходимо дифференцировать от самопроизвольного выкидыша, многоплодной беременности, хориокарциномы.

Лечение и наблюдение:

После установления диагноза показана немедленная госпитализация и эвакуация содержимого полости матки. При отсутствии снижения уровня ХГЧ

в течение 1–2 месяцев после удаления заноса требуется дообследование с целью исключения хориокарциномы.

В течение года проводится динамическое наблюдение с регулярным контролем уровня ХГЧ в крови и моче, а также рентгенологическим исследованием лёгких (для исключения метастазов). Женщинам настоятельно рекомендуется предохраняться от беременности в течение двух лет.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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

| **Ан А.В.**

- С) Гиперфибринолиз
- Д) Гиперактивность трофобласта

5. Что характерно для хорионкарциномы?

- А) Отсутствие метастазов
- В) Кровотечение в менопаузе
- С) Присутствие хориального эпителия
- Д) Сохранение структуры ворсин

6. Какая форма эктопической беременности встречается наиболее часто?

- А) Брюшная
- В) Трубная
- С) Яичниковая
- Д) Шейная

7. Какое лечение рекомендуется при полном пузырном заносе?

- А) Химиотерапия
- В) Удаление матки
- С) Хирургическое удаление содержимого полости матки
- Д) Выжидательная тактика

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

- А) Прогестерон
- В) ХГЧ
- С) Эстроген
- Д) ЛГ

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

- А) Одышка и тахипноэ

- В) Умеренные боли внизу живота
- С) Тошнота и головная боль
- Д) Олигурия

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом)

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. 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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №5. Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической этиологии.

Общие сведения

Воспалительные заболевания половых органов занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии, составляя, по данным женских консультаций, до 60–65% всех обращений. Их принято делить на заболевания **неспецифической** и **специфической** этиологии. К первой группе относятся процессы, вызванные условно-патогенной микрофлорой — стафилококками, кишечной палочкой, стрептококками, синегнойной палочкой. Ко второй — инфекции, обусловленные трихомонадами, гонококками, кандидами, вирусами, хламидиями, микоплазмами.

I. Вульвит

Вульвит — воспалительное заболевание наружных половых органов, охватывающее вульву (лобок, большие и малые половые губы, преддверие влагалища, клитор). Это одно из наиболее распространённых воспалительных заболеваний у девочек и женщин, особенно в период снижения уровня эстрогенов — в детском, постменопаузальном и пубертатном возрасте.

Этиология:

Различают **первичный** и **вторичный** вульвит.

- **Первичный вульвит** возникает в результате непосредственного воздействия травмирующих и инфекционных факторов на наружные половые органы. Чаще встречается у девочек и женщин в постменопаузе, когда слизистая оболочка истончена и чувствительна к раздражителям.
- **Вторичный вульвит** развивается на фоне воспаления влагалища, шейки матки или мочеиспускательного канала, когда инфекция распространяется на вульву.

Наиболее частыми возбудителями являются: *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus spp.*, грибы рода *Candida*, иногда — вирусы герпеса, цитомегаловирус.

Предрасполагающие факторы

- несоблюдение правил интимной гигиены;

| Ан А.В.

- наличие инородных тел (например, остатков туалетной бумаги);
- частые подмывания с мылом, приводящие к нарушению микробиома;
- ношение синтетического или тесного белья;
- аллергические реакции (на моющие средства, гигиенические прокладки);
- гельминтозы (энтеробиоз);
- системные заболевания — сахарный диабет, иммунодефицитные состояния;
- в детском возрасте — анатомическая близость заднего прохода к вульве, слабость местного иммунитета;
- гипоэстрогения — у девочек до менархе и у женщин в постменопаузе.



Рисунок 5.1. Вульвит

Клиническая картина:

В остром периоде пациентки жалуются на:

- зуд, жжение, покраснение наружных половых органов;
- болезненность, усиливающуюся при мочеиспускании, дефекации, ходьбе;
- выделения слизисто-гнойного или гнойного характера;
- отёк и гиперемия вульвы, расчесы, мацерации.

В **хроническом течении** симптомы менее выражены: наблюдается постоянный дискомфорт, умеренное покраснение, сухость, чувство раздражения.

У девочек могут быть нарушения сна, повышенная тревожность, страх перед мочеиспусканием, раздражительность.

Диагностика:

Диагноз ставится на основании жалоб, осмотра, микроскопии мазков из вульвы и влагалища, бактериологического посева, исключения ИППП. При подозрении на аллергию — консультация дерматолога или аллерголога.

Лечение:

Лечение должно быть **комплексным и направлено как на устранение симптомов, так и на ликвидацию причины.**

- **Гигиенические мероприятия** — подмывание кипячёной водой или слабым раствором антисептика (ромашка, фурацилин, мирамистин), исключение раздражающих факторов.
- **Местная терапия** — антисептические ванночки, кремы с противовоспалительным и антимикробным действием (например, мазь с декспантенолом, мирамистином, клотримазолом, при кандидозе — антимикотики).
- **Системные препараты** — при выраженном воспалении или хроническом процессе назначаются антибиотики, антимикотики или антигельминтные средства по показаниям.

- **Коррекция основного заболевания**, если вульвит является его проявлением (например, санация очагов инфекции, контроль гликемии при диабете).

II. Бартолинит

Бартолинит — воспалительное заболевание большой железы преддверия влагалища (бартолиновой железы), сопровождающееся поражением её выводного протока и/или паренхимы. Заболевание встречается преимущественно у женщин репродуктивного возраста и в большинстве случаев имеет одностороннюю локализацию.

Этиология:

Возбудителями могут быть как условно-патогенные бактерии (*Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*), так и специфическая флора — *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*.

Инфицирование происходит восходящим путём — из влагалища и уретры, особенно при наличии сопутствующих кольпитов, уретритов, нарушений микрофлоры.

Патогенез:

Заболевание начинается с **каналикулита** — воспаления выводного протока железы. При прогрессировании инфекция проникает в ткань железы, развиваются **серозное или гнойное воспаление**, с образованием псевдоабсцесса или истинного абсцесса.

Псевдоабсцесс формируется при закупорке протока, скоплении гноя в расширенной железе без разрушения паренхимы.

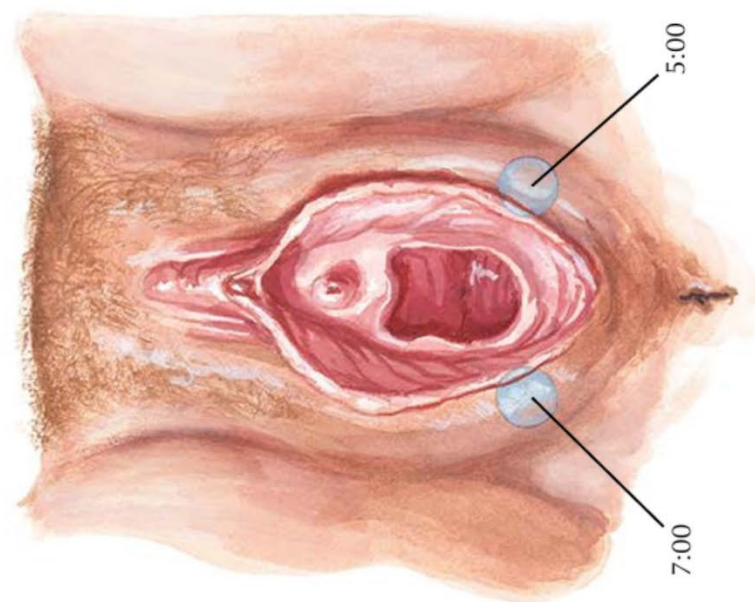
Истинный абсцесс — результат гнойного расплавления тканей железы и окружающих структур.

Клиническая картина:

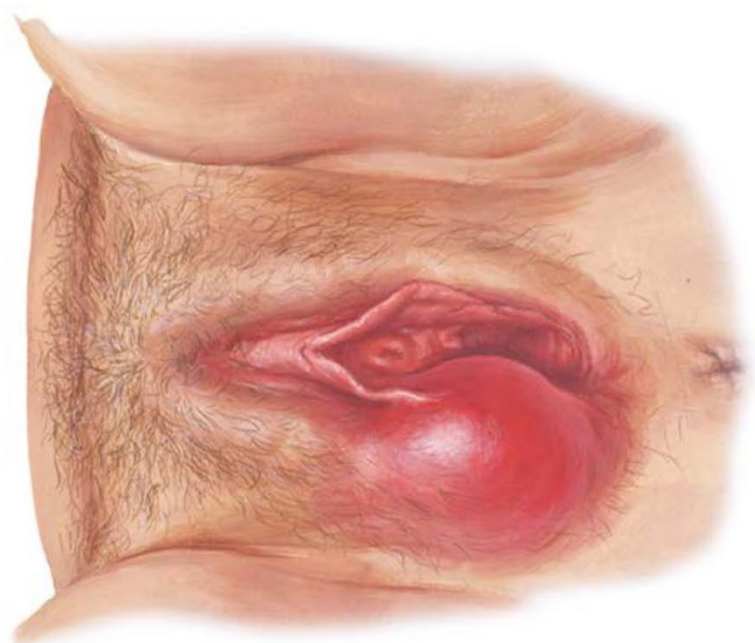
В зависимости от стадии воспалительного процесса различают:

1. Острый каналикулит

- Лёгкое покалывание или дискомфорт в области преддверия влагалища;
- Малая припухлость и болезненность по ходу протока;
- Незначительное повышение температуры тела.

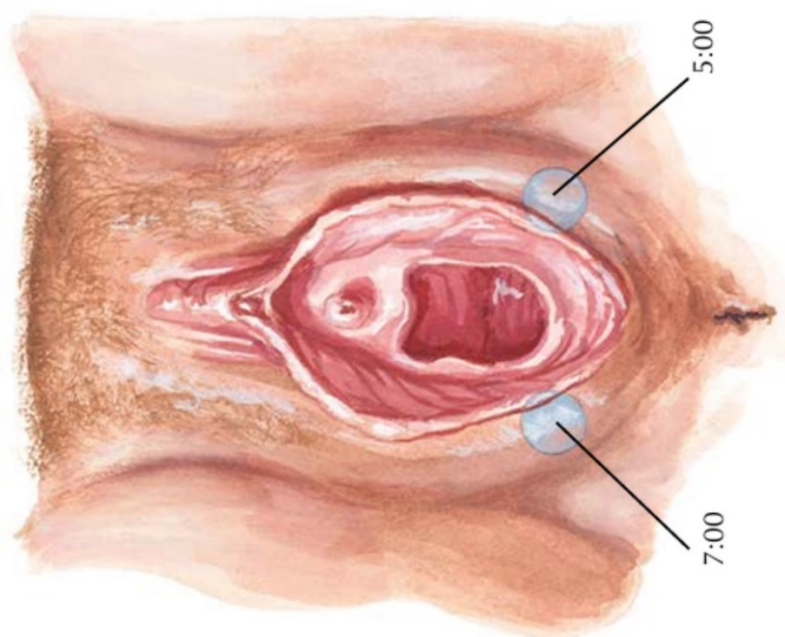


Бартолиновы железы, расположены в
положениях 7:00 и 5:00 часов



Бартолиновый Абсцесс в
положении 7:00 часов

Рисунок 5.2. Абсцесс/инфекция бартолиновой железы



Бартолиновы железы,
расположены в положениях
7:00 и 5:00 часов



Киста Бартолиновой железы
в положении 5:00 часов

Рисунок 5.3. Киста бартолиновой железы

2. Псевдоабсцесс

- Увеличение железы до размера куриного яйца;
- Боль усиливается при движении, половом акте, сидении;
- Местная гиперемия, отёк, напряжение тканей;
- Температура тела может достигать 38–39 °С, наблюдаются озноб, слабость.

3. Истинный абсцесс

- Резкая болезненность и выраженный отёк;
- Гектическая температура, интоксикация, головная боль;
- При пальпации — флюктуирующее, резко болезненное образование;
- При самопроизвольном вскрытии — выделение густого гнойного содержимого, после чего симптомы быстро ослабевают.

Без адекватного лечения воспаление может затухнуть, но нередко переходит в **хроническую форму**, сопровождающуюся рецидивами и формированием **ретенционной кисты** бартолиновой железы.

Дифференциальная диагностика:

Бартолинит следует отличать от:

- фурункула большой половой губы;
- кисты Гартнерова протока;
- опухолей вульвы;
- лимфаденита паховых лимфоузлов;
- туберкулёзного поражения половых органов.

Лечение:

Консервативная терапия (в начальной стадии):

- антибиотики с учётом чувствительности флоры;
- сульфаниламидные препараты;
- сидячие ванночки с раствором перманганата калия (1:6000), ромашки, антисептиков;
- местное тепло (грелка, солюкс);
- мазевые аппликации (ихтиоловая мазь, мазь Вишневского);

- симптоматическая терапия — жаропонижающие, обезболивающие.

При образовании псевдоабсцесса или абсцесса:

- вскрытие и дренирование абсцесса;
- при рецидивах — **экстирпация бартолиновой железы**;
- физиотерапия: УФО, УВЧ, лазеротерапия;
- специфическое лечение при выявлении ИППП.

III. Кольпит

Кольпит — воспаление слизистой оболочки влагалища. Является одним из наиболее часто встречающихся воспалительных заболеваний у женщин всех возрастных групп, особенно в репродуктивный и менопаузальный периоды.

Этиология:

Неспецифический кольпит может быть вызван условно-патогенной микрофлорой, включая *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Streptococcus spp.*, *Proteus*, а также грибами рода *Candida*. Часто возбудителями являются смешанные микроорганизмы, а в ряде случаев — *Trichomonas vaginalis*, что требует исключения специфического процесса.

Клиническая картина:

Острый кольпит проявляется:

- зудом, жжением в области влагалища и вульвы;
- ощущением дискомфорта при мочеиспускании;
- обильными серозно-гнойными или гнойными выделениями;
- гиперемией и отёком слизистой влагалища при осмотре;
- болями внизу живота при выраженном процессе.

Хронический кольпит протекает с менее выраженной симптоматикой. Зуд и жжение умеренные или отсутствуют, выделения слизисто-гнойного характера, слизистая влагалища истончена, бледна, могут наблюдаться участки мацерации.

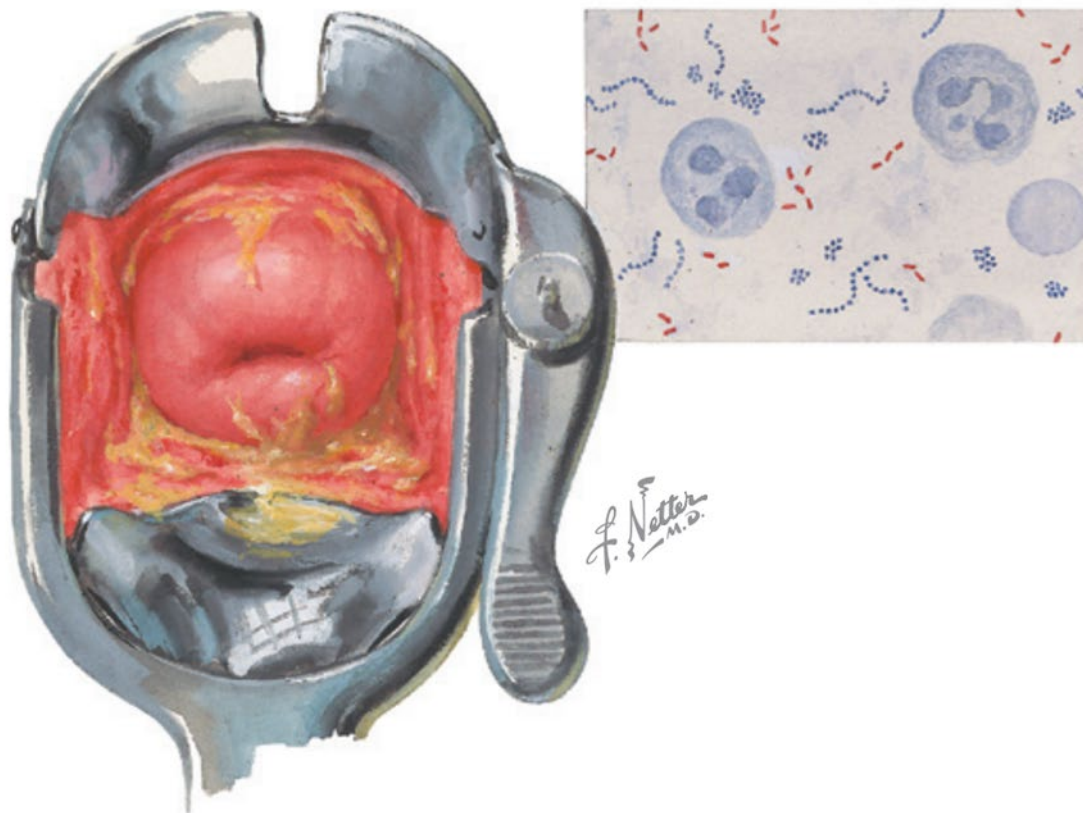


Рисунок 5.4. Бактериальный вагинит (кольпит бактериальной природы)

Диагностика:

Диагноз ставится на основании жалоб, клинического осмотра, микроскопического исследования мазков и бактериологического посева с определением чувствительности к антибиотикам.

Лечение:

Терапия кольпита включает:

- **Общее лечение** — устранение фона (гормональные нарушения, гельминтозы, диабет и др.).
- **Местное лечение** — санация влагалища (спринцевания, антисептики), вагинальные свечи или кремы с антимикробным, антимикотическим или комбинированным действием.
- **Антибактериальная терапия** — строго после определения чувствительности микроорганизмов.

- **Физиотерапия** — при хроническом кольпите (лазеротерапия, УФО и др.).
- Обязательно проводится **лечение сопутствующей патологии** — цервицита, вульвита и др., для восстановления нормальной микрофлоры влагалища.

IV. Цервицит

Цервицит (эндоцервицит) — воспаление слизистой оболочки цервикального канала шейки матки. Может носить острое или хроническое течение.

