

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ

ТЕМА №1. Факторы риска во время беременности. Алгоритм обследования. Ранняя диагностика осложнений во время беременности и в послеродовом периоде.

Стратификация риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией.

На основании анамнеза, данных физикального обследования и лабораторных анализов выявляют неблагоприятные прогностические факторы.

Необходимо как можно раньше выявлять и устранять факторы риска, способные осложнить течение беременности. Если беременную относят к группе высокого риска по неблагоприятным факторам, часто возникает необходимость в непрерывном наблюдении с постоянной коррекцией тактики ведения пациентки. К ним относятся:

1. социально-биологические:

- возраст матери (до 18 и старше 35 лет);
- возраст отца старше 40 лет;
- профессиональные вредности у родителей;
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- росто-весовые показатели у матери рост 150см и ниже, высокий ИМТ.

2. Акушерско-гинекологический анамнез:

- Число родов 4 и более;
- Неоднократные или осложненные аборт;
- Оперативные вмешательства на матке и придатках;
- Пороки развития матки;
- Бесплодие;
- Невынашивание беременности;
- Неразвивающаяся беременность;
- Преждевременные роды;
- Мертворождение;
- Смерть в неонатальном периоде;
- Рождение детей с генетическими заболеваниями;
- Рождение детей с низкой или крупной массой тела;
- Осложненное течение предыдущей беременности;
- Бактериально-вирусные гинекологические заболевания;

3. Экстрагенитальные заболевания:

- Сердечно-сосудистые заболевания;
- Заболевания мочевыделительных путей;
- Эндокринопатии;

- Болезни крови;
 - Болезни печени;
 - Болезни легких;
 - Заболевания соединительной ткани;
 - Острые и хронические инфекции;
 - Нарушения гемостаза;
 - Алкоголизм, наркомания;
4. Осложнения беременности:
- Рвота беременных;
 - Угроза прерывания беременности;
 - Кровотечение в I и во II половине беременности;
 - Гестоз; Многоводие, маловодие;
 - Плацентарная недостаточность;
 - Многоплодие;
 - Анемия;
 - Rh- и АВО-изосенсибилизация;
 - Обострение вирусной инфекции;
 - Анатомический узкий таз;
 - Неправильное положение плода;
 - Переношенная беременность;
 - Индуцированная беременность;

Для количественной оценки факторов используют балльную систему, дающую возможность не только оценить вероятность неблагоприятных исхода родов при действии каждого фактора. Выделяют низкую, среднюю и высокую степени риска. Первый балльный скрининг проводят при первом посещении, затем в 28-32 недель, и перед родами. После каждого скрининга уточняют план ведения беременности. Выделение групп беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. Рекомендована дородовая госпитализация беременных из групп среднего и высокого риска.

Тема №2. Преэклампсия легкой и тяжелой степени, показания к госпитализации. Алгоритм ведения беременных с ГНБ в условиях ЦСМ. Дифф. диагностика. Клинические протоколы МЗ.

Преэклампсия – полиорганное поражение, характеризующееся классическими симптомами: гипертензией и протеинурией.

Преэклампсия характеризуется как легкая или тяжелая в зависимости от уровня повышения кровяного давления и протеинурии, и наличия клинических симптомов, происходящих как результат вовлечения почек, головного мозга, печени и сердечно - сосудистой системы.

Диагностическими критериями гипертензии являются повышение кровяного давления до систолического уровня 140 мм рт. ст. или

диастолического - 90 мм рт. ст. или выше по крайней мере в 2 случаях с интервалом в 4 часов или больше. Кровяное давление должно измеряться во время каждого визита с использованием манжетки соответствующего размера при вертикальном положении пациентки. Диагностическая граница для протеинурии 300мг в суточной пробе. Отеки подтверждают диагноз преэклампсии тогда, когда она генерализована (локализуясь на лице, руках), но это более не является диагностическим критерием. Одна треть женщин с преэклампсией не имеет отеков, в то время как независимые отеки встречаются у значительной части женщин без преэклампсии.

Выжидательное лечение женщин с преэклампсией легкой степени может включать в себя измерение давления раз в 2 недели, еженедельные анализы (общий анализ крови, АЛТ/АСТ, мочевины, креатинин), периодические анализы содержания белка в моче в течение 24 часов, 1 раза в неделю КТГ и еженедельный индекс амниотической жидкости (ИАЖ), и УЗИ для определения роста плода каждые 3 недели.