Этиология:

Возбудителями являются:

- бактерии: *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Enterococcus spp.*, *Neisseria gonorrhoeae*;
- грибки (*Candida albicans*);
- вирусы (герпесвирусы, ВПЧ).

Предрасполагающим фактором является **травматизация шейки матки**, особенно во время родов (разрывы, недостаточная коррекция травм).

Клиническая картина:

В острой фазе:

- слизисто-гнойные или гнойные выделения из влагалища;
- дискомфорт, тянущие боли внизу живота и поясничной области;
- умеренная гипертермия;
- при осмотре — гиперемия и отёк шейки матки, гной в цервикальном канале.

В хронической фазе:

- симптомы могут отсутствовать;
- выделения сохраняются в виде слизистых или слизисто-гнойных;
- при длительном течении развивается гипертрофия шейки матки, возможно образование **псевдоэрозий**.

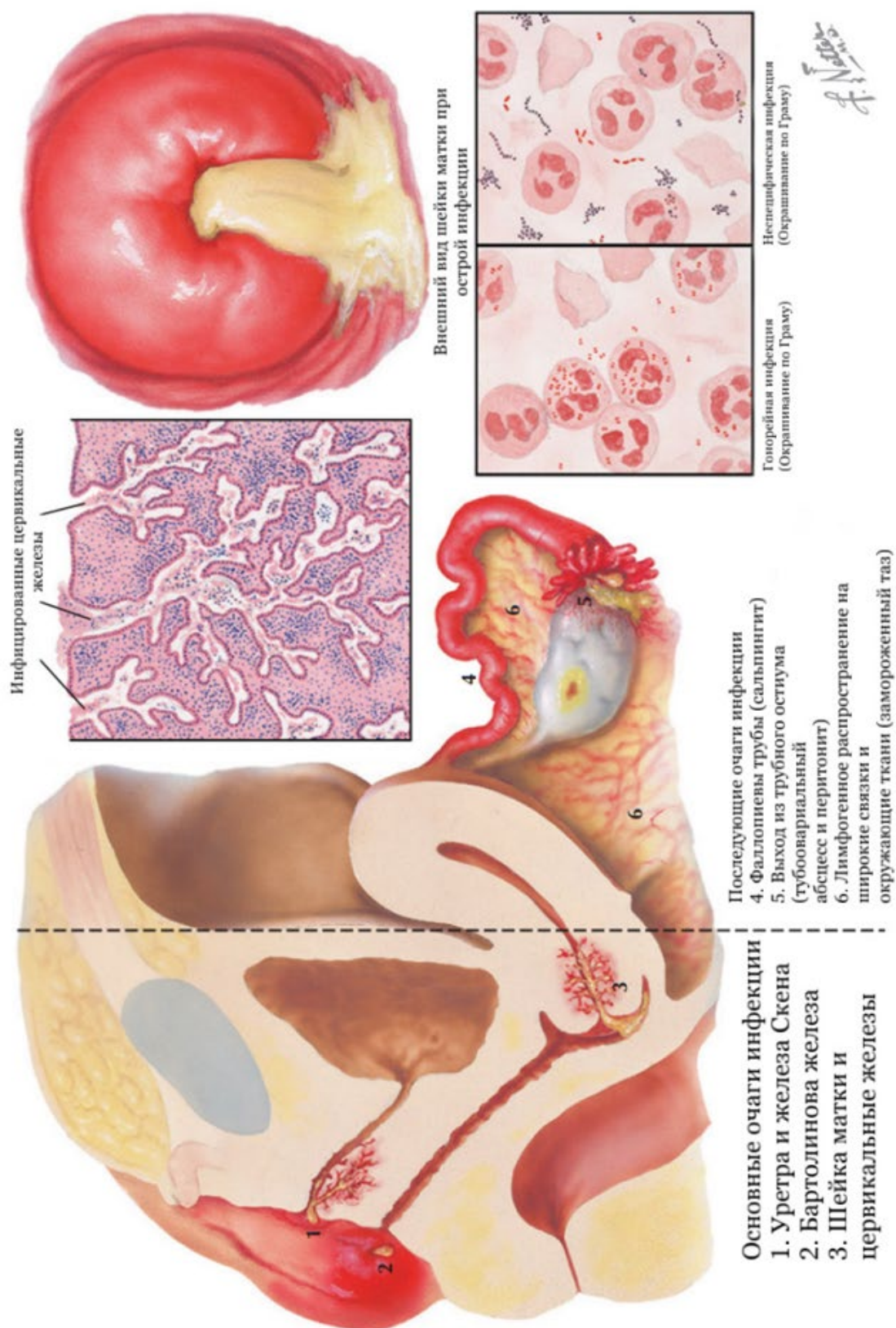


Рисунок 5.5. Цервицит

Диагностика:

| **Ан А.В.**

Проводится визуальный осмотр, кольпоскопия, мазки на флору и степень чистоты, ПЦР на ИППП, бактериологический посев с антибиотикограммой.

Лечение:

- **Острая стадия** — антибактериальная терапия (с учётом чувствительности), сульфаниламиды, местная санация.
- **Хроническая форма** — физиотерапия, противовоспалительные свечи, санация влагалища.
- При наличии травматических разрывов шейки матки, вызывающих хронический эндоцервицит — после стихания воспаления показано хирургическое лечение (пластика шейки матки).

Воспалительные заболевания органов малого таза

Воспалительные заболевания внутренних половых органов объединяют поражения матки, труб и околоматочной клетчатки. Эти процессы чаще всего возникают как восходящая инфекция из влагалища и шейки матки. Основными возбудителями являются аэробные и анаэробные бактерии, включая *Escherichia coli*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, анаэробы, а также специфические возбудители — *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma*, *Ureaplasma urealyticum* и др.

I. Эндометрит

Эндометрит — воспаление слизистой оболочки матки (эндометрия). Может быть острым и хроническим. Наиболее часто развивается после родов, абортов, диагностических выскабливаний, гистероскопий.

Этиология:

Возбудителями являются полимикробные ассоциации, чаще смешанная аэробно-анаэробная флора. В послеродовом периоде особенно опасна инфекция *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитический стрептококк группы А).

Клиническая картина:

Острый эндометрит — это острое воспаление слизистой оболочки матки. **Хронический эндометрит** — это длительное воспаление эндометрия, нередко приводящее к бесплодию.

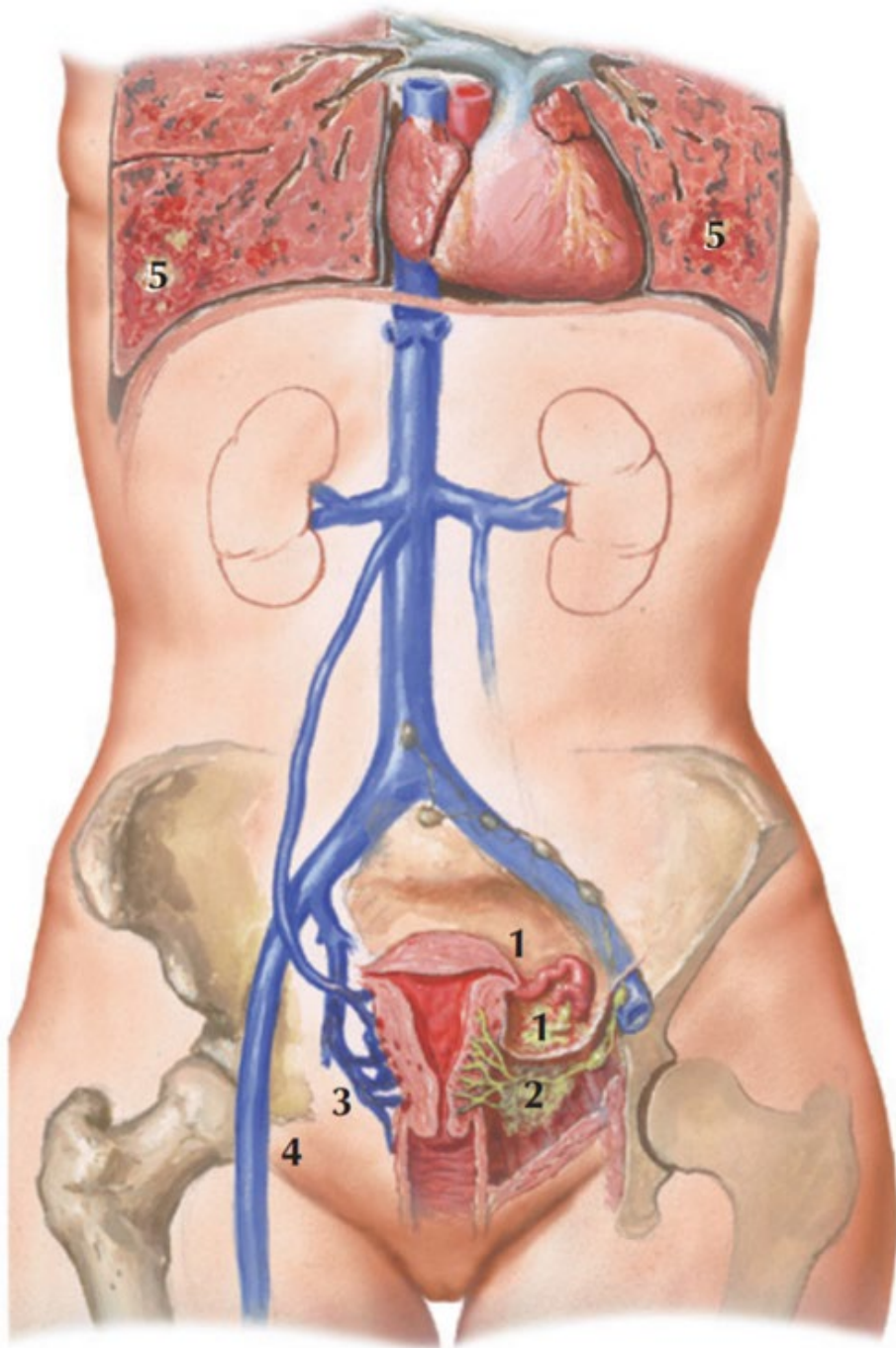


Рисунок 5.6. Распространение септического эндометрита:

1 - Перитонит; 2 - Параметрит (через лимфатические пути); 3 - Тромбофлебит тазовых вен; 4 - Тромбофлебит бедренной кости; 5 - Инфаркт или абсцесс легкого (септическая эмболия)

Острый эндометрит:

- лихорадка, озноб, слабость;

| Ан А.В.

- схваткообразные боли внизу живота;
- гнойные или серозно-гнойные выделения;
- болезненность матки при бимануальном исследовании;
- иногда субинволюция матки (в послеродовом периоде).

Хронический эндометрит:

- скудные или длительные менструации;
- межменструальные кровянистые выделения;
- бесплодие;
- слабовыраженная боль внизу живота.

Диагностика:

- клинические проявления;
- УЗИ (утолщение эндометрия, неоднородность);
- мазки, ПЦР на ИППП;
- гистологическое исследование эндометрия (при хроническом процессе).

Лечение:

- антибактериальная терапия (широкий спектр, комбинации);
- НПВС;
- инфузионная терапия (при остром течении);
- физиотерапия (при хроническом эндометрите).

II. Сальпингит и сальпингоофорит

Сальпингит — воспаление маточных труб.

Сальпингоофорит — одновременное воспаление труб и яичников.

Воспаление может быть односторонним или двусторонним.

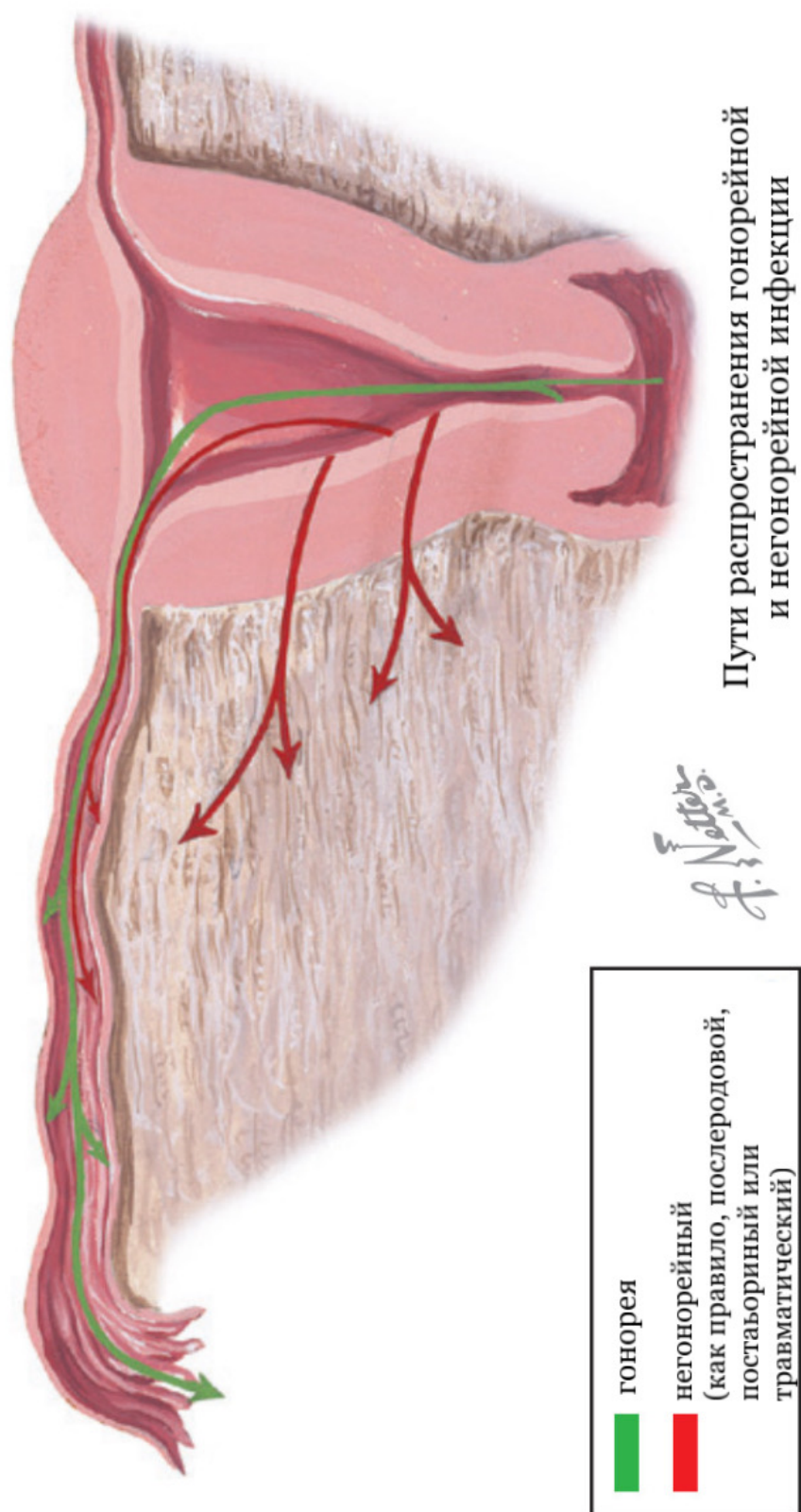


Рисунок 5.7. Пути распространения инфекции

Этиология:

Как и при эндометрите, возбудителями являются полимикробные ассоциации, включая анаэробы, хламидии, гонококки.

Клиническая картина:

Острый сальпингоофорит:

- боли внизу живота, с одной или обеих сторон;
- повышение температуры тела;
- озноб, слабость;
- бели, диспареуния, дизурия;
- болезненность и пастозность придатков при пальпации.

Хронический сальпингоофорит:

- постоянные или периодические тянущие боли;
- нарушение менструального цикла;
- трубное бесплодие;
- синдром хронической тазовой боли.

Осложнения

- tuboовариальное образование (переход в гнойный процесс);
- перитонит;
- гидросальпинкс;
- трубное бесплодие.

Диагностика:

- осмотр, бимануальное исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- лабораторная диагностика (мазки, ПЦР);
- лапароскопия (при необходимости).

Лечение:

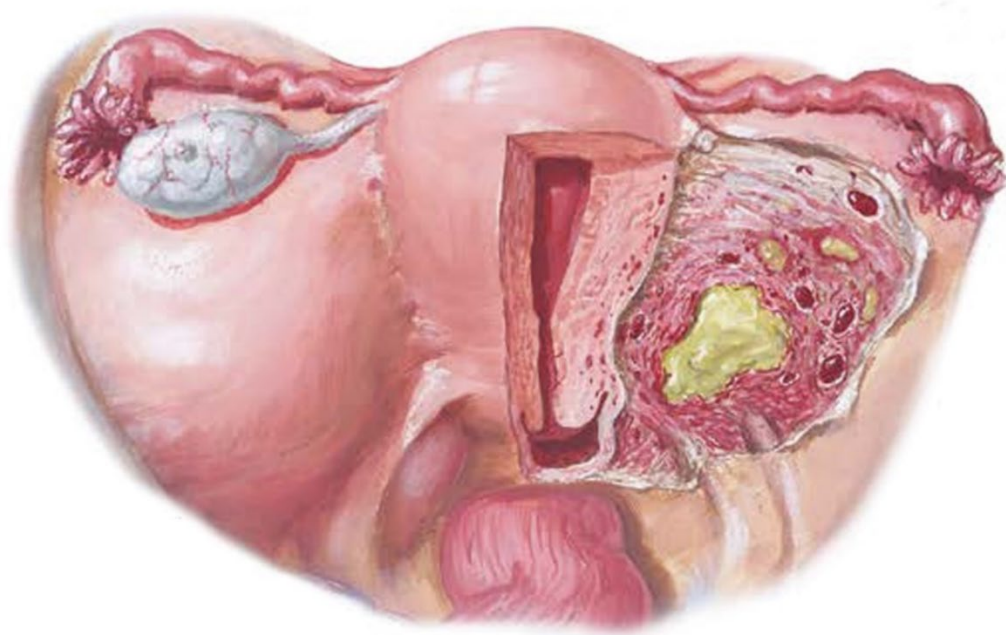
- антибактериальная терапия (в/в в острых случаях);
- обезболивающие и противовоспалительные средства;
- физиотерапия в подострой и хронической стадии;
- хирургическое лечение при абсцессах и осложнениях.

III. Параметрит

Параметрит — воспаление околоматочной (параметральной) клетчатки. Обычно развивается как осложнение после родов, абортов, оперативных вмешательств на шейке и теле матки.

Этиология:

Инфекция распространяется из матки или шейки через лимфатические пути. Чаще всего — *Escherichia coli*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, анаэробы.



**Рисунок 5.8. Параметрит и гонорейная/негонорейная инфекция.
Параметрит с абсцессом (вскрытие сзади)**

Клиническая картина:

| Ан А.В.

- односторонняя боль внизу живота, иррадиирующая в поясницу;
- фебрильная температура, озноб;
- гиперемия и болезненность влагалищного свода;
- при пальпации — плотное инфильтративное образование сбоку от матки;
- дизурия, нарушения дефекации (при массивном воспалении).

Диагностика:

- клиническая картина;
- бимануальное исследование (инфильтрат в параметральной клетчатке);
- УЗИ органов малого таза.

Лечение:

- массивная антибактериальная терапия;
- дезинтоксикационная и инфузионная терапия;
- обезболивающие, жаропонижающие;
- физиотерапия в подострой стадии;
- при абсцедировании — хирургическое вскрытие и дренирование параметрального абсцесса.

Вульвовагинит и кольпит у девочек в нейтральном периоде

Актуальность и особенности

Вульвовагинит у девочек — наиболее частое гинекологическое заболевание детского возраста, особенно в так называемый **нейтральный гормональный период** (от 1 года до начала пубертата). В этот период слизистая оболочка половых органов характеризуется физиологической гипоэстрогией, что обуславливает её тонкость, сухость, уязвимость и повышенную восприимчивость к инфекционным агентам.

Гормональный дефицит приводит к слабой пролиферации вагинального эпителия, низкому содержанию гликогена, отсутствию нормальной молочнокислой микрофлоры и кислой реакции среды. Эти особенности

способствуют активному размножению условно-патогенной и патогенной микрофлоры даже при незначительном внешнем воздействии.

Этиология:

Воспаление может быть вызвано:

- условно-патогенными микроорганизмами — *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus spp.*, анаэробами;
- грибами рода *Candida*;
- гельминтами (энтеробиоз);
- аллергенами (мыло, синтетическое бельё, средства гигиены);
- инородными телами (бумага, ворсинки тканей и др.);
- вирусами и реже — специфической флорой при несоблюдении санитарных норм и насилии.



Рисунок 5.9. Вульвовагинит

Клиническая картина:

| **Ан А.В.**

- **Выделения** из половых путей — серозные, слизисто-гнойные или гнойные, нередко с неприятным запахом;
- **Зуд, жжение, расчесы** в области вульвы;
- **Гиперемия, отёк** вульвы и преддверия влагалища;
- **Болезненность при мочеиспускании** (из-за раздражения наружного отверстия уретры);
- **Нарушения сна**, беспокойство, отказ от подмывания из-за боли;
- При **осмотре** — слизистая тонкая, сухая, легко травмируемая, нередко покрыта эрозиями, корочками, участками мацерации.

Диагностика:

Диагноз основывается на:

- клиническом осмотре;
- микроскопии мазков с окраской по Граму;
- посеве на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;
- анализе на гельминты (при подозрении на энтеробиоз);
- исключении специфических инфекций, если имеются подозрения.

Лечение:

Терапия вульвовагинита у девочек должна быть щадящей, комплексной и строго индивидуальной:

- **Гигиенические меры** — ежедневные подмывания тёплой кипячёной водой или отварами трав (ромашка, календула), отказ от мыла и ароматизированных средств;
- **Местное лечение** — антисептические ванночки, аппликации с антимикробными или противогрибковыми мазями (по показаниям);
- **Системная терапия** — антибиотики, антимикотики, антигельминтные препараты (по результатам анализов);
- **Седация и антигистаминные препараты** — при выраженном зуде и раздражении;

- **Физиотерапия** — при хроническом или рецидивирующем течении.

Также важно **устранение предрасполагающих факторов** — лечение дисбактериоза, санация очагов инфекции, коррекция питания и ухода.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного ответа

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

- A) Эндометрит
- B) Вульвит
- C) Сальпингит
- D) Параметрит

2. Какие выделения характерны для неспецифического бактериального вагинита?

- A) Кровянистые
- B) Густые творожистые
- C) Жидкие серовато-белые
- D) Зеленоватые с запахом

3. Какой основной возбудитель острого эндометрита?

- A) Вирус папилломы человека
- B) Гонококк
- C) Стафилококк
- D) Простейшие

4. Какое осложнение чаще всего возникает при хроническом сальпингите?

- A) Гидросальпинкс
- B) Разрыв матки
- C) Атрезия влагалища

| **Ан А.В.**

D) Образование полипов

5. Какой симптом наиболее характерен для острого параметрита?

A) Зуд и жжение

B) Головокружение

C) Тупая боль внизу живота

D) Отеки и язвы на малых половых губах

6. Какие изменения выявляются на УЗИ при остром эндометрите?

A) Увеличение эндометрия с гнойными включениями

B) Истончение эндометрия

C) Полипы эндометрия

D) Отсутствие изменений

7. Какие микроорганизмы чаще всего вызывают неспецифический кольпит?

A) Гонококки

B) Кишечная палочка и стафилококки

C) Простейшие

D) 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

С) МРТ малого таза

Д) Анализ мочи

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом)

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. 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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №6. Специфические воспалительные заболевания женских половых органов.

Специфические воспалительные заболевания — это инфекционные процессы, вызванные определёнными патогенами, преимущественно передающимися половым путём. В отличие от неспецифических воспалений, они имеют чётко установленного возбудителя и требуют этиотропного лечения. Основными инфекциями, относящимися к данной группе, являются: **гонорея, трихомониаз, сифилис, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз, вирусные инфекции (в том числе герпес и ВПЧ).**

Эти заболевания обладают рядом особенностей: склонность к хроническому или скрытому течению, частое бессимптомное развитие, высокий риск осложнений для репродуктивной функции и возможность передачи инфекции плоду. В структуре гинекологической заболеваемости они занимают значительное место, особенно у женщин репродуктивного возраста.

I. Гонорея

Гонорея — это специфическое инфекционное заболевание, вызываемое грамотрицательным диплококком *Neisseria gonorrhoeae* (гонококком). Передаётся преимущественно половым путём, но также возможна вертикальная передача от матери к новорождённому, а у девочек — бытовым способом через загрязнённые предметы личной гигиены.

Это заболевание относится к числу **инфекций, передающихся половым путём (ИППП)**, и отличается склонностью к хроническому течению, латентности и множеству осложнений, особенно в репродуктивной сфере.

Этиология и эпидемиология

Возбудитель гонореи — *Neisseria gonorrhoeae* — высоко контагиозен, устойчив к защитным факторам слизистых оболочек, быстро размножается и легко проникает в клетки эпителия урогенитального тракта. Период инкубации у женщин составляет в среднем 5–10 дней, но может варьировать.

Заболеваемость остаётся высокой во многих странах, особенно среди молодых женщин в возрасте до 25 лет. Часто наблюдаются сочетанные инфекции с хламидиями, уреаплазмами и трихомонадами.

Патогенез

Гонококки внедряются в цилиндрический эпителий цервикального канала, уретры, желез влагалища, баролиновых и парауретральных желёз. В месте внедрения возникает воспаление, сопровождающееся гнойными выделениями. Инфекция может распространяться восходящим путём — в матку, трубы и брюшную полость, что приводит к развитию сальпингита, пельвиоперитонита, параметрита.

При генерализации процесса может развиваться **гонококковый сепсис**, артрит, эндокардит, менингит.

Клиническая картина

У женщин **гонорея часто протекает малосимптомно или бессимптомно**, что способствует её хроническому течению и распространению.

Острый гонококковый цервицит — наиболее частая форма:

- обильные гнойные или желтоватые выделения из половых путей;
- покраснение и отёк шейки матки;
- контактные кровянистые выделения (например, после полового акта).

Гонококковый уретрит:

- жжение и рези при мочеиспускании;
- учащённые позывы;
- выделения из наружного отверстия уретры.

Восходящая гонококковая инфекция:

- боли внизу живота;
- лихорадка, признаки интоксикации;
- диспареуния, нарушения менструального цикла;
- иногда развивается пельвиоперитонит.

У новорождённых возможен **гонококковый конъюнктивит**, который может привести к слепоте.

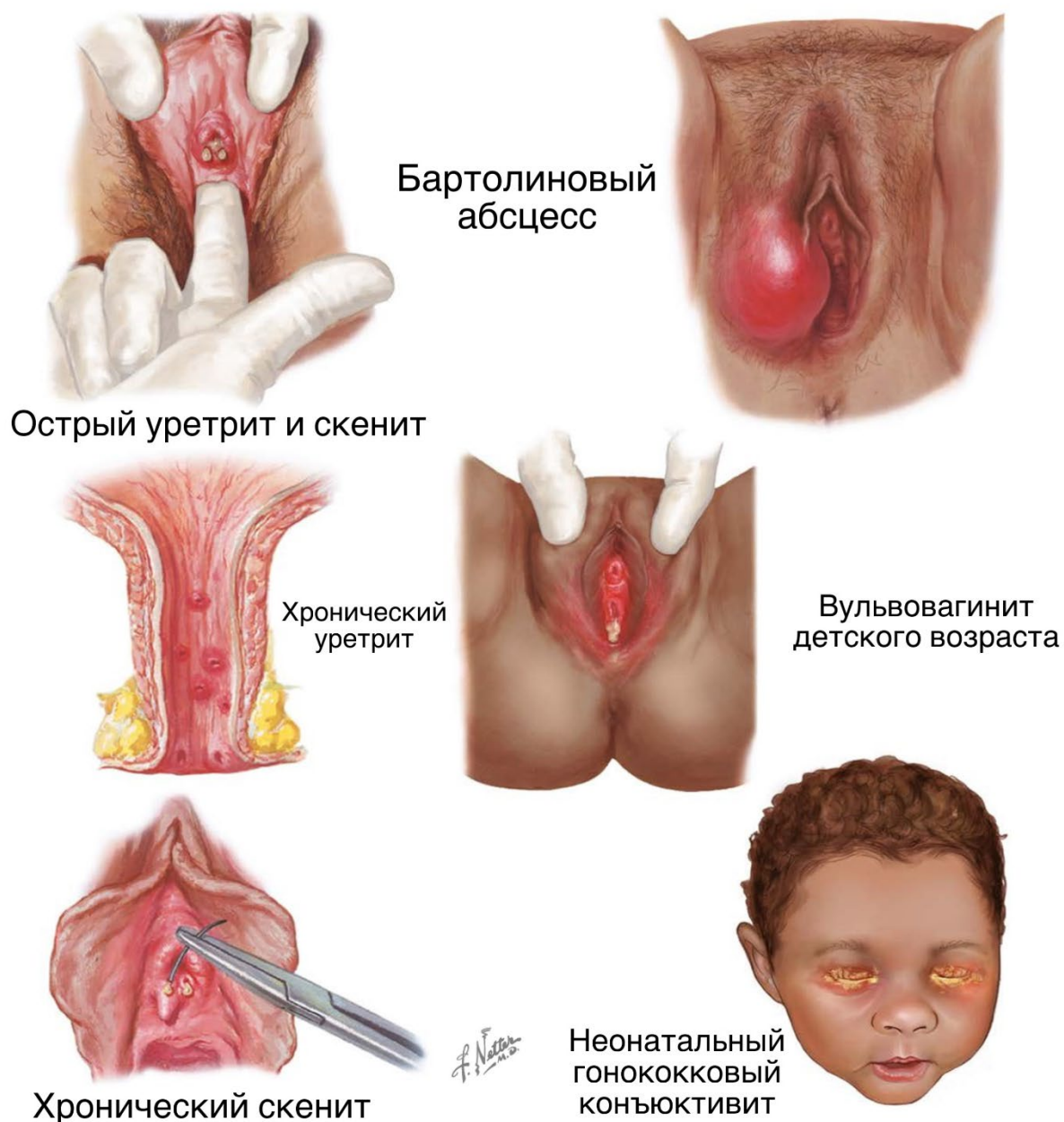


Рисунок 6.1. Гонорея

Диагностика

1. **Микроскопия** мазков — выявление внутриклеточно расположенных бобовидных диплококков, окрашенных по Граму (характерный для острой формы).
2. **Бактериологический посев** — основной метод, особенно при хронических и смешанных формах.

3. **ПЦР-диагностика** — высокочувствительный метод для обнаружения ДНК гонококка.
4. **ИФА, РИФ**, методы культивирования — используются при затруднённой диагностике.
5. Исследование партнёра обязательно, даже при бессимптомном течении.

Осложнения

- восходящая инфекция (эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит);
- трубное бесплодие;
- внематочная беременность;
- хронический тазовый болевой синдром;
- инфицирование плода и новорождённого;
- сепсис, артриты, кожно-слизистые проявления при диссеминации.

Лечение

Препараты выбора — **антибиотики цефалоспоринового ряда** в комбинации с лечением сопутствующих ИППП (чаще всего хламидии).

- **Цефтриаксон** 500–1000 мг внутримышечно однократно;
- При сочетании с хламидийной инфекцией — добавляют **азитромицин** 1 г внутрь однократно.

В случае непереносимости — используют спектиномицины или карбапенемы.

При хронических формах назначают курсы антибактериальной терапии с физиотерапией, иммунокоррекцией и местной санацией.

Профилактика

- использование барьерной контрацепции;
- регулярные профилактические осмотры, особенно у женщин с частой сменой партнёров;
- лечение обоих половых партнёров одновременно;
- наблюдение и контроль микробиологического излечения через 2–4 недели после терапии.

II. Трихомониаз

Трихомониаз — это специфическое инфекционно-воспалительное заболевание урогенитального тракта, вызываемое простейшим паразитом *Trichomonas vaginalis*. Относится к инфекциям, передающимся половым путём (ИППП), и характеризуется поражением влагалища, уретры, шейки матки и, в отдельных случаях, других отделов мочеполовой системы.

Этиология и эпидемиология

Возбудитель — **влагалищная трихомонада** (*Trichomonas vaginalis*) — это анаэробное жгутиковое простейшее, способное активно передвигаться, внедряться в эпителий и вызывать воспаление. Трихомонада устойчива во влажной среде, но быстро погибает при высыхании и воздействии температуры выше 40 °С.

Инфицирование происходит, как правило, половым путём. Бытовая передача возможна, но крайне редка. Трихомониаз — одна из самых распространённых ИППП: заболеваемость среди женщин значительно выше, чем среди мужчин, особенно в возрасте 20–45 лет.

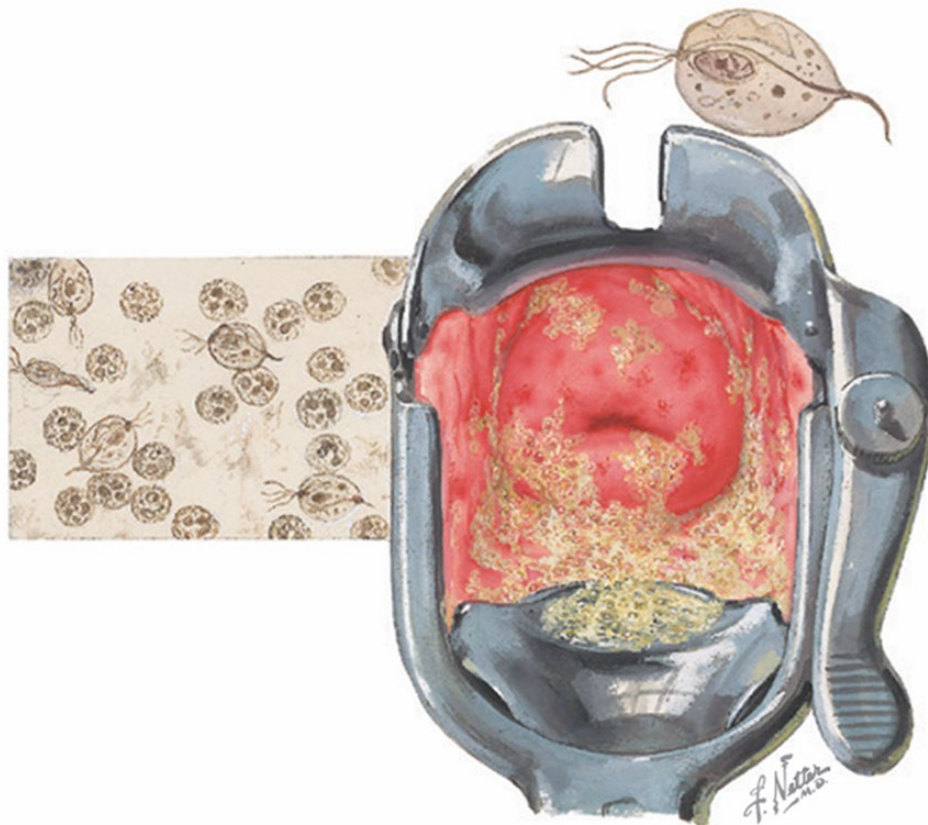


Рисунок 6.2. Трихомониаз

| **Ан А.В.**

Попав на слизистые оболочки половых путей, трихомонада прикрепляется к клеткам эпителия, выделяет ферменты (гиалуронидазу, протеазы), разрушает межклеточные связи, вызывая воспаление, отёк, раздражение. Возникают местные иммунные реакции, выделяется экссудат, нарушается нормальная микрофлора влагалища.

Инфекция может сохраняться длительно, особенно при сочетании с другими ИППП (хламидиоз, гонорея), или при ослаблении иммунитета.