Тяжелая преэклампсия является угрожающим жизни состоянием и должна рассматриваться как неотложное акушерское состояние. В редких случаях признаки и симптомы тяжелой преэклампсии могут развиваться при отсутствии высокого артериального давления или протеинурии, особенно, если женщина получает лечение гипотензивными препаратами.

Диагностические критерии тяжелой преэклампсии

- Повышение уровня ДАД > 110 мм.рт.ст. при 2-х кратном измерении с интервалом 4 часа или повышение ДАД любой степени с протеинурией.
- Протеинурия (более 1 г/л в разовой порции мочи) или любая гипертензия/протеинурия в сочетании с одним из симптомов:
 - Упорная, сильная головная боль;
 - мелькание «мушек» перед глазами или двоение в глазах
 - Упорная тошнота или рвота;
 - усиление сухожильных рефлексов;
 - боли в эпигастральной области;
 - генерализованные или быстро нарастающие отеки;
 - плацентарная недостаточность, гипотрофия плода или ЗВУР;
 - олигурия (менее 400 мл мочи за 24 часа)
 - креатининсыворотки > 110 ммоль/л
 - подсчет тромбоцитов < 100 x 10⁹/л
 - повышение АСТ или АЛТ

Одним из вариантов течения тяжелой преэклампсии является HELLP синдром (гемолиз, повышение уровня печёночных ферментов и тромбоцитопения).

Клиника тяжелой преэклампсии характеризуется неизбежным прогрессированием, которое может быть постепенным и внезапным. Поражаются множество органов систем. В нервной системе тяжелая головная боль, расстройства зрения, прогрессирующая гиперрефлексия могут быть предупреждающим сигналом предстоящего генерализованного приступа (эклампсии). Могут отмечаться тяжелый вазоспазм и повышенное

периферической сопротивлению сосудов. Гематологические расстройства включают в себя понижение ОЦК, повышение вязкости крови и гемоконцентрацию. Имеют место коагулопатии включающие HELLP синдром и ДВС-синдром. Почечные проявления выражаются в повышении почечной фильтрации, которая может прогрессировать до олигурии и ОПН. Нарушения гепатоцитов отражаются повышением АСТ и АЛТ. Субкапсулярная геморрагия может вызвать боль в правом верхнем квадранте или, реже, разрыв печеночной капсулы и вызвать тяжелое внутреннее кровотечение. Акушерские осложнения включают внутриутробную задержку развития плода, отслойка плаценты и гибель плода и матери.

Остановить прогрессирующую тяжелую преэклампсию можно только путем родоразрешения.

Пациенты тяжелой преэклампсией должны быть госпитализованы, должен быть назначен постельный режим и тесное наблюдение.

Основные принципы лечения следующие:

1. предотвращение приступов
2. понижение кровяного давления для предотвращения кровоизлияния в мозг
3. быстрое родоразрешение, основанное на решении, которое принимается с учетом состояния матери и зрелости плода.

Сульфат магния ($MgSO_4$) - противосудорожное средство, помогающее предотвратить приступы у женщин с преэклампсией и более эффективно в предотвращении повторных приступов у пациенток с эклампсией.

Мероприятия неотложной помощи:

1. *Назначение сульфата магния для контроля судорог.* Внутривенный режим введения: магния сульфат 25 % - 20,0 развести в 20 мл изотонического раствора (***нагрузочная доза***) в двух шприцах: по 10 мл магния сульфата и 10 мл изотонического раствора в/в струйно очень медленно. ***Поддерживающая доза.*** Приготовление раствора: 20 мл 25% магния сульфата (5 г сухого вещества) развести в 200 мл 0,9% изотонического раствора натрия хлорида. Вводить со скоростью 1-2 г/ч (40-80 мл/ч или 15-20 кап/мин при использовании иглы диаметром 0,8 и стандартной системы для внутривенных инфузий без фильтра).

2. Освободить дыхательные пути и снизить риск аспирации, положив женщину на ее левый бок и отсасывая пену и слюну из ее рта. Немедленно вызывается анестезиолог (или кто-либо, кто так же имеет опыт интубации трахеи).

3. Предотвращение падения и повреждения матери вследствие бурных приступов.

4. Назначьте пациентке кислород, как судороги заканчиваются.

5. Принятие решения к скорому родоразрешению.

Тема №3. Акушерские кровотечения в первом триместре беременности.

Диагностика. Тактика врача ЦСМ.