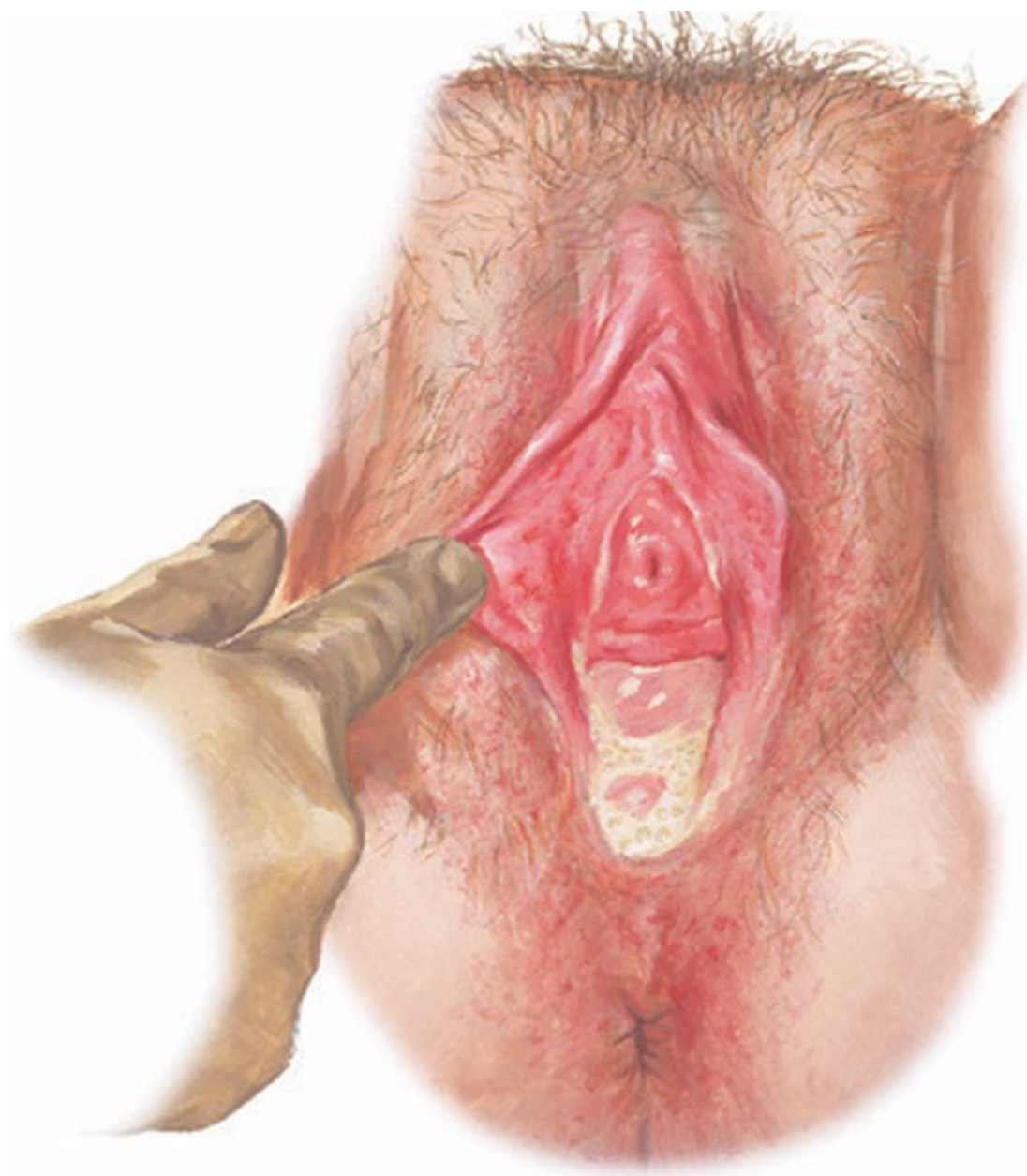


Рисунок 6.3. Status localis при трихомониазе

Клиническая картина

У женщин:

- обильные пенистые, серо-зелёные или желтоватые выделения с резким неприятным запахом;
- зуд, жжение во влагалище и вульве;
- дизурия (рези, частое мочеиспускание);
- диспареуния (боли при половом акте);
- гиперемия и отёк наружных половых органов;
- возможна эрозия шейки матки, контактные кровянистые выделения.

У мужчин: часто бессимптомное течение или уретрит, реже — простатит, эпидидимит.

Диагностика

- **Микроскопия нативного препарата** (мокрый мазок) — позволяет обнаружить подвижные трихомонады;
- **Окрашенные мазки** (по Граму, Романовскому);
- **Культуральный метод** (посев на специальные питательные среды) — используется при низкой чувствительности микроскопии;
- **ПЦР-диагностика** — высокочувствительный и специфичный метод для выявления ДНК возбудителя;
- Обязательно обследование и лечение **обоих половых партнёров**.

Осложнения

- хронический вагинит;
- цервицит, эндометрит;
- восходящие воспалительные процессы: сальпингит, оофорит;
- трубное бесплодие;
- хронический болевой синдром;
- повышенный риск инфицирования ВИЧ и другими ИППП.

Лечение

Основу лечения составляют противопротозойные препараты:

- **Метронидазол** — 2 г однократно внутрь или 500 мг 2 раза в сутки 7 дней;
- **Тинидазол, Орнидазол** — альтернативные препараты;
- Местная терапия (свечи, вагинальные таблетки) — дополнительно к системному лечению.

Во время лечения исключаются половые контакты, рекомендована санация обоих партнёров, отказ от алкоголя (из-за антабусоподобного эффекта).

Профилактика

- использование презервативов при половых контактах;
- регулярное обследование и санация половых партнёров;
- соблюдение личной гигиены;
- ограничение числа половых партнёров;
- диспансерное наблюдение при хроническом трихомониазе.

III. Хламидиоз

Определение

Хламидиоз — это специфическое инфекционное заболевание мочеполовой системы, вызываемое внутриклеточным паразитом *Chlamydia trachomatis*. Относится к числу наиболее распространённых инфекций, передающихся половым путём, и характеризуется скрытым или малосимптомным течением, склонностью к хронизации и высокой репродуктивной опасностью.

Этиология и эпидемиология

Возбудитель — **Chlamydia trachomatis**, облигатный внутриклеточный микроорганизм, сочетающий признаки бактерий и вирусов. Он обладает способностью длительно персистировать в клетках урогенитального эпителия, вызывая хроническое воспаление. Инфекция передаётся преимущественно половым путём, а также от матери ребёнку при родах. Хламидиоз — одно из

наиболее распространённых ИППП в мире, особенно в возрастной группе до 25 лет.

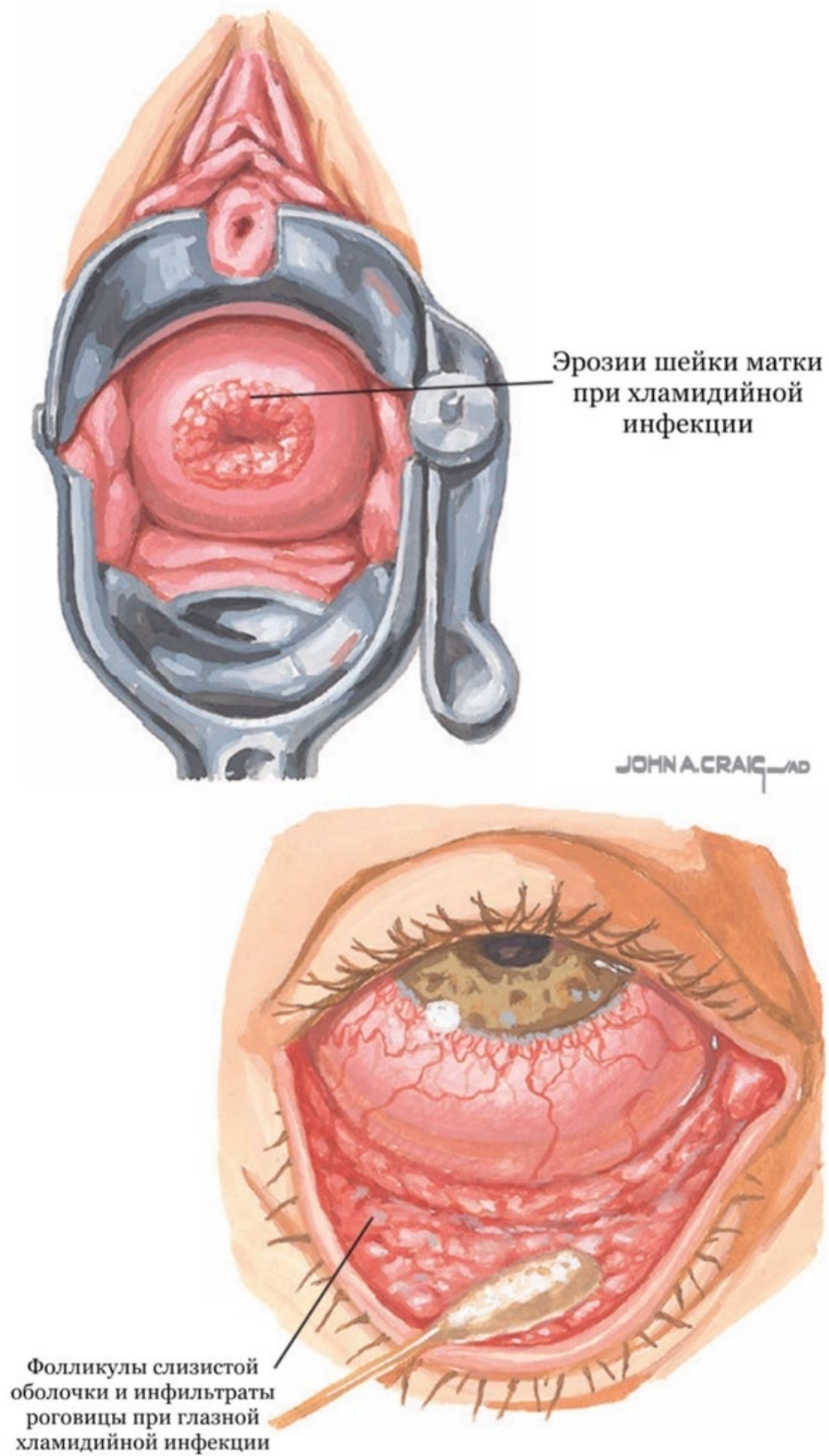


Рисунок 6.4. Хламидиоз

Патогенез

После внедрения в эпителиальные клетки цервикального канала, уретры, эндометрия, фаллопиевых труб или прямой кишки, хламидии начинают размножаться, разрушая клетки и вызывая воспаление. Особенность хламидий — длительная персистенция и способность вызывать как острые, так и хронические процессы.

Наличие хламидий нарушает иммунные барьеры, способствует развитию восходящей инфекции, трубно-перитонеального бесплодия, спаечного процесса и повышает риск внематочной беременности.

Клиническая картина

Хламидиоз у женщин **часто протекает бессимптомно** (до 70% случаев) или с минимальными проявлениями:

- скудные слизисто-гнойные или желтоватые выделения;
- зуд, жжение, дискомфорт во влагалище;
- боли при мочеиспускании, уретрит;
- тянущие боли внизу живота;
- межменструальные кровянистые выделения;
- диспареуния (болезненный половой акт).

При хронизации развивается цервицит, эндометрит, сальпингит, бесплодие.

Диагностика

- **ПЦР (полимеразная цепная реакция)** — «золотой стандарт», позволяет обнаружить ДНК хламидий с высокой точностью;
- **ИФА** — определение антител к хламидиям (ограниченное значение, особенно в острых формах);
- **Бакпосев на хламидии** — применяется редко из-за сложности метода;
- **Микроскопия** — малочувствительна;
- **Обязательное обследование партнёров**, поскольку заболевание часто протекает у обоих бессимптомно.

Осложнения

- хронический эндометрит;
- воспаление маточных труб и яичников (сальпингоофорит);
- синдром хронической тазовой боли;
- трубное бесплодие;
- внематочная беременность;
- синдром Рейтера (у мужчин) — уретрит, конъюнктивит, артрит;
- хламидийная инфекция у новорождённых (конъюнктивит, пневмония).

Лечение

Препараты выбора:

- Азитромицин 1 г внутрь однократно;
- или Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки 7 дней;
- альтернативно — офлоксацин, эритромицин, кларитромицин.

Обязательное лечение обоих партнёров!

Половые контакты запрещены на период терапии и до контрольных анализов. При сочетании с другими ИППП (часто встречается с гонореей, микоплазмой) — проводится комбинированная терапия.

Профилактика

- барьерные методы контрацепции (презервативы);
- регулярное обследование при наличии половых контактов с новыми партнёрами;
- диспансерное наблюдение у гинеколога и дерматовенеролога;
- своевременное выявление и санация источников инфекции;
- профилактика вертикальной передачи — обследование беременных.

IV. Генитальный кандидоз

Определение

Генитальный кандидоз — это воспалительное заболевание слизистых оболочек половых органов, вызываемое дрожжеподобными грибами рода *Candida*, чаще всего *Candida albicans*. Относится к категории оппортунистических инфекций, может быть как самостоятельной патологией, так и компонентом смешанной инфекции.

Кандидоз нередко развивается при снижении местного или общего иммунитета и способен рецидивировать, особенно у женщин репродуктивного возраста.

Этиология и эпидемиология

Основным возбудителем является ***Candida albicans***, но встречаются и другие виды: *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*. Эти дрожжеподобные грибы в норме могут обитать на слизистых оболочках влагалища, не вызывая патологических проявлений.

Пусковыми факторами развития заболевания являются:

- антибактериальная терапия (нарушение микробиоценоза влагалища),
- гормональные перестройки (беременность, менопауза),
- эндокринные заболевания (сахарный диабет),
- иммунодефицитные состояния,
- использование синтетического белья, агрессивных средств гигиены,
- частое спринцевание.

Генитальный кандидоз часто возникает у сексуально активных женщин, однако **не относится к классическим ИППП**.

Патогенез

В условиях нарушения микробного равновесия и снижения местной защиты грибы рода *Candida* активно размножаются, внедряются в поверхностные слои эпителия и вызывают воспалительную реакцию.

На фоне воспаления увеличивается проницаемость сосудов, усиливается экссудация, появляются типичные выделения и зуд. Возникает отёк, мацерация тканей, нарушение барьерной функции слизистой.

Клиническая картина

Острая форма:

- **интенсивный зуд и жжение** в области вульвы и влагалища;
- **обильные белые творожистые выделения** без запаха или с кисловатым запахом;
- **покраснение, отёк**, мацерация слизистой;
- болезненность при половом акте (диспареуния) и мочеиспускании (дизурия);
- усугубление симптомов перед менструацией.

Хронический (рецидивирующий) кандидоз:

- менее выраженные симптомы;
- рецидивы более 4 раз в год;
- часто сочетается с другими воспалительными заболеваниями.

Диагностика

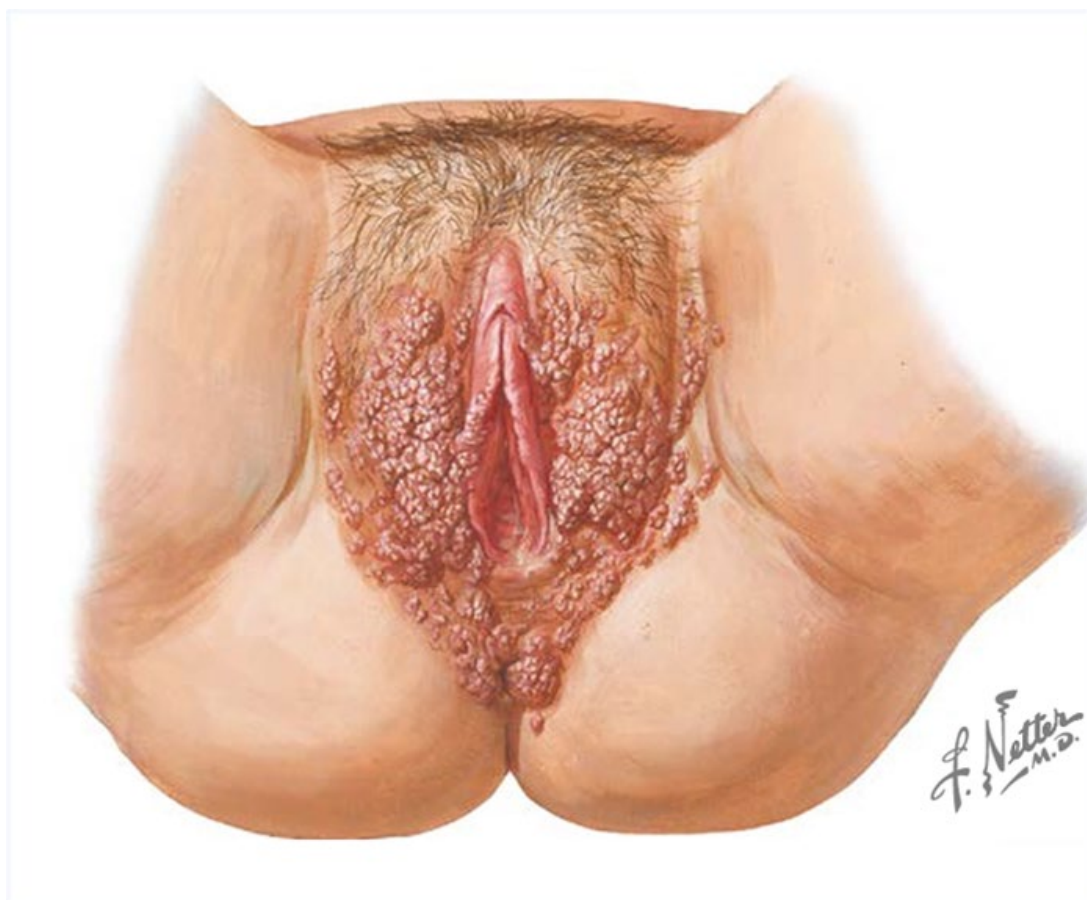


Рисунок 6.5. Генитальный кандидоз

- **Осмотр:** типичная клиническая картина с творожистыми выделениями и гиперемией слизистой;
- **Микроскопия мазка** — выявление спор и мицелия грибов;
- **Посев на флору с определением чувствительности к антимикотикам;**
- **ПЦР-диагностика** — применяется при атипичных формах и неясных случаях;
- исследование на сопутствующие ИППП при подозрении на смешанную инфекцию.