Предлежание плаценты (placentapraevia) – это аномалия расположения плаценты, при которой она расположена в нижнем маточном сегменте матки. При этом та или другая часть плаценты находится в области внутреннего маточного зева, частично или полностью перекрывая его. В норме плацента прикрепляется в области тела матки и своим нижним краем не доходит до внутреннего зева на расстоянии 7см и более.

Факторы риска: кесарево сечение в анамнезе; наличие в анамнезе вмешательств в полость матки: инструментальные, ручное отделение плаценты, удаление субмукозных узлов; наличие предлежания плаценты в анамнезе; много рожавшие женщины (свыше 5 родов в анамнезе); многоплодие; пожилой возраст (старше 40 лет).

Клиническая классификация

1. Полноепредлежание плаценты (placentapraeviatotalis) - внутренний зев полностью покрыт плацентой;
2. Неполноепредлежание плаценты (placentapraeviapartialis) -внутренний зев частично перекрыт плацентой или край плаценты располагается у края внутреннего зева.
3. Краевое предлежание плаценты – расположение края плаценты на расстоянии менее 3 см от внутреннего зева, но без его перекрытия (край плаценты располагается близко к внутреннему зеву)
4. Низкое предлежание плаценты - плацента имплантируется в нижнем сегменте, а край плаценты не достигает внутреннего зева и располагается на расстоянии менее 7см и более 3 см от внутреннего зева.

Клиника предлежания плаценты.

1. Кровотечение из половых путей без болевого синдрома и повышенного тонуса матки – является основным клиническим симптомом. Вытекающая кровь материнская и имеет яркий цвет.
2. Повторные кровотечения способствуют анемизации женщины.
3. Высокое расположение предлежащей части плода над входом в таз
4. Неправильное положение и предлежание плода: поперечное, косое положение, тазовое предлежание плода.

Скрининг и диагностика - УЗИ определяет локализацию плаценты.

При неполномпредлежании плаценты повторное УЗИ в сроке 32 недели, и госпитализация в сроке 34 недели с последующим ведением пациентки как полное предлежание плаценты.

При краевомпредлежании плаценты рекомендуется повторное УЗИ до срока 36 недель.

При низком прикреплении плаценты повторное УЗИ следует проводить в сроке 36недель .

Лечение при предлежании плаценты зависит от силы и количества кровопотери. Применяют консервативное и оперативное лечение.

Консервативные методы лечения направлены на снижение сократительной активности матки, профилактику анемии беременной и коррекцию состояния плода. Лечение в стационаре, где назначают строгий постельный режим, препараты, снижающие (или снимающие) тонус матки.

Плановое кесарево сечение производится при полном предлежании плаценты на 38-й неделе беременности, не ожидая возможного кровотечения. Показанием к плановому кесареву сечению может служить частичное предлежание плаценты в сочетании с другой акушерской или соматической патологией. Сильное, а также рецидивирующее (даже умеренное) кровотечение служит показанием к экстренному кесареву сечению независимо от срока беременности, состояния плода и варианта предлежания плаценты. При предлежании плаценты имеются особенности разреза на матке и борьбы с массивным кровотечением.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - это несвоевременное отделение плаценты, происходящее во время беременности или в первом и втором периодах родов.

Классификация

1. *Частичная* - прогрессирующая и не прогрессирующая отслойка плаценты
2. *Полная* – тотальная отслойка плаценты

В зависимости от степени отслойки выделяют:

- *Легкая степень* - нет признаков ухудшения состояния матери и плода
- *Средняя степень* - признаки ухудшения состояния матери и плода
- *Тяжелая степень* – с гибелью плода

А – без коагулопатии (2\3)

Б – с коагулопатией (1\3)

Факторы риска:

1. сосудистый фактор (васкулопатия, ангиопатия плацентарного ложа, поверхностная инвазия цитотрофобласта в неполноценный эндометрий);
2. гемостатический фактор (тромбофилия);
3. механический фактор (травма, акушерские осложнения и манипуляции).

Клиника. *Боль* от слабой схваткообразной до резкой боли, гипертонус или локальная болезненность матки. Нарушения ЧСС плода. При отслойке плаценты расположенной на задней стенке матки, боли локализованы в поясничной области. При большой ретроплацентарной гематоме на передней поверхности матки определяют резко болезненную локальную «припухлость».

Кровотечение при ПОНРП может быть: наружным, внутренним, смешанным (внутренним и наружным). При краевой отслойке плаценты появляется наружное кровотечение. Кровь отделяет оболочки от стенки матки и быстро выходит из половых путей. При наружном кровотечении общее состояние определяется величиной кровопотери. При внутреннем

кровотечении, которое бывает при центральной отслойке, кровь не находит выхода наружу и, образуя ретроплацентарную гематому, пропитывает стенку матки (**матка Кувеллера**).