Осложнения

- рецидивирующее течение;
- хронический вульвовагинит;
- присоединение бактериальной инфекции;
- снижение качества жизни, сексуальных функций;
- у беременных — риск инфицирования новорождённого (кандидозный стоматит, пеленочный дерматит, кандидоз глаз и пупочной ранки).

Лечение

Местная терапия:

- **свечи, вагинальные таблетки или кремы с клотримазолом, натамицином, миконазолом, нистатином.**

Системная терапия:

- **Флуконазол 150 мг** внутрь однократно (при неосложнённой форме);
- при хроническом кандидозе — схемы с повторными приёмами (например, по 150 мг 1 раз в неделю в течение 1 месяца);
- **Итраконазол, Кетоконазол** — при рецидивах или резистентности.

При сопутствующих заболеваниях обязательно лечение основного процесса (диабета, гормональных нарушений, дисбактериоза и т. д.).

Профилактика

- соблюдение интимной гигиены (без чрезмерных вмешательств);
- ношение хлопкового белья, избегание перегрева и влажности;
- ограничение приёма антибиотиков и гормонов без показаний;
- коррекция фоновых заболеваний;
- использование пробиотиков после антибактериальной терапии;
- исключение факторов, провоцирующих рецидив (стресс, аллергены, питание с избытком сахара).

V. Генитальный герпес

Определение

Генитальный герпес — это хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передающееся преимущественно половым путём и вызываемое вирусом простого герпеса (чаще типа 2 — HSV-2, реже HSV-1). Характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек половых органов с образованием пузырьков, эрозий, зудом, жжением и общей интоксикацией. Заболевание отличается высокой контагиозностью и способностью к длительной латентной персистенции.

Этиология и эпидемиология

Возбудитель — **вирус простого герпеса (Herpes simplex virus)**, преимущественно второго типа (HSV-2), реже первого (HSV-1). Источник инфекции — больной человек или вирусоноситель. Передача происходит:

- половым путём (в том числе орально-генитальным);
- вертикально (от матери к ребёнку во время родов);
- контактно-бытовой путь возможен, но крайне редок.

Период инкубации — от 2 до 12 дней. Наибольшая заболеваемость — у женщин репродуктивного возраста.

Патогенез

После первичного внедрения вирус проникает в чувствительные нейроны и перемещается в спинальные ганглии, где сохраняется в латентной форме пожизненно. При снижении иммунной защиты или воздействии

провоцирующих факторов (стресс, переохлаждение, менструация, инфекции) вирус активируется, вызывая рецидив заболевания.

Цикл вирусной репликации сопровождается цитопатическим действием на клетки эпителия, воспалением, болью и разрушением тканей.

Клиническая картина

Первичный эпизод:

- общее недомогание, лихорадка, головная боль;
- болезненность, отёк и гиперемия в области половых органов;
- сгруппированные пузырьки с прозрачным содержимым на коже и слизистых, быстро вскрывающиеся с образованием эрозий;
- резкий зуд, жжение, дизурия, болезненность при половом акте;
- увеличение и болезненность паховых лимфоузлов;
- выделения из влагалища (серозные или слизисто-гнойные).

Рецидивирующая форма:

- менее выраженные симптомы;
- зуд, покалывание, локализованные единичные высыпания;
- склонность к регулярным обострениям (часто перед менструацией, при ОРВИ и стрессах).

Диагностика

- **Клинические признаки:** характер высыпаний и их локализация;
- **ПЦР** — обнаружение ДНК вируса (высококчувствительный метод);
- **Серологические тесты (ИФА)** — выявление антител IgM (острая фаза) и IgG (перенесённая инфекция);
- **Культуральный метод** — вирусологическое исследование (редко используется);
- **Цитология** — выявление многоядерных гигантских клеток (малоинформативна).

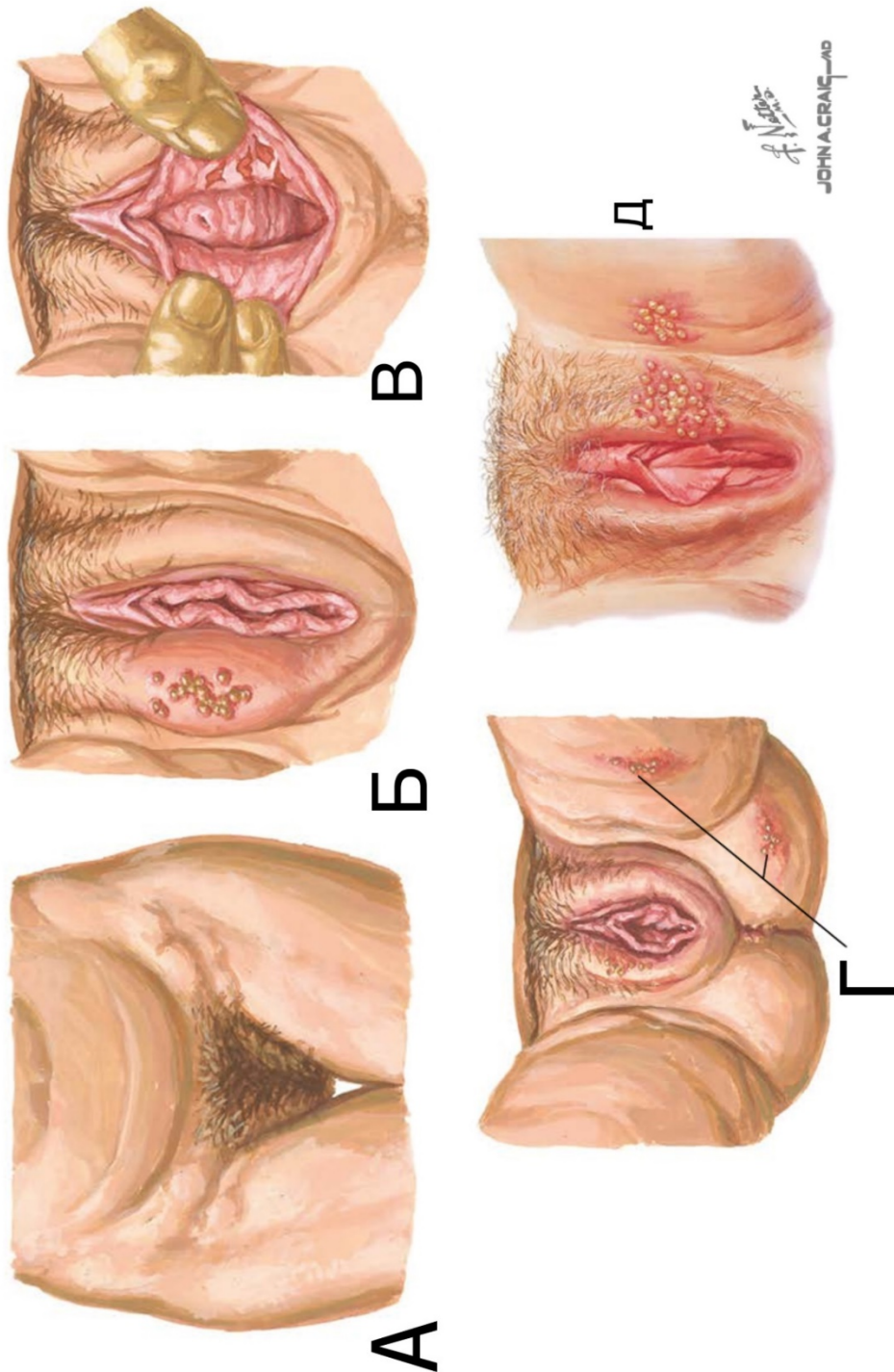


Рисунок 6.6. Поражения при герпесе простом: А - Регионарная лимфаденопатия, характерна для генитального герпеса; Б - Выраженный отёк и образование пузырьков при первичном герпесе; В - Язвенные поражения наружных половых органов; Г - Поражения вследствие аутоинокуляции (то есть переноса инфекции с одной области на другую при контакте); Д - Генитальный герпес

Осложнения

- хронизация процесса, частые рецидивы;
- вторичное бактериальное инфицирование;
- психологическая и сексуальная дисфункция;
- распространение инфекции на другие органы (глаз, ЦНС);
- **внутриутробное инфицирование плода** при первичном эпизоде у беременной;
- **герпетический неонатальный сепсис** у новорождённых (особенно опасен при родах в период обострения инфекции).

Лечение

Этиотропная терапия:

- **Ацикловир** 400 мг 3 раза в сутки 7–10 дней;
- **Валацикловир** 500 мг 2 раза в сутки;
- **Фамцикловир** — альтернативный препарат.

При рецидивирующем герпесе возможна **супрессивная терапия**:

- Ацикловир 400 мг 2 раза в сутки до 6 месяцев;
- Поддерживающая терапия у иммунокомпрометированных пациентов.

Дополнительно:

- местные противовирусные мази (ацикловир, панавир);
- анальгетики, антисептические ванночки;
- иммуномодулирующие средства — по индивидуальным показаниям.

Профилактика

- использование презервативов (снижение, но не полная защита);
- отказ от половых контактов во время рецидива;
- исключение половых связей с лицами, имеющими видимые высыпания;

- ведение беременных с герпетической инфекцией — с особым вниманием к профилактике инфицирования плода;
- вакцина против HSV в настоящее время не зарегистрирована.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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?

| **Ан А.В.**

- А) Цервицит
- В) Сальпингит
- С) Бартолинит
- Д) Параметрит

6. Чем обусловлена патогенность микоплазм?

- А) Наличием клеточной стенки
- В) Высокой тропностью к цилиндрическому эпителию
- С) Способностью изменять мембранные белки
- Д) Устойчивостью к кислотной среде

7. Какой возбудитель вызывает туберкулез половых органов?

- А) *Mycobacterium tuberculosis*
- В) *Neisseria gonorrhoeae*
- С) *Trichomonas vaginalis*
- Д) *Chlamydia trachomatis*

8. Какое осложнение характерно для гонореи?

- А) Перфорация маточной трубы
- В) Пельвиоперитонит
- С) Некроз яичников
- Д) Полипы эндометрия

9. Какой препарат чаще всего используется при лечении трихомониаза?

- А) Метронидазол
- В) Азитромицин
- С) Офлоксацин
- Д) Цефтриаксон

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом)

1. Опишите основные клинические проявления и методы диагностики урогенитального 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. 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.

| **Ан А.В.**

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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава. №7. Миома матки.

Определение

Миома матки (лейомиома, фибромиома) — это доброкачественная гормонозависимая опухоль, исходящая из гладкомышечных клеток миометрия. Представляет собой узловое образование, состоящее из переплетающихся пучков мышечной и соединительной ткани. Миома является одним из самых распространённых опухолевых процессов у женщин репродуктивного возраста.

Этиология и эпидемиология

Точная причина развития миомы до конца не установлена, однако её возникновение связывают с влиянием следующих факторов:

- гормональный дисбаланс: избыток эстрогенов и относительный дефицит прогестерона;
- наследственная предрасположенность;
- хронические воспалительные заболевания органов малого таза;
- аборты, выскабливания, травмы матки;
- раннее менархе и поздний климакс;
- отсутствие беременности или лактации;
- ожирение, метаболический синдром, гипертоническая болезнь.

Миома выявляется у 20–40% женщин старше 35 лет, а в перименопаузе частота увеличивается. Однако у 30–50% пациенток заболевание протекает бессимптомно.

Патогенез

Миома матки — это гормонозависимая опухоль, рост которой инициируется и поддерживается под действием **эстрогенов и прогестерона**. В основе патогенеза лежат **мутационные изменения** в одной или нескольких гладкомышечных клетках миометрия, приводящие к их бесконтрольной пролиферации.

Основные патогенетические механизмы:

1. Гормональная стимуляция:

- Эстрогены способствуют митотической активности клеток миометрия.
- Прогестерон усиливает действие эстрогенов на рецепторы миометрия и тормозит апоптоз опухолевых клеток.
- На поверхности клеток миомы выявляется повышенная экспрессия рецепторов к половым стероидам.

2. Генетическая предрасположенность:

- У многих пациенток с миомой выявляются семейные случаи опухоли.
- Характерны соматические мутации в генах, регулирующих клеточный цикл (например, MED12).

3. Рост опухоли:

- Опухоль развивается в виде одного или нескольких узлов, которые со временем увеличиваются.
- Образование узлов сопровождается усиленной васкуляризацией и может сопровождаться участками дистрофии, некроза или гиалиноза.

4. Влияние сопутствующих факторов:

- Хронические воспалительные процессы, метаболические нарушения, ожирение и гипертония способствуют гормональной дисрегуляции и усилению роста миомы.

Клиническая картина

Выраженность симптомов зависит от **размера, локализации, количества узлов и наличия осложнений.**

1. Менструальные нарушения:

- **Меноррагии** (обильные менструации) — наиболее частый симптом, особенно при субмукозных и интрамуральных узлах, деформирующих полость матки.
- **Метрорагии** — межменструальные кровотечения.
- Эти кровотечения могут приводить к **железодефицитной анемии** с характерными симптомами (слабость, головокружение, тахикардия).

2. Боли:

- **Тупые, ноющие боли внизу живота и пояснице** — при увеличении объёма матки.
- **Схваткообразные боли** — при субмукозной миоме, особенно при частичном некрозе узла или при «рождении» субмукозного узла через цервикальный канал.
- **Острая боль** — при перекруте ножки субсерозного узла или при его некрозе.

3. Симптомы сдавления соседних органов:

- **Дизурия, учащённое мочеиспускание, затруднение мочеиспускания** — при давлении на мочевой пузырь.
- **Запоры, чувство давления в прямой кишке** — при заднем расположении узлов.
- **Чувство тяжести, увеличение объёма живота** — при крупных миомах.

4. Нарушение репродуктивной функции:

- **Бесплодие** — миома может препятствовать имплантации, блокировать выход яйцеклетки, вызывать хроническое воспаление эндометрия.
- **Самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды** — при деформации полости матки.
- **Неудачные попытки ЭКО** — миома может быть причиной неэффективности вспомогательных репродуктивных технологий.

5. Общие симптомы:

- **Хроническая анемия** — вследствие кровопотери.

| **Ан А.В.**

- **Повышенная утомляемость**, снижение работоспособности.
- **Психоэмоциональные расстройства** — на фоне хронических болей и кровотечений.

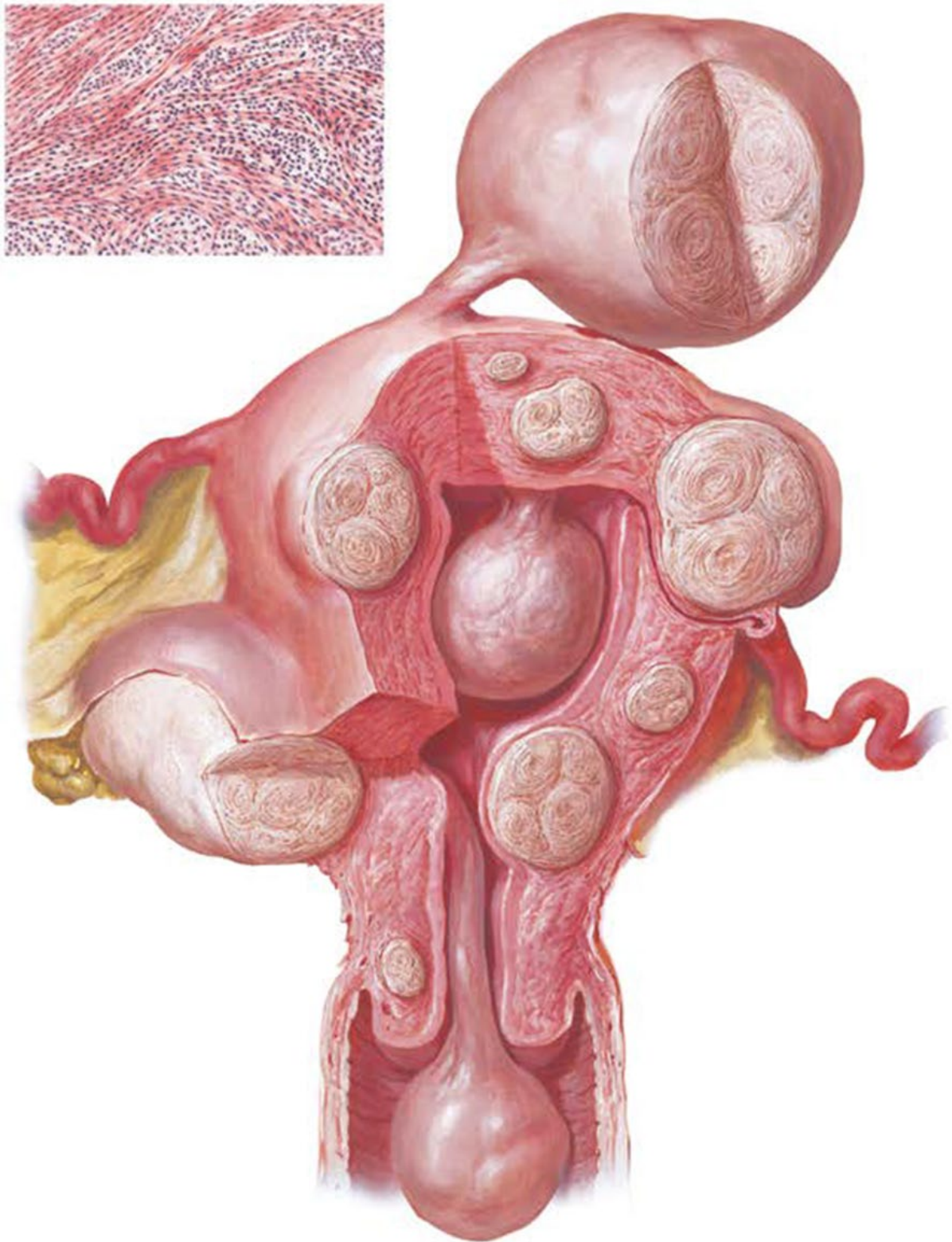


Рисунок 7.1. Места расположения лейомиомы матки

Диагностика

- **Гинекологический осмотр** — увеличение размеров матки, плотные участки;
- **УЗИ органов малого таза** — основной метод диагностики: визуализация размеров, локализации и количества узлов;
- **Гистероскопия** — оценка субмукозных узлов;
- **Гистеросальпингография (ГСГ)** — при бесплодии;
- **МРТ, КТ** — уточнение структуры и кровоснабжения миомы;
- **Биопсия эндометрия** — при атипичных кровотечениях;
- **Оценка уровня гемоглобина и ферритина** — при подозрении на анемию;
- **Проведение дифференциальной диагностики** с саркомой, аденомиозом, кистами яичников.

Осложнения

- хроническая анемия;
- некроз узла (особенно при перекруте на ножке);
- перекрут субсерозного узла;
- нарушение функции соседних органов (задержка мочи, запоры);
- нарушение репродуктивной функции (бесплодие, выкидыши);
- малигнизация (очень редко — менее 1%);
- быстрый рост миомы может маскировать злокачественный процесс.

Лечение

Тактика лечения определяется возрастом, жалобами, размером и локализацией узлов, желанием сохранить репродуктивную функцию.

Консервативное лечение:

- **гормональная терапия:**

| Ан А.В.

- комбинированные оральные контрацептивы (при небольших миомах);
- гестагены (диеногест, норэтистерон);
- агонисты ГнРГ — временное уменьшение узлов (не дольше 6 месяцев);
- антагонисты ГнРГ, модуляторы прогестероновых рецепторов (например, улипристала ацетат);
- **НПВС**, железосодержащие препараты — при болях и анемии;
- **диета, снижение массы тела, физиотерапия.**

Хирургическое лечение:

- **миомэктомия** — удаление узлов с сохранением матки (при желании сохранить фертильность);
- **гистерэктомия** — удаление матки (при множественных, крупных узлах, выраженной симптоматике у женщин без репродуктивных планов);
- **гистерорезектоскопия** — при субмукозной миоме;
- **эмболизация маточных артерий (ЭМА)** — малоинвазивный метод, вызывающий некроз узлов.

Профилактика

- регулярные гинекологические осмотры и УЗИ;
- рациональная контрацепция (предотвращение аборт и выскабливаний);
- коррекция гормональных нарушений;
- лечение воспалительных заболеваний органов малого таза;
- контроль массы тела, избегание гиподинамии и стрессов.

7.1. Эндометриоз

Определение

Эндометриоз — это гормонозависимое хроническое воспалительно-пролиферативное заболевание, при котором клетки, морфологически и

функционально сходные с эндометрием, располагаются за пределами полости матки. Эти очаги подвергаются циклическим изменениям, аналогичным нормальному эндометрию, включая менструальноподобное кровотечение, что вызывает хроническое воспаление, образование спаек и очагов фиброза.

Этиология и эпидемиология

Этиология эндометриоза остаётся до конца не выясненной. Существуют несколько теорий:

- **имплантационная теория** (ретроградная менструация через маточные трубы в брюшную полость),
- **метапластическая теория** (превращение перитонеального эпителия в эндометриоидный),
- **гематогенное и лимфогенное распространение,**
- **генетическая предрасположенность.**

Эндометриоз встречается у 10–15% женщин репродуктивного возраста, особенно у нерожавших и страдающих бесплодием. Наиболее часто диагностируется у женщин 25–40 лет.

Патогенез

Эндометриоз — это **гетерогенное заболевание**, в основе которого лежит **перемещение эндометриоподобной ткани за пределы полости матки**, её имплантация, прорастание и воспалительная реакция в окружающих тканях.

Циклическая активность очагов эндометриоза

Эндометриоидные очаги, как и нормальный эндометрий, подвергаются циклическим изменениям под влиянием гормонов:

- фаза пролиферации,
- секреции,
- децидуализации,
- а затем — **менструальноподобное кровотечение.**

Однако кровь в очагах **не имеет оттока**, что ведёт к:

- раздражению брюшины,

- формированию гематом и воспаления,
- **хроническому болевому синдрому,**
- формированию "**шоколадных кист**" яичников,
- прогрессирующему нарушению фертильности.

Патогенез эндометриоза до сих пор активно изучается и включает несколько ведущих механизмов:

1. Ретроградная менструация (теория имплантации Сампсона)

Наиболее признанная теория. Заключается в **забросе менструальной крови с жизнеспособными эндометриальными клетками через маточные трубы в брюшную полость**, где они имплантируются на брюшину, яичники и другие структуры таза. Однако, так как ретроградная менструация выявляется у большинства женщин, но эндометриоз развивается не у всех, дополнительно учитываются факторы иммунной системы и генетической предрасположенности.

2. Метапластическая теория (Мейера)

Предполагает, что **висцеральный и париетальный перитонеум** могут трансформироваться в эндометриоидную ткань под действием гормональных и воспалительных факторов. Это объясняет редкие случаи **эндометриоза у девочек до менархе** и **экстрагенитальные формы** (лёгкие, рубцы, мозг).

3. Гематогенное и лимфогенное распространение (теория Холма)

Клетки эндометрия могут проникать в лимфатические и кровеносные сосуды и **доставляться к отдалённым органам**, что объясняет наличие эндометриоза в лёгких, конъюнктиве, ЦНС, послеоперационных рубцах.

4. Нарушение иммунной системы

У женщин с эндометриозом выявляются:

- снижение активности **естественных киллеров (NK-клеток)**,
- нарушения фагоцитоза и презентации антигенов,
- локальное **иммунное воспаление** с повышением цитокинов (IL-1, IL-6, TNF- α), простагландинов, MMP (металлопротеиназ),

- отсутствие адекватной элиминации ретроградно попавших клеток эндометрия.

Таким образом, даже при ретроградной менструации иммунная система не "очищает" брюшную полость, позволяя клеткам приживаться и развиваться.

5. Гормональная зависимость

- Очаги эндометриоза содержат рецепторы к эстрогенам и прогестерону, но в **аномальном соотношении**: повышена чувствительность к эстрогенам, снижена к прогестерону (т. н. "**прогестеронорезистентность**").
- В тканях эндометриоидных очагов активируется **локальный синтез эстрогенов** (за счёт фермента ароматазы), усиливая пролиферацию и воспаление.
- Повышенная экспрессия **COX-2** и выработка **простагландинов** вызывают боль и гиперваскуляризацию.

6. Инвазия и ангиогенез

- Эндометриоидные клетки продуцируют **ферменты (металлопротеиназы)**, способствующие разрушению внеклеточного матрикса и внедрению в окружающие ткани.
- Стимулируется **ангиогенез** — образование новых сосудов для питания очага.
- Воспаление способствует **фиброзу, спаечной болезни, образованию кист**, нарушая анатомию и функцию органов малого таза.

Классификация по локализации

1. Генитальный эндометриоз

Это наиболее распространённая форма, при которой эндометриоидные очаги располагаются **в пределах половых органов**.

А. Внутренний эндометриоз — аденомиоз

- Поражение мышечного слоя тела матки (миометрия) гетеротопиями эндометрия.

- В очагах происходит пролиферация и менструальноподобное кровотечение, что вызывает хроническое воспаление, фиброз и гипертрофию матки.
- **Клиника:** болезненные менструации (альгодисменорея), меноррагии, увеличение матки, боли при половом акте.
- **Формы:** диффузная, узловая, очаговая.

Б. Наружный генитальный эндометриоз

Очаги эндометриоза располагаются **за пределами тела матки, но в пределах малого таза:**

- **Яичниковый эндометриоз:**
 - Образование эндометриоидных ("шоколадных") кист.
 - Приводит к нарушению овуляции, спаечному процессу, бесплодию.
 - Характерно циклическое увеличение кисты и боли.
- **Трубный эндометриоз:**
 - Поражение слизистой или серозной оболочки фаллопиевых труб.
 - Часто сочетается с бесплодием из-за спаек и нарушения проходимости.
- **Эндометриоз тазовой брюшины:**
 - Очаги на брюшине таза, в дугласовом пространстве, сигмовидной кишке.
 - Проявляется хронической тазовой болью, диспареунией, болями при дефекации и менструациях.
- **Влагалищный и вульварный эндометриоз:**
 - Редкая форма.
 - Проявляется цианотичными болезненными очагами в преддверии влагалища, на задней спайке, с кровянистыми выделениями во время менструации.

- **Эндометриоз крестцово-маточных и широких связок:**
 - Часто ассоциирован с болями при половом акте и менструациями, отдающими в прямую кишку или поясницу.

2. Экстрагенитальный эндометриоз

Очаги располагаются **вне половой системы**, но сохраняют гормональную активность и циклическое функционирование.

- **Кишечный эндометриоз:**
 - Поражение прямой, сигмовидной или слепой кишки.
 - Симптомы: боли при дефекации, запоры, кровотечения из прямой кишки во время менструации.
- **Мочевой пузырь и уретра:**
 - Дизурия, боли при мочеиспускании, гематурия в менструальный период.
 - Часто сочетается с ретроградной менструацией и тазовым эндометриозом.
- **Пупок и послеоперационные рубцы:**
 - Очаги возникают в послеоперационных швах (чаще после кесарева сечения).
 - Проявляются узелками с циклической болезненностью и кровянистыми выделениями.
- **Эндометриоз лёгких и плевры:**
 - Редкая форма, чаще у женщин с уже имеющимся тазовым эндометриозом.
 - Проявляется гемоптизисом, болью в груди, пневмотораксом, синхронно с менструацией.
- **Церебральный и глазной эндометриоз:**
 - Казуистически редкие случаи.

| **Ан А.В.**

- Проявления зависят от локализации очага и обычно включают **циклические неврологические или зрительные симптомы.**

Клиническая картина

Симптоматика зависит от локализации и степени распространения процесса:

1. Болевой синдром:

- циклические боли внизу живота,
- **дисменорея** — болезненные менструации, усиливающиеся со временем,
- **диспареуния** — боли при половом акте,
- боли при дефекации или мочеиспускании (при поражении соответствующих органов).



Рисунок 7.2. Матка с аденомиозом



Рисунок 7.3. Эндометриоз ректовагинальной перегородки и заднего fornixa

2. Менструальные нарушения:

- гиперменорея, метрорагии,

3. Бесплодие:

- как следствие спаечного процесса, нарушения овуляции и имплантации.

4. Симптомы при экстрагенитальных формах:

- при поражении кишечника — запоры, боли при дефекации, кровь в стуле;
- при локализации в лёгких — гемоптизис (кровохарканье) в период менструации.

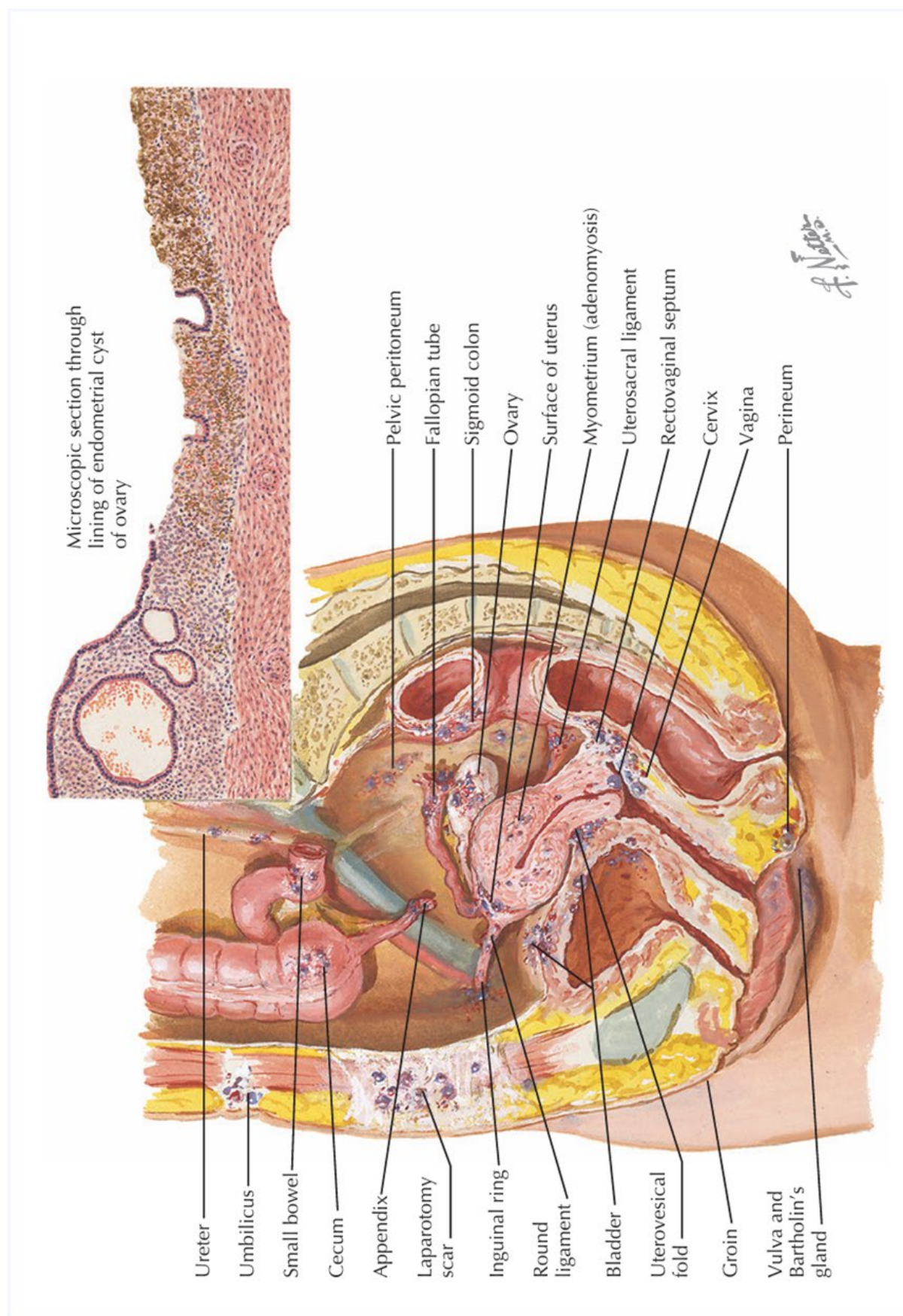


Рисунок 7.4. Внешний вид и возможные места распространения эндометриоза

Диагностика

- **Гинекологический осмотр** — увеличение матки, болезненность в проекции придатков, ограничение подвижности;
- **УЗИ органов малого таза** — особенно информативно при яичниковых формах;
- **МРТ, КТ** — для оценки экстрагенитальных очагов;
- **Диагностическая лапароскопия** — “золотой стандарт”, позволяет визуализировать очаги и взять материал на гистологию;
- **Онкомаркер СА-125** — может быть повышен при эндометриозе (не является специфическим).

Осложнения

- хроническая тазовая боль;
- бесплодие;
- спаечный процесс органов малого таза;
- формирование эндометриоидных кист (чаще яичников);
- внутренние кровотечения;
- реже — злокачественная трансформация очагов.

Лечение

Выбор метода лечения зависит от возраста, жалоб, локализации, степени поражения, планов на беременность.

Консервативное лечение:

- **гормональная терапия:**
 - гестагены (диеногест, норэтистерон),
 - КОК (комбинированные оральные контрацептивы),
 - агонисты ГнРГ (на срок до 6 месяцев),
 - антагонисты ГнРГ,
 - ВМС с левоноргестрелом (Мирена).

| Ан А.В.

- **НПВС** — для купирования болевого синдрома;
- **ферментотерапия, иммунокоррекция** — по показаниям.

Хирургическое лечение:

- **лапароскопическое удаление эндометриoidных очагов**, коагуляция, лазеровапоризация;
- при аденомиозе — **резекция стенки матки**, при тяжёлых формах — **гистерэктомия** (у женщин без репродуктивных планов).

Профилактика

- регулярные гинекологические осмотры;
- своевременное лечение менструальных нарушений;
- использование рациональной гормональной контрацепции;
- избегание абортов и травм эндометрия;
- минимизация стрессов и иммунокоррекция при хронических заболеваниях.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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?

- А) Гормональная терапия, эмболизация маточных артерий
- В) Лучевая терапия

С) Исключительно хирургическое удаление

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом)

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?

III. 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 эндометриoidные 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 распирания 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?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



Глава №8. Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.

Опухоли яичников — это одна из наиболее сложных и клинически значимых групп новообразований в гинекологии. Они отличаются многообразием морфологических форм, клинического течения и прогноза. Особенность опухолей яичников заключается в их часто бессимптомном или малосимптомном развитии на ранних стадиях, что нередко приводит к запоздалой диагностике, особенно в случае злокачественных образований.

Развиваясь из различных тканей (эпителий, строма, половые клетки), опухоли могут быть как доброкачественными, так и злокачественными, с промежуточными — пограничными — формами. Существенное значение имеет и то, что опухоли яичников встречаются во всех возрастных группах, от детского возраста до постменопаузы.

Клинически опухоли яичников могут проявляться болевым синдромом, нарушением менструального цикла, бесплодием, признаками гормональной активности или же оставаться бессимптомными и обнаруживаться случайно при профилактических осмотрах или УЗИ.

Классификация опухолей и опухолеподобных образований яичников

I. Эпителиальные опухоли

Происходят из поверхностного эпителия яичника и включают следующие типы:

1. Серозные опухоли

- **Доброкачественные:** серозная цистаденома, папиллярная цистаденома, аденофиброма
- **Пограничные:** папиллярная цистаденома, пограничная аденофиброма
- **Злокачественные:** серозная аденокарцинома, папиллярная карцинома

2. Муцинозные опухоли

- **Доброкачественные:** муцинозная цистаденома, аденофиброма
- **Пограничные:** муцинозная пограничная опухоль
- **Злокачественные:** муцинозная аденокарцинома

3. Эндометриоидные опухоли

- Доброкачественные и злокачественные формы
- Возможен переход в **эндометриоидную карциному или саркому**

4. Светлоклеточные опухоли

- Редко доброкачественные
- Чаще — **светлоклеточная аденокарцинома**

5. Опухоли Бреннера

- Могут быть доброкачественными, пограничными или злокачественными

6. Смешанные эпителиальные опухоли

7. Недифференцированные и неклассифицируемые эпителиальные опухоли

II. Опухоли стромы полового тяжа (гормонально-активные)

Могут продуцировать эстрогены, андрогены.