Признаки нестабильности кровообращения: тахикардия, признаки гиповолемического шока (при потере более 30% ОЦК), признаки нарушения свертываемости, коагулопатия потребления (синдром ДВС).

Признаки дистресса плода: тахикардия, брадикардия, повторные поздние децелерации или переменные децелерации при потере переменной на КТГ.

Острая гипоксия плода возникает вследствие гипертонуса матки, нарушения маточно-плацентарного кровотока и отслойки плаценты. Плод может погибнуть при отслойке трети и более поверхности плаценты. При полной отслойке происходит моментальная гибель плода. Иногда интранатальная гибель плода - единственный симптом отслойки плаценты.

Введение родов при подозрении на ПОНРП

- оценить величину кровопотери
- оценить состояние матери (пульс, АД, ЧД, Т тела)
- оценка состояния плода
- при наличии признаков гиповолемического состояния - катетеризация подключичной вены
- определить группу крови, Rh-принадлежность, гемоглобин, эритроциты, гематокрит, свертывающую систему крови
- обеспечить наличие препаратов крови и СЗП
- провести прикроватный тест ВСК по Ли-Уайту

В случае доношенной или почти доношенной беременности (срок гестации 34-40 нед.) начать восполнение ОЦК и срочное родоразрешение путём операции кесарево сечение. Если отслойка прогрессирует при сроке гестации 24-34 недели, гематома имеет вид жидкостного образования с мелкодисперсной смесью, имеет чёткие границы и отличается высокой звукопроводимостью, следует завершить беременность операцией кесарево сечение.

Тема №4. Алгоритм ведения при острых и хронических ВЗОТ. Классификация воспалительных процессов гениталий

По характеру течения процесса воспаления разделяют *острое и хроническое воспаление*. По этиологическому фактору воспаление делится на *специфическое и неспецифическое*.

Этиология. Провоцирующие факторы: физиологические (менструация, роды), ятрогенные (все внутриматочные манипуляции).

Факторы риска:

- 1) генитальные: хронические воспалительные заболевания половых органов, бактериальный вагиноз, урогенитальные заболевания у полового партнера, ЗППП.;

- 2) социальные: хронические стрессовые ситуации, недостаточное питание, авитаминоз, алкоголизм и наркомания;
- 3) поведенческие (привычки) включают в себя некоторые особенности сексуальной жизни: раннее начало половой жизни; высокая частота половых контактов; большое число половых партнеров; нетрадиционные формы половых контактов (анальный, орогенитальный); - половые сношения во время менструации.;
- 4) экстрагенитальные: сахарный диабет, ожирение, анемия, воспалительные заболевания мочевыделительной системы, дисбактериоз, иммунодефицитные состояния.

Имеются определенные возрастные различия в локализации воспалительных процессов гениталий. У женщин детородного возраста редко возникают первично вульвиты, кольпиты, в то время как у детей и женщин в постменопаузе чаще всего наблюдается первичное воспаление нижнего отдела полового тракта.

Трихомонадный вульвовагинит.

Возбудители трихомониаза – влагалищные трихомонады (*Trichomonas vaginalis*). Трихомонады поражают только плоский эпителий.

Пути инфицирования: *Половой путь* – доминирующий. *Интранатальный* – заражение девочек в процессе родов из половых путей матери. *Непрямой половой* (через перчатки, предметы туалета). *Бытовой*.

Клиника. Классические *симптомы при остром течении*: желто-зеленые пенистые выделения; дизурия; диспареуния; «клубничный» вид шейки матки и вагины, представляющий собой точечные геморрагии («клубничный» симптом). **Хроническая форма** заболевания характеризуется малосимптомным течением, когда с момента заражения прошло более 2 месяцев. **Трихомонадоносительство** – форма заболевания, при которой отсутствуют какие-либо симптомы.

Лечение трихомониаза. *Основная схема*: орнидазол 1,5г перед сном внутрь однократно; Тинидазол 2,0г перед сном внутрь однократно; *Альтернативная схема*: Орнидазол 500мг каждые 12 часов 5 дней; метронидазол 500мг каждые 12 часов 7 дней. **Лечение при беременности со 2-го триместра!**

Кандидозный вульвовагинит. Это инфекционное заболевание слизистой оболочки влагалища, обусловленное дрожжеподобными грибами рода *Candida*: *C. Albicans*, *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*.