1. Гранулёзоклеточная опухоль

2. Группа тека-фибром

- Текома
- Фиброма
- Смешанные формы

3. Андробластомы (*опухоли Сертоли–Лейдига*)

4. Гинандробластома

5. Неклассифицируемые опухоли стромы

III. Герминогенные опухоли (из зародышевых клеток)

Наиболее часты в молодом возрасте.

- **Дисгерминома**
- **Опухоль желточного мешка (синуса)**
- **Хорионэпителиома**

- **Эмбриональная карцинома**
- **Тератомы:**
 - Зрелые (дермоидные) — солидные, кистозные
 - Незрелые (злокачественные)
 - Монодермальные (струма, карциноид)
- **Смешанные герминогенные опухоли**
- **Гонадобластома**

IV. Опухоли, неспецифичные для яичников

- Например, лейомиомы, гемангиомы, липомы

V. Неклассифицируемые опухоли

- Не попадают в известные морфологические группы

VI. Вторичные (метастатические) опухоли

- Метастазы из других органов (чаще ЖКТ, молочной железы)
- **Опухоль Крукенберга** — типичный пример (метастаз аденокарциномы желудка)

VII. Опухелеподобные процессы

Часто функционального характера, не являются истинными опухолями.

- Лютеома беременности
- Гиперплазия стромы яичника
- Фолликулярные кисты, кисты жёлтого тела
- Множественные фолликулярные образования
- Параовариальные кисты
- Эндометриоидные кисты
- Простые кисты, кисты включения
- Воспалительные инфильтраты

8.1. Эпителиальные опухоли

Эпителиальные опухоли яичников составляют значительную часть новообразований данного органа и развиваются из поверхностного (мезотелиального) эпителия, выстилающего яичник. Эти опухоли классифицируются по гистологическому строению и степени злокачественности на доброкачественные, пограничные и злокачественные формы.

1. Серозные опухоли

Определение и морфология:

Серозные опухоли являются наиболее распространенными среди эпителиальных новообразований яичников. Они напоминают эпителий маточных труб и часто представляют собой многокамерные кисты, заполненные прозрачной серозной жидкостью. Поверхность опухоли может быть гладкой или покрытой сосочковыми разрастаниями.

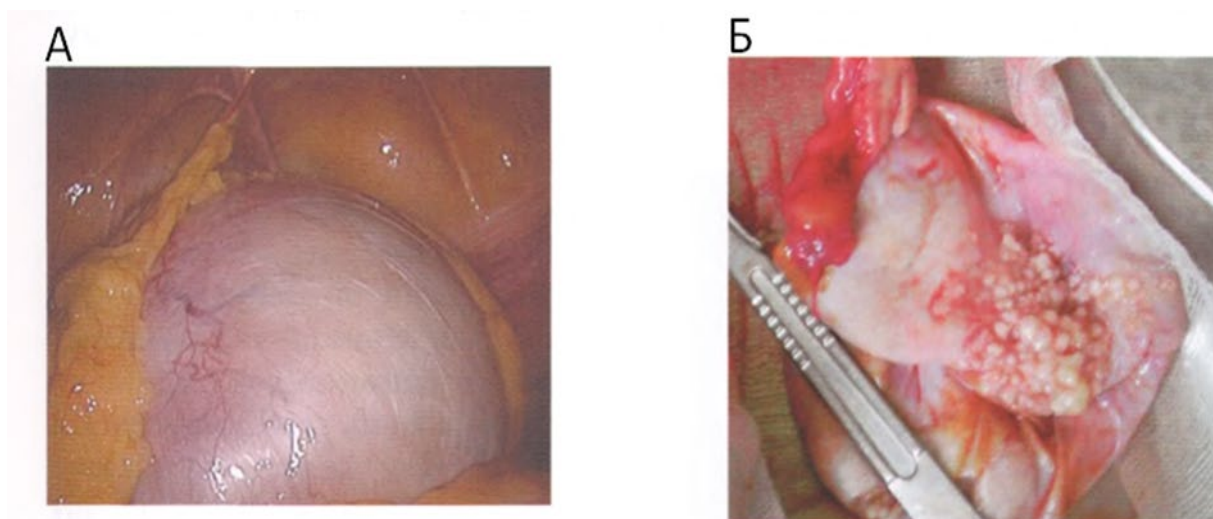


Рисунок 8.1. А – Простая серозная цистаденома (Лапароскопия); Б - Серозная папиллярная цистаденома (вид после вскрытия капсулы).

Классификация:

- **Доброкачественные:** Серозная цистаденома, папиллярная цистаденома, аденофиброма. Эти опухоли имеют гладкие стенки, медленный рост и редко рецидивируют.
- **Пограничные:** Папиллярная серозная опухоль с признаками пролиферации, но без инвазии в строму.

| **Ан А.В.**

- **Злокачественные:** Серозная аденокарцинома, характеризующаяся инфильтративным ростом, прорастанием капсулы яичника и склонностью к метастазированию в брюшную полость.

Клинические проявления:

На ранних стадиях могут быть бессимптомными. По мере роста опухоли возможны боли внизу живота, увеличение его объема, симптомы сдавления соседних органов. В запущенных случаях — асцит.

2. Муцинозные опухоли

Определение и морфология:

Муцинозные опухоли характеризуются наличием кистозных полостей, заполненных густой слизеподобной жидкостью (муцином). Эпителий опухоли схож с кишечным или цервикальным.



Рисунок 8.2. Муцинозная цистаденома. (Макропрепарат)

Классификация:

- **Доброкачественные:** Муцинозная цистаденома, аденофиброма. Могут достигать крупных размеров, занимая значительную часть брюшной полости.
- **Пограничные:** Муцинозная опухоль с признаками пролиферации эпителия без инвазии.
- **Злокачественные:** Муцинозная аденокарцинома, склонная к инвазии и метастазированию.

Клинические проявления:

Часто бессимптомны на ранних стадиях. При увеличении размеров — ощущение тяжести, увеличение живота, диспепсические расстройства. Возможен разрыв опухоли с развитием псевдомиксомы брюшины.

3. Эндометриоидные опухоли

Определение и морфология:

Эндометриоидные опухоли морфологически напоминают железистую ткань эндометрия и часто ассоциируются с эндометриозом. Могут быть кистозными или солидными.

Классификация:

- **Доброкачественные:** Эндометриоидная цистаденома, аденофиброма.
- **Пограничные:** Эндометриоидная опухоль с пролиферацией без инвазии.
- **Злокачественные:** Эндометриоидная аденокарцинома, склонная к инвазии и метастазированию.

Клинические проявления:

Нарушения менструального цикла, боли внизу живота, бесплодие. В запущенных случаях — симптомы, связанные с метастазами.

4. Светлоклеточные опухоли

Определение и морфология:

Редкая форма эпителиальных опухолей, состоящая из клеток с прозрачной или светлой цитоплазмой. Часто связаны с эндометриозом.

Классификация:

- **Доброкачественные:** Светлоклеточная аденофиброма.
- **Пограничные:** Светлоклеточная опухоль с пролиферацией без инвазии.
- **Злокачественные:** Светлоклеточная аденокарцинома, характеризующаяся агрессивным течением и устойчивостью к химиотерапии.

Клинические проявления:

Боли внизу живота, асцит, симптомы сдавления органов малого таза. Часто диагностируются на поздних стадиях.

5. Опухоли Бреннера

Определение и морфология:

Редкие опухоли, происходящие из переходного эпителия, напоминающего уротелий. Обычно небольшие, плотные, с четкими границами.

Классификация:

- **Доброкачественные:** Опухоль Бреннера.
- **Пограничные:** Пролиферирующая опухоль Бреннера.
- **Злокачественные:** Злокачественная опухоль Бреннера (переходноклеточная карцинома).

Клинические проявления:

Часто бессимптомны и обнаруживаются случайно. При больших размерах возможны боли внизу живота и нарушения мочеиспускания.

6. Смешанные эпителиальные опухоли

Определение и морфология:

Опухоли, содержащие элементы различных типов эпителия (например, серозного и муцинозного).

Классификация:

- **Доброкачественные:** Смешанная эпителиальная опухоль без признаков пролиферации.

- **Пограничные:** Смешанная эпителиальная опухоль с пролиферацией без инвазии.
- **Злокачественные:** Смешанная аденокарцинома с инвазивным ростом.

Клинические проявления:

Зависят от преобладающего компонента опухоли и ее размеров. Могут включать боли, увеличение живота, симптомы сдавления соседних органов.

8.2. Опухоли стромы полового тяжа (гормонально-активные)

Опухоли этой группы развиваются из клеток стромы и полового тяжа яичника — элементов, формирующих фолликулы и участвующих в гормональной регуляции. Эти новообразования часто продуцируют половые гормоны (эстрогены или андрогены), что обуславливает их яркую клиническую симптоматику. Встречаются преимущественно у женщин репродуктивного и климактерического возраста, реже — у девочек.

1. Гранулёзноклеточная опухоль

Определение и морфология:

Развивается из клеток, аналогичных гранулёзным клеткам фолликула. Чаще встречается в перименопаузальном и постменопаузальном возрасте, но возможна и в молодом возрасте (ювенильная форма). Может продуцировать большое количество эстрогенов.

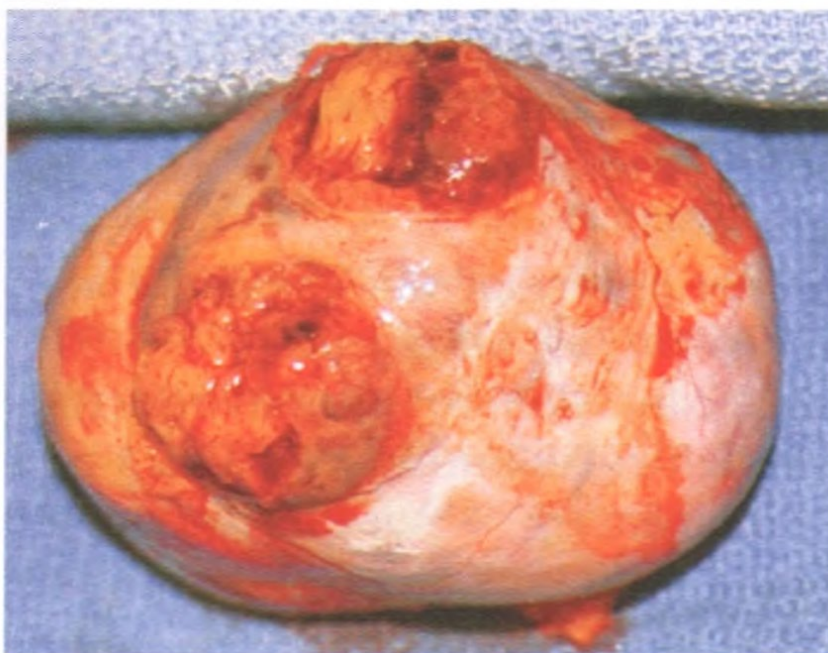


Рисунок 8.3. Гранулёзноклеточная опухоль яичника

Формы:

- Взрослая форма (95% случаев)
- Ювенильная форма (чаще у девочек и подростков)

Клинические проявления:

- Нарушения менструального цикла
- Метрорагии, гиперплазия эндометрия
- В раннем возрасте — преждевременное половое развитие
- У женщин в менопаузе — рецидивирующие кровотечения

Онкологический потенциал:

Доброкачественное течение характерно для большинства случаев, но возможны рецидивы и метастазы спустя годы после удаления.

2. Группа тека-фибром

Объединяет два гистологических варианта опухолей, развивающихся из соединительной ткани и тека-клеток.

Текома

Определение:

Текома — это доброкачественная гормонально активная опухоль, происходящая из тека-клеток яичника. Она способна синтезировать **эстрогены**, реже — **андрогены**, что обуславливает её клинические проявления.

Эпидемиология:

Наиболее часто встречается у женщин **в перименопаузе и постменопаузе**. Составляет до 2–5% всех опухолей яичников.

Морфология:

Опухоль, как правило, солидная, плотная, желтовато-коричневого цвета, односторонняя. При гистологическом исследовании выявляют пучки тека-клеток с обильной цитоплазмой, иногда с признаками липидной инклюзии.



Рисунок 8.4. Текома яичника на разрезе

Клинические проявления:

- У женщин репродуктивного возраста — **гиперэстрогения**, проявляющаяся нарушениями менструального цикла, меноррагиями.
- В постменопаузе — **рецидивирующие маточные кровотечения**, гиперплазия или даже карцинома эндометрия.
- У девочек — **преждевременное половое развитие**.
- Реже — маскулинизация (если опухоль продуцирует андрогены).

Фиброма

Определение:

Фиброма яичника — доброкачественная гормонально **неактивная опухоль**, происходящая из фиброзной (соединительной) стромы яичника.

Эпидемиология:

Наиболее часто встречается у женщин **в возрасте 40–60 лет**. Составляет около **4% всех опухолей яичников**.

| **Ан А.В.**

Морфология:

Опухоль односторонняя, плотная, белесовато-серая, с волокнистой структурой. На срезе — веретенообразные клетки и коллагеновые волокна.



Рисунок 8.5. Фиброма яичника

Клинические проявления:

- Часто **бессимптомная** и выявляется случайно при УЗИ или операции.
- При больших размерах может проявляться **болями в животе**, симптомами давления на органы.
- До 40% фибром сопровождаются **асцитом**, а иногда и **гидротораксом** (плевритом) — это так называемый **синдром Мейгса**.

Синдром Мейгса:

- Асцит
- Плеврит (чаще правосторонний)
- Опухоль яичника (чаще фиброма) → После удаления опухоли асцит и плеврит полностью исчезают.

3. Андробластомы (опухоли Сертоли–Лейдига)

Определение и морфология:

Редкие опухоли, происходящие из клеток полового тяжа — Сертоли и Лейдига. Чаще встречаются у молодых женщин. Имеют разную степень дифференцировки.

Классификация:

- Высокодифференцированные (опухоли Сертоли, опухоль Лессена)
- Промежуточной дифференцировки
- Низкодифференцированные (саркоматоидные)



Рисунок 8.6. Андробластома

Клинические проявления:

- Выработка андрогенов → маскулинизация
- Нарушения менструального цикла вплоть до аменореи
- Оволосение по мужскому типу, огрубение голоса, гипертрофия клитора
- При высокодифференцированных формах гормональная активность может отсутствовать

4. Гинандробластома

Определение:

Редкая опухоль, сочетающая в себе гранулёзноклеточные и клетки Сертоли–Лейдига. Признаки как феминизации, так и маскулинизации.

Клинические проявления:

Зависят от преобладающего гормонального компонента опухоли. Возможны:

- Менструальные расстройства
- Эндометриальная гиперплазия
- Андрогензависимые изменения

8.3. Вторичные (метастатические) опухоли яичников

Определение:

Вторичные, или метастатические, опухоли яичников — это новообразования, которые развиваются в яичниках в результате распространения злокачественных клеток из других органов. Они составляют **5–30% всех злокачественных опухолей яичников.**

Частые источники метастазов:

- Желудок (особенно перстневидно-клеточная карцинома)
- Толстый кишечник
- Молочная железа
- Поджелудочная железа
- Шейка и тело матки

Пути метастазирования:

- Лимфогенный
- Гематогенный
- Импантационный (при карциноматозе брюшины)
- По анатомическим связям (маточно-яичниковая связка, трубы)

Опухоль Крукенберга

Определение:

Опухоль Крукенберга — это классический пример метастатической опухоли яичников, представляющая собой метастаз перстневидно-клеточной аденокарциномы желудка (реже — кишечника или других органов).

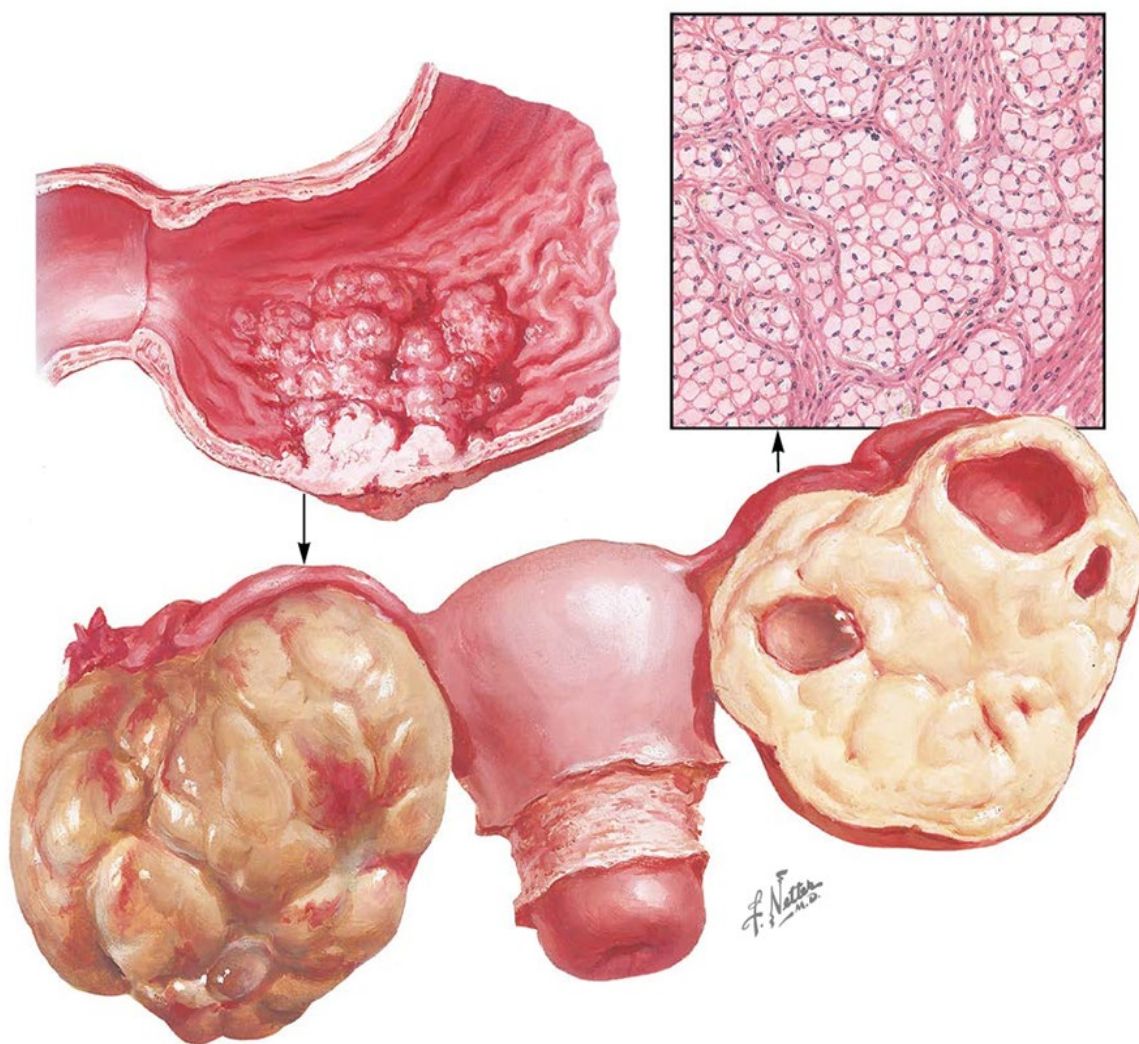


Рисунок 8.7. Опухоль Крукенберга.