Клинические формы кандидозного вульвовагинита:

кандидоносительство, острый ВВК, хронический ВВК: рецидивирующий, персистирующий.

Клинические проявления. Покраснение тканей вульвы и влагалища, шелушение, отёк, выступающие над поверхностью эпителия белые или жёлтые, с трудом снимающиеся налёты, творожистые выделения.

Лечение противогрибковыми препаратами. Кетоконазол через рот 200 мг дважды в день в течение 5 дней или 200 мг три раза в день в течение 3 дней (устранение кишечного резервуара инфекции); Местное лечение:

Клотримазол - 1% крем 5,0 во влагалище 7-14 дней; 100 мг влагалищные таблетки в течение 7 дней или по 2 таблетки (200 мг) в течение 3 дней. Флуконазол по 150 мг однократно. **Необходимо рассмотреть возможность ВИЧ инфекции.**

Бактериальный вагиноз (БВ) представляет полимикробную ассоциацию представленными анаэробами, бактероидами, группой мобилункус, гарднереллой, микоплазмами.

Клинические проявления: жжение и зуд половых органов, жжение при мочеиспускании, бели беловатые, сливкообразные или молочные, гомогенные, с неприятным «рыбным» запахом, усиливающимся после полового контакта.

Диагностика. Аминный запах при контакте выделений с калийной щёлочью: 10% КОН. Микроскопия влагалищных выделений. Выделение культуры *G. vaginalis* из влагалищных выделений не имеет диагностической значимости.

Лечение: метронидазол 500 мг дважды в день 7 дней. Альтернативные режимы: Метронидазол 2,0 однократно. Клиндамицин (далацин) крем 2% 5,0 (один полный аппликатор) во влагалище перед сном в течение 7 дней. Клиндамицин 300 мг через рот дважды в день в течение 7 дней. Бетадин по 1 свече во влагалище на ночь в течение 7 дней.

Микоплазменная инфекция. Микоплазмы являются уникальными микроорганизмами, занимающими промежуточное положение между бактериями и вирусами. Возбудители этой группы инфекций являются самыми мелкими свободно живущими прокариотами и относятся к семейству *Mycoplasmataceae*, а семейство разделяют на 2 рода – род *Mycoplasma* (около 100 видов) и род *Ureaplasma* (3 вида).

Пути распространения урогенитальной микоплазменной инфекции: половой (наиболее часто); восходящий; гематогенный; транслокация (из одного органа в другой); трансплацентарный.

Клиника. Специфической клинической картины заболевания нет. Наиболее частые жалобы: лёгкий зуд и жжение в области половых органов, дизурические расстройства, вагинит (70-80%), эндоцервицит (50-60%).

Методы лабораторной диагностики микоплазмоза. ИФА, ПЦР: соскобы из уретры, стенок влагалища, цервикального канала.

Лечение. *Системная антибактериальная терапия вне беременности.* Ровамицин внутрь по 3 млн ЕД 3 раза в сутки. Доксициклин (Юнидокс-солютаб) внутрь по 0,1 г 2 раза в сутки. Джозамицин (вильпрафен) внутрь по 0,5 г 2 раза в сутки. Азитромицин по 250 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 5-6 дней (сумамед) и другие антибиотики широкого спектра. Лечение при беременности: спирамицин (**Ровамицин**) по 3 млн ЕД 3 раза в сутки 10 дней с 12 нед. С 18 нед. джозамицин (**Вильпрафен**) по 0,5 г 2 р в сут. 7-10 дней.

Уреаплазмоз. Под уреаплазменной инфекцией в настоящее время понимают воспалительный процесс в мочеполовых органах, когда при

лабораторном обследовании обнаружена U.urealyticum и не выявлен другой патогенный микроорганизм.

Путь передачи такие же, как при микоплазменной инфекции.

Клиника. Частое, болезненное мочеиспускание, кольпит, цервицит – нет специфической клинической картины заболевания.

Диагностика. Культуральный метод. ПЦР – диагностика. ПИФ. ИФА.

Лечение. Проводится по тем же схемам, как при микоплазмозе.

Хламидиоз. Хламидии, вызывающие воспалительный процесс в урогенитальной области, относятся к виду *Chlamydia trachomatis*.

Классификация по клинике:

1. Неосложненная (хламидийная инфекция нижних отделов мочеполового тракта): эндоцервицит, уретрит, цистит, вульвовагинит;
2. Осложненная (верхних отделов мочеполового тракта).

Классификация по локализации:

1. хламидийная инфекция аноректальной области;
2. хламидийные фарингиты;
3. хламидийная инфекция другой локализации;

Клиника. Основная особенность клинического течения – наличие субъективно-асимптомных форм заболевания. Инкубационный период – 7-14 дней. *Основные клинические проявления:* незначительные слизистые или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, наличие цервицита, повышенная контактная кровоточивость слизистой оболочки шейки матки.

Осложнения. Бесплодие. Эктопическая беременность. Хронические абдоминальные боли. Поврежденная фертильность. Постинфекционные (реактивные) артриты.

Диагностика. ПЦР; Электронная микроскопия; ПИФ и НИФ; ИФА; Контрольное исследование проводят не ранее 3–4 нед после окончания курса лечения.

Терапия. Антибиотики тетрациклинового ряда, макролиды и фторхинолоны. Джозамицин (вильпрафен) 500 мг внутрь 2 раза в сутки 10 дней. Азитромицин (сумамед, зитролид, хемомицин) 1,0 г внутрь однократно за 1 час до еды или через 2 ч после еды. Офлоксацин – 300 мг внутрь после еды 2 раза в сутки в течение 7 дней или 400 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней.

Лечение при беременности: ровамицин по 3 млн. 3 раза в день 10 дней, вильпрафен в последующем коррекция микробиоценоза влагалища. Целесообразно одновременно лечить мужа беременной доксициклином или азитромицином.

Тема №5. Фоновые заболевания шейки матки и вульвы. Алгоритм обследования, ведения и лечения в условиях ЦСМ.

Патологические состояния шейки матки - одна из самых частых причин, по поводу которой женщины обращаются к врачу. К ним относятся: эктопия, дискератозы шейки матки, эктропион, полип цервикального канала.

Эктопия (псевдоэрозия) – возникает и развивается в условиях нарушения гормонального гомеостаза. Происходит смещение высокого цилиндрического эпителия на участок влагалищной части шейки матки. Наблюдается у 10-38% женщин моложе 30 лет. Старше 40 лет она обнаруживается у 10%.

У новорожденных девочек ЦЭ находится на уровне влагалищной порции шейки матки. По мере развития и роста, к моменту полового созревания граница двух эпителиев перемещается к наружному зеву. У некоторых девушек в период гормональной перестройки отдельные участки ЦЭ не достигают наружного зева и остаются «островками» на МПЭ с четкими границами – это и есть «врожденная» эктопия.

Жалобы у больных с эктопией почти отсутствуют. Заболевание может быть выявлено на профосмотре. В отдельных случаях имеют место обильные, гноевидные бели, межменструальные кровянистые выделения.

Осмотр у молодых женщин вокруг наружного зева видна ярко-красного цвета кайма с зернистой поверхностью и относительно с четкими границами. Реже на передней и задней губах выделяется «островок» ярко-красного цвета, папиллярного строения, возвышающийся над слизистой шейки. При сочетании с воспалением, наблюдается значительное усиление цвета, отек, кровоизлияние. Слизистая легко травмируется и кровоточит.

Диагностика: кольпоскопия, биопсия, цитологическое исследование.

Лечение. При воспалительном процессе.

«Врожденные» эктопии у молодых не рожавших женщин считаются физиологическим процессом и подлежат наблюдению 1 раз в 4-6 месяцев.

Осложненные эктопии после устранения воспалительного процесса могут быть подвергнуты физическим методам воздействия: диатермокоагуляции, крио- и лазеродеструкции, хирургическому лечению. Рекомендуются коррекция гестагенными препаратами во вторую фазу менструального цикла в течении шести месяцев. (дюфастон, премалют-нор).

Наблюдение в течение 2-х лет через 4-6 мес. с кольпоскопическим и цитологическим контролем.

Истинная эрозия – дефект покровного эпителия, диагностируемый у 8-10% больных с доброкачественной патологией шейки матки. Образуется в результате мацерации и слущивания эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки при длительном хроническом воспалении (воспалительная), в результате отслаивания многослойного плоского эпителия после травмы(травматическая), при наличии опущения и выпадения шейки матки(трофическая).

Осмотр. Истинная эрозия имеет ярко-красную окраску, легко кровоточит, однако быстро подвергается эпителизации.

Диагностика: кольпоскопия, биопсия, цитология.

Лечение. Истинная эрозия через 5-7 дней покрывается многослойным плоским эпителием. Если в течении одной недели эпителизация не произошла. То показана углубленное обследование (прицельная биопсия и выскабливание цервикального канала).