Морфология:

- Двустороннее поражение яичников
- Плотная, солидная опухоль с участками слизистых изменений
- Наличие характерных перстневидных клеток, содержащих муцин

Клинические особенности:

- Быстрый рост и агрессивное течение
- Часто симптомы появляются поздно: боль внизу живота, асцит, нарушения менструального цикла
- Могут маскироваться под первичные опухоли яичника

Диагностика:

- УЗИ и КТ: солидно-кистозные или солидные опухоли яичников, чаще двусторонние
- Биопсия и гистология: выявление перстневидных клеток
- Иммуногистохимия: позволяет подтвердить гастроинтестинальное происхождение (маркер CK20+, CDX2+)

Прогноз:

Неблагоприятный. Опухоль Крукенберга, как правило, диагностируется на поздних стадиях основного заболевания. Средняя продолжительность жизни после постановки диагноза составляет менее 2 лет.

8.4. Опухолоподобные процессы яичников

Опухолоподобные процессы — это образования, напоминающие по клинической картине и внешнему виду опухоли яичника, но не обладающие истинными признаками неоплазии: они не метастазируют, не прорастают окружающие ткани и часто являются функциональными и обратимыми.

Фолликулярные кисты

- Возникают при отсутствии овуляции.
- Представляют собой увеличенный неразорвавшийся фолликул.

- Часто встречаются у женщин репродуктивного возраста.
- Обычно бессимптомны или сопровождаются нерегулярными менструациями, болями внизу живота.
- Способны самостоятельно регрессировать в течение 1–2 циклов.

Кисты жёлтого тела

- Формируются после овуляции из жёлтого тела.
- Содержат серозную или геморрагическую жидкость.
- Могут вызывать задержку менструации, боли, иногда — симптомы разрыва и внутреннего кровотечения.
- Обычно не требуют лечения и проходят самостоятельно.

Эндометриоидные кисты (эндометриомы)

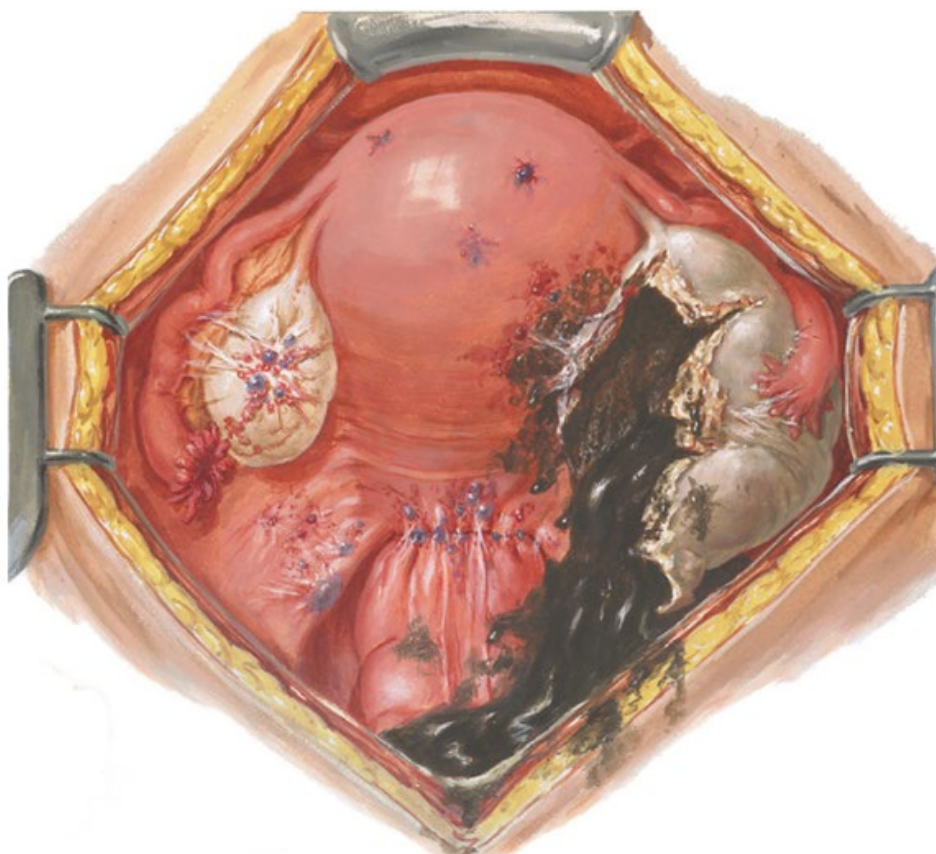


Рисунок 8.8. Эндометриоидная киста или шоколадная киста.

- Развиваются при яичниковой форме эндометриоза.

- Содержат густое «шоколадное» содержимое (деградированная кровь).
- Часто сопровождаются хронической тазовой болью, бесплодием.
- Требуют хирургического лечения при больших размерах или неэффективности медикаментозной терапии.

Параовариальные кисты

- Возникают из остатков эмбриональных структур (придаточной трубки).
- Располагаются между листками широкой связки матки, вне ткани яичника.
- Растут медленно, не связаны с менструальным циклом.
- При больших размерах могут требовать хирургического удаления.

Тека-лютеиновые кисты

- Связаны с гиперстимуляцией яичников хорионическим гонадотропином (например, при пузырном заносе или многоплодной беременности).
- Часто двусторонние, крупные.
- Могут регрессировать после устранения основной причины.

Поликистозные яичники

- Характеризуются множественными мелкими фолликулярными кистами по периферии яичника.
- Являются частью синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).
- Сопровождаются нарушениями менструального цикла, гиперандрогенией, бесплодием.

Гиперплазия стромы яичника

- Может наблюдаться при вирилизирующих синдромах (например, в постменопаузе).
- Проявляется повышенной продукцией андрогенов.
- Диагноз предполагается гистологически

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного 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?

- А) Увеличение объема живота, асцит
- В) Схваткообразные боли
- С) Обильные кровотечения

3. Что из перечисленного является маркером злокачественных опухолей яичников?

- А) СА-125
- В) Прогестерон
- С) ХГЧ

4. Какой метод диагностики является наиболее точным для выявления злокачественных опухолей?

- А) Лапароскопия с биопсией
- В) МРТ малого таза
- С) УЗИ органов малого таза

5. Какой тип опухолей развивается из зародышевых тканей яичника?

- А) Тератома
- В) Эндометриоидная опухоль
- С) Серозная цистаденома

6. Что характерно для доброкачественной опухоли яичника?

- А) Ограниченный рост с четкими границами

| **Ан А.В.**

В) Быстрое метастазирование

С) Инвазивный рост

7. Какие осложнения характерны для доброкачественных опухолей яичников?

А) Перекрут ножки опухоли

В) Перфорация матки

С) Проростание в соседние органы

8. Какой основной метод лечения используется при злокачественных опухолях яичников на ранних стадиях?

А) Хирургический

В) Химиотерапия

С) 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 (задания с развернутым ответом).

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.

III. 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 гипоехогенное 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?

| **Ан А.В.**

2. Какие диагностические процедуры нужно выполнить?
3. Каков план лечения и прогноз?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



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

9.1. Аномалии развития женских половых органов

Аномалии развития — это врождённые дефекты формирования структур репродуктивной системы, чаще всего связанные с нарушениями слияния, резорбции или дифференцировки мюллеровых (парамезонефральных) протоков в эмбриональном периоде. Эти нарушения могут затрагивать матку, влагалище, трубы и наружные половые органы. Часто они сочетаются с пороками мочевыделительной системы.

Классификация и формы:

1. Аплазия и агенезия

- *Агенезия матки и влагалища (синдром Рокитанского–Кюстера–Хаузера)* — полное отсутствие матки и верхней трети влагалища при сохранении нормального кариотипа (46,XX) и функционирующих яичников.
- Клиника: первичная аменорея, отсутствие полового акта, нормальный рост молочных желёз и оволосение.
- Лечение: хирургическая неовагинопластика при желании половой жизни, использование вспомогательных репродуктивных технологий (суррогатное материнство).

2. Гипоплазия (инфантилизм)

- Недоразвитие матки, шейки, влагалища; часто сочетается с гипофункцией яичников.
- Клиника: аменорея, стерильность, дисменорея.
- Лечение: гормонотерапия, пластика влагалища, ЛФК.

3. Дефекты слияния мюллеровых протоков

- Двурогая матка (*uterus bicornis*) — неполное слияние протоков, две полости матки.
- Седловидная матка — умеренный дефект слияния.

- Перегородка матки — дефект резорбции перегородки между протоками.
- Удвоение матки и влагалища (uterus didelphys) — полное нарушение слияния, две матки, две шейки, два влагалища.
- Клиника: бесплодие, привычное невынашивание, боли при менструации.
- Диагностика: УЗИ, МРТ, гистеросальпингография, лапароскопия.
- Лечение: хирургическая коррекция (гистероскопическая резекция перегородки, метропластика).

4. Атрезия (влагалища, шейки матки)

- Нарушение проходимости за счёт несформированных или сросшихся стенок.
- Клиника: криптоменорея (скрытая менструация), циклические боли, гематометра.
- Лечение: хирургическое восстановление проходимости.

9.2. Неправильное положение половых органов

Неправильное положение половых органов — это отклонения матки и влагалища от нормальной анатомической ориентации в полости малого таза. Эти состояния могут быть как врождёнными, так и приобретёнными. Наиболее значимыми клинически являются смещения матки и пролапс тазовых органов.

1. Смещения матки

Ретрофлексия (загиб матки кзади)

Это отклонение тела матки назад относительно шейки. Может быть врождённым, а может развиваться после воспалительных заболеваний, операций, родов.

Симптомы:

- Тянущие боли в пояснице и внизу живота;
- Болезненные менструации (дисменорея);

- Диспареуния (боли при половом акте);
- Возможные трудности с зачатием.

Лечение:

Часто не требует терапии. При симптоматичности — укрепляющая гимнастика, физиолечение, при выраженном болевом синдроме или бесплодии — хирургическая коррекция.

Антефлексия и гиперантефлексия

Избыточное отклонение тела матки вперёд. Обычно это вариант нормы, особенно у худощавых, астеничных женщин. Может сопровождаться болезненными менструациями, ощущением давления на мочевой пузырь.

Тактика:

Наблюдение. Лечение не требуется, если нет выраженной клиники.

Латерофлексия (боковое отклонение)

Отклонение тела матки в одну из сторон. Часто вызвано спаечным процессом, опухолями или аномалиями развития.

Проявления:

Обычно бессимптомна, но может быть случайной находкой на УЗИ.

2. Опушение и выпадение матки и влагалища

(пролапс тазовых органов)

Это состояние, при котором матка, передняя и/или задняя стенка влагалища смещаются книзу относительно физиологического уровня, а в тяжёлых случаях — за пределы половой щели.

Классификация пролапса:

- **I степень:** шейка матки смещается к преддверию влагалища, оставаясь внутри.
- **II степень:** шейка матки выходит за пределы половой щели при натуживании.
- **III степень:** полное выпадение матки и стенок влагалища.

Сопутствующие состояния:

- **Цистоцеле** — выпячивание передней стенки влагалища с мочевым пузырём.
- **Ректоцеле** — задняя стенка влагалища выпячивается с прямой кишкой.
- **Энтероцеле** — выпадение с петлями тонкого кишечника.

Клинические проявления:

- Чувство давления, «инородного тела» во влагалище.
- Болезненность и дискомфорт при ходьбе, половой жизни.
- Нарушения мочеиспускания (недержание, задержка).
- Нарушения дефекации.
- Хронические вагиниты и уретриты.

Причины:

- Слабость тазовой мускулатуры;
- Многократные роды, особенно с травмами;
- Дефицит эстрогенов в менопаузе;
- Ожирение, тяжёлые физические нагрузки;
- Хронический кашель, запоры.

Лечение:

- **Консервативное:**
 - Упражнения Кегеля (тренировка мышц тазового дна);
 - Использование pessaries (временная механическая поддержка);
 - Заместительная гормональная терапия в менопаузе.
- **Хирургическое:**
 - Восстановление анатомии тазового дна (кольпоперинеолеваторопластика);
 - Гистеропексия или гистерэктомия (при выраженном пролапсе и отсутствии репродуктивных планов);

- В современных условиях широко используются малоинвазивные методы (лапароскопия, вагинальный доступ, сетчатые импланты).

9.3. Общие аспекты врождённых аномалий

Этиология и патогенез аномалий развития половых органов

Аномалии возникают в результате:

- нарушений формирования мюллеровых протоков;
- дефектов их слияния или резорбции перегородки;
- задержки или остановки эмбрионального развития;
- генетических и хромосомных нарушений (например, синдром Шерешевского–Тёрнера, андрогенитальный синдром);
- внутриутробных инфекций;
- действия тератогенных факторов (лекарства, токсины, радиация) в критические периоды гестации.

Патогенез большинства врождённых аномалий — результат дискоординации между формированием матки, влагалища и органов мочевыделительной системы. Именно поэтому часто встречаются сочетанные пороки.

Клинические проявления и особенности

Выраженность симптоматики зависит от типа аномалии:

- **Полное отсутствие симптомов** возможно при незначительных формах (седловидная матка, ретрофлексия).
- **Менструальные расстройства:** первичная аменорея, криптоменорея, дисменорея.
- **Бесплодие, привычное невынашивание** — типично при перегородке, двурогой или однорогой матке.
- **Боли внизу живота** — часто при ретрофлексии или обструктивных пороках.
- **Трудности половой жизни** — при агенезии влагалища или грубой перегородке.

- **Патологии беременности и родов:** предлежание, преждевременные роды, кесарево сечение.

Диагностика

- **УЗИ органов малого таза** (трансабдоминальное и трансвагинальное): базовый метод.
- **МРТ малого таза** — золотой стандарт для оценки внутренней архитектуры матки.
- **Гистеросальпингография** — оценка проходимости труб и формы полости матки.
- **Гистероскопия и лапароскопия** — диагностические и лечебные процедуры.
- **Кариотипирование** — при подозрении на хромосомные аномалии.
- **УЗИ почек** — обязательное при любых мюллеровых аномалиях.

Лечение

Зависит от типа порока, возраста пациентки, выраженности симптомов и репродуктивных планов:

- **Консервативная тактика** — при бессимптомных аномалиях.
- **Хирургическая коррекция:**
 - Резекция перегородки (гистероскопически).
 - Метропластика при двурогой матке (в том числе методика Страссмана).
 - Неовагинопластика (методики Адамяна, МакИндоу, сигмопластика) при аплазии влагалища.
- **Репродуктивные технологии:** ЭКО, суррогатное материнство — при агенезии матки и сохраненных яичниках.

Вопросы к главе

I. Закрытые тестовые задания с выбором одного ответа

1. Какой аномалией развития является аплазия матки?

- A) Полное отсутствие матки
- B) 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 двурогую 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

| **Ан А.В.**

7. Что является основной причиной ретрофлексии матки у взрослых женщин?

- А) Хронические воспалительные заболевания
- В) Врожденный дефект развития
- С) Избыточная масса тела

8. Что представляет собой перегиб матки кпереди?

- А) Гиперантефлексия
- В) Гиперретрофлексия
- С) Ретроверзия

9. Какой основной метод лечения используется при агенезии влагалища?

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

II. Открытые вопросы (задания с развернутым ответом).

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?

| **Ан А.В.**

3. Каковы этапы лечения?

Все дополнительные материалы для самопроверки доступны в Telegram-канале:

<https://t.me/+huj2da8DyjxlM2U6>

Или отсканируйте QR-код:



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. **Аплозия** - 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. **Лейкорей** - 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

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- textbook
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

**O'QUV ADABIYOTINING
NASHR RUXSATNOMASI**

O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi
Toshkent tibbiyot akademiyasi rektorining 2025 -yil
5-fevral dagi 251 -sonli buyrug'iga asosan

A.V.An

(amaliy (lar) familiyasi, ismi, sharti)

60910200 - Davolash ishi

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ta'lim yo'nalishi _____ **ning**

talabalari uchun tavsiya etilgan

Гинекология

(o'quv adabiyotining nomi va turi; darslik, o'quv qo'llanma)

O'quv qo'llanma _____ **ga**

O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi
tomonidan litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr
etishga ruxsat berildi.

Rektor _____ **A.K.Shadmanov**

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

2025-029



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI**

NASHR RUXSATNOMASI