Лейкоплакия (дискератозы) – патологический процесс, связанный с ороговением поверхностных отделов многослойного плоского эпителия шейки матки, чаще встречается у женщин после 40 лет. Лейкоплакия нередко сопутствует злокачественному росту.

Различают простую и клинически выраженную лейкоплакию с атипией.

Жалобы у большинства отсутствуют. При воспалительном процессе придатков-боли, редко бели и сукровичные выделения.

Методы диагностики – осмотр, кольпоскопия, цитологическое и гистологическое исследование.

Лечение – электро-, крио-, радиохирургический и лазерохирургический методы, при использовании любого метода первым условием является уточнение диагноза, вторым-установление размеров поражения, третьим- лечебное воздействие должно быть выполнено в устранении патологического очага в пределах здоровых тканей.

Эритроплакия – как и лейкоплакия относится к дискератозам, в основе лежат процессы гиперплазии МПЭ с атипией его клеток. Эритроплакия встречается очень редко. Наблюдается атрофия поверхностного и промежуточного слоев МПЭ.

Клинически при эритроплакии видны в области эктоцервикса приподнятые темно-красные очаги, иногда сливающиеся между собой с четкими, но неровными границами, окруженные неизменной слизистой шейки матки. Поверхность блестящая, может контактно кровоточить.

Полипы локализуются преимущественно в цервикальном канале. Располагаются в области наружного зева и хорошо видны невооруженным глазом, развитие их связано с дисгормональными нарушениями и воспалительными процессами. Величина и форма полипов разнообразны. Поверхность их гладкая, консистенция от мягкой до плотной, в зависимости от содержания фиброзной ткани. Имеют ножку, в которой проходят сосуды. В зависимости от эпителия, покрывающего полип различают:

- 1) Полипы, покрытые цилиндрическим эпителием.
- 2) Полип, покрытый многослойным плоским эпителием.
- 3) Полипы, покрытые высоким цилиндрическим эпителием и/или незрелым метапластически измененным.

Полипы неоднотипны по структуре и соотношению желез и стромы, в связи с чем различают железистые, железисто-фиброзные и фиброзные.

Диагностика. Кольпоскопия. Цитологическое исследование.

Лечение. Хирургическое – удаление полипа и выскабливание цервикального канала.

Эктропион. Цилиндрический эпителий, выстилающий цервикальный канал, перемещается на влагалищную часть шейки матки в результате травматизации (не восстановленный или плохо восстановленный разрыв шейки матки). Нередко эктропиону сопутствует хронический эндоцервицит.

При осмотре яркая гиперемия вокруг цервикального канала с четкими границами с зернистой или бархатистой поверхностью. Иногда кровотокающая.

Диагностика. Кольпоскопия, биопсия.

Лечение. В детородном возрасте показана корригирующая диатермокоагуляция или пластическая операция. После 40-лет секторальная или круговая диатермоэксцизия (диатермоконизация).

Тема №6. Контрацепция. Консультирование. Проблемы послеродовой и подростковой контрацепции.

Контрацепция – это метод планирования семьи, направленный на предотвращение развития нежелательной беременности при половых сношениях.

Эффективность методов контрацепции оценивается по индексу Перля - количеству беременностей, наступивших у 100 женщин, использующих данный метод контрацепции в течении 1 года. Методы с индексом Перля от 0 до 1 являются очень эффективными; от 2 до 9-эффективными; от 10 и выше – низкоэффективными.

Различают следующие виды контрацепции:

Естественные методы контрацепции

Календарный (ритмический) метод. Возможность наступления беременности наиболее высока в перiovуляторный (близкий к овуляции) период менструального цикла. Используя календарный метод для предохранения от беременности, необходимо воздерживаться от половой близости в течение 2 дней до и после предполагаемой овуляции. При использовании данного метода контрацепции дни предполагаемой овуляции определяют измерением базальной температуры и выяснением постоянства дней ее подъема, по динамике базальной температуры. Метод малоэффективен, так как приемлем только у женщин с четким менструальным циклом, требует скрупулезности и внимания обоих партнеров.

Прерванное половое сношение — один из вариантов естественного метода контрацепции. Его достоинствами можно считать простоту и отсутствие материальных затрат. Но для многих пар метод неприемлем, поскольку постоянный самоконтроль снижает чувство сексуального удовлетворения.

Барьерные методы контрацепции

Основной барьерный метод – применение презерватива, что очень актуально в настоящее время, так как его применение осуществляет защиту от инфекций, передающихся половым путем.

К барьерным методам относится также применение влагалищной диафрагмы и шеечных колпачков.

Внутриматочные противозачаточные средства (ВМС).

Методика основана на введении в полость матки специальных приспособлений. Формы ВМС могут быть самыми разнообразными в виде кольца, спирали, зонтика, петли и т.д. При изготовлении ВМС применяют серебро, медь и пластмассу. Один из видов ВМС содержит прогестерон. Наиболее популярный вид ВМС-внутриматочные контрацептивы, содержащие медь.

Механизм действия ВМС:

- Тормозит миграцию сперматозоидов из влагалища в маточные трубы;
- Ускоряет переход оплодотворенной яйцеклетки через фаллопиевы трубы и ее попадание в полость матки;
- Тормозит процесс оплодотворения яйцеклетки;
- Вызывает гибель бластоцисты и препятствует ее имплантации;
- Медь тормозит поглощение эстрогенных гормонов эндометриальными и внутриклеточные реакции эстрогенов на эндометрий. ВМС, содержащие прогестерон или левоноргестрел, при длительном применении приводит к атрофии эндометрия.

Комбинированные оральные контрацептивы.

По комбинации эстрагена и гестагена КОК делятся на монофазные, двухфазные и трехфазные.

- Монофазные содержат неизменную дозу эстрогена и прогестагена в каждой таблетке;
- Двухфазные – содержат одинаковое количество эстрагена во всех таблетках, а доза прогестагена увеличена во второй фазе приема;
- Трехфазные содержат таблетки трех видов. В первой группе таблеток доза прогестагена очень низкая, в середине фазы доза несколько увеличивается, а в последней группе таблеток соответствует дозе в монофазном препарате. По суточной дозе эстрогенного компонента КОК делятся на:
 - высокодозированные более 35мкг/сутэтинилэстрадиола;
 - низкодозированные КОК содержат 30-35 мкг/сутэтинилэстрадиола;
 - микродозированные КОК содержат 15-20 мкг/сутэтинилэстрадиола.

Влагалищное кольцо

Это еще один метод гормональной контрацепции с использованием эстрогенов. По составу и принципу действия похож на КОКи, но радикально отличается способом применения. Гибкое кольцо вводится прямо во влагалище, где в нужных дозах высвобождает гормоны, которые способствуют подавлению овуляции. Преимущество над КОКами в том, что кольцо почти не воздействует на печень, недостатки – в относительном неудобстве применения: оно может выпасть из влагалища или мешать женщине.

Гормональный пластырь

Гормональный пластырь тоже содержит эстрогены, но приклеивается на кожу и подает в организм гормоны через кровь.

Мини-пили

Другая группа гормональных контрацептивов, в них нет эстрогенов, только прогестагены. Принцип их действия отличается от эстрогенсодержащих контрацептивов: они не препятствуют овуляции, но вызывают сгущение цервикальной слизи (слизи в шейке матки), что мешает сперматозоидам проникнуть в саму матку. Кроме того, прогестагены не дают набухнуть внутренней оболочке матки, или эндометрию (без использования гормонов это естественным образом происходит во второй половине менструального цикла). Из-за этого эмбрион не может прикрепиться к стенке матки и продолжить свое развитие.

Подкожные имплантаты

Вводимый под кожу противозачаточный гормональный имплантат, устанавливается на несколько лет и дозированно выделяет в организм необходимое количество гормона прогестагена. Как и мини-пили, имплантат повышает вязкость цервикальной слизи и не позволяет набухнуть эндометрию.

Химическая контрацепция

Вагинальные свечи, кремы, пены, губки и таблетки, которые обладают спермицидным эффектом, то есть разрушают сперматозоиды. Обычно все эти средства нужно применять за 10–15 минут до полового акта.. Недостаток – намного более низкая, чем у других методов эффективность. Поэтому использовать их рекомендуют в сочетании с другими средствами.

Хирургические методы контрацепции – стерилизация.

Применяется как у мужчин, так и у женщин. Стерилизация у мужчин – вазэктомия, заключается в перевязке и пересечении семявыносящих протоков, в результате сперматозоиды не поступают в эякулят. У женщин стерилизация обеспечивает непроходимость маточных труб, в результате чего оплодотворение невозможно.

Стерилизация относится к необратимым методам. Перед операцией проводят консультирование, при котором выясняют анамнез, объясняют суть метода. Далее проводят детальное обследование. От всех пациентов получают письменное согласие на операцию.

