Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Минздрава России

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Кафедра перинатологии акушерства и гинекологии лечебного факультета

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Акушерство и гинекология. Ординатура.

Сборник методических рекомендаций для преподавателя к практическим занятиям.

Для специальности ординатуры 31.08.01 - Акушерство и гинекология Блок\_\_\_\_\_\_\_ Учебный модуль

Красноярск

2018

УДК

ББК

Авт.знак

Акушерство и гинекология. Ординатура : сб. метод. указаний для преподавателей к практ. занятиям для специальности ординатуры 31.08.01 - Акушерство и гинекология .– Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – ... с.

**Составители:**

Базина М.И., Цхай В.Б., Макаренко Т.А., Шапошникова Е.В., Егорова А.Т., Жирова Н.В., Киселева Е.Ю., Маисеенко Д.А., Полстяная Г.Н., Домрачева М.Я., Брехова И.С., Коновалов В.Н., Ульянова И.О., Кузнецова Д.Е.

Сборник методических рекомендаций к практическим занятиям предназначен для преподавателя с целью организации занятий. Составлен в соответствии с требованием Приказа Минобрнауки России от 25 августа 2014 № 1043 «Об утверждении федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология (Очное, Ординатура, 2,00) (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», Стандарта организации «Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшего образования в ординатуре СТО 7.5.09-16».

.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол №\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_).

© ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России 2018

1. **Занятие № 1**

**Тема: «Нейрогуморальная регуляция менструального цикла. Специальные методы обследования в гинекологической эндокринологии».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: Знание этапов нейрогуморальной регуляции менструального цикла позволит на должном уровне проводить диагностику заболеваний встречающихся в гинекологической эндокринологии, в то время как владение основами интерпретации методов функциональной диагностики позволит проводить дифференциальную диагностику между наиболее часто встречающимися заболеваниями в гинекологической эндокринологии.

**Цели обучения:**

**- общая** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-3, ПК-2

**- учебная:**

Знать: уровни регуляции менструального цикла и методы функциональной диагностики, как и функциональные пробы применяемые с целью выявления нарушений нейрогуморальной регуляции менструального цикла

Уметь: Интерпретировать данные полученные в результате проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб для дальнейшей верификации уровня нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

Владеть: Техникой проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб.

**5.Место проведения семинарского занятия**: учебная комната.

**6.Оснащение занятия:** Таблица (тесты функциональной диагностики. Компьютерная презентация « Нейрогуморальная регуляция менструального цикла», муляж женской промежности)

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 15 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работаобучающихся:  а) разбор историй болезни  б) разбор курируемых пациентов; | 200 | Работа:  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

### 8.Аннотация (краткое содержание темы):

### Нейрогуморальная регуляция менструального цикла

Регуляция нормального менструального цикла осуществляется на уровне специализированных нейронов головного мозга, которые получают информацию о состоянии внутренней и внешней среды, преобразуют ее в нейрогормональные сигналы. Последние через систему нейротрансмиттеров поступают в нейросекреторные клетки гипоталамуса и стимулируют секрецию ГнРГ. ГнРГ через локальную кровеносную сеть гипоталамо-гипофизарной воротной системы проникает непосредственно в аденогипофиз, где обеспечивает цирхоральное выделение и выброс гликопротеиновых гонадотропинов: ФСГ и ЛГ. Они поступают в яичники по кровеносной системе: ФСГ стимулирует рост и созревание фолликула, ЛГ — стероидогенез. Под влиянием ФСГ и ЛГ яичники продуцируют эстрогены и прогестерон при участии ПРЛ, которые, в свою очередь, обусловливают циклические преобразования в органах-мишенях: матке, маточных трубах, влагалище, а также в коже, волосяных фолликулах, костях, жировой ткани, головном мозге.

Функциональное состояние репродуктивной системы регулируется определенными связующими звеньями между составляющими ее подсистемами:  
а) длинной петлей между яичниками и ядрами гипоталамуса;  
б) длинной петлей между гормонами яичников и гипофизом;  
в) ультракороткой петлей между гонадотропин-рилизинг-гормоном и нейроцитами гипоталамуса.  
Взаимоотношения между этими подсистемами основаны на принципе обратной связи, которая имеет как отрицательный (взаимодействие типа «плюс—минус»), так и положительный (взаимодействие типа «плюс—плюс») характер. Гармоничность процессов, происходящих в репродуктивной системе, определяется: полноценностью гонадотропной стимуляции; нормальным функционированием яичников, особенно правильным протеканием процессов в граафовом пузырьке и формирующемся затем на его месте желтом теле; правильным взаимодействием периферического и центрального звеньев — обратной афферентацией.

### Роль простагландинов в регуляции репродуктивной системы женщины

Простагландины представляют особый класс биологически активных веществ (ненасыщенные гидроксилированные жирные кислоты), которые обнаруживаются практически во всех тканях организма. Простагландины синтезируются внутри клетки и освобождаются в тех же клетках, на которые они действуют. Поэтому простагландины называют клеточными гормонами. В организме человека отсутствует запас простагландинов, так как они при поступлении в кровоток инактивируются за короткий период. Эстрогены и окситоцин усиливают синтез простагландинов, прогестерон и пролактин оказывают тормозящее воздействие. Мощным антипростагландиновым действием обладают нестероидные противовоспалительные препараты.

Роль простагландинов в регуляции репродуктивной системы женщины:

1. Участие в процессе овуляции. Под воздействием эстрогенов содержание простагландинов в клетках гранулезы достигает максимума к моменту овуляции и обеспечивает разрыв стенки зрелого фолликула (простагландины повышают сократительную активность гладкомышечных элементов оболочки фолликула и уменьшают образование коллагена). Простагландинам также приписывается способность к лютеолизу — регрессу желтого тела.  
2. Транспорт яйцеклетки. Простагландины оказывают влияние на сократительную активность маточных труб: в фолликулиновой фазе вызывают сокращение истмического отдела труб, в лютеиновой — его расслабление, усиление перистальтики ампулы, что способствует проникновению яйцеклетки в полость матки. Кроме этого, простагландины воздействуют на миометрий: от трубных углов по направлению ко дну матки стимулирующий эффект простагландинов сменяется тормозящим и, таким образом, способствует нидации бластоцисты.  
3. Регуляция менструального кровотечения. Интенсивность менструаций определяется не только структурой эндометрия к моменту его отторжения, но и сократительной активностью миометрия, артериол, агрегацией тромбоцитов.

Указанные процессы тесным образом связаны со степенью синтеза и деградации простагландинов.

**Специальные гинекологические обследования**

***Осмотр наружных половых органов***

Гинекологическое обследование начинается с осмотра наружных половых органов, который проводится в гинекологическом кресле. Женщина укладывается в спинно-ягодичное положение с разведенными бедрами. Оценивается характер и степень волосяного покрова, развитие больших и малых половых губ, высота и форма промежности (высокая, низкая, корытообразная), состояние половой щели (сомкнута или зияет), при натуживании можно определить опущение стенок влагалища. Необходимо обратить внимание на окраску слизистой преддверия влагалища, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных ходов, выводных протоков больших желез преддверия влагалища, характер влагалищного отделяемого. После осмотра наружных половых органов следует осмотреть область ануса. Состояние наружных половых органов может свидетельствовать о разрывах промежности в предыдущих родах, половая щель при этом зияет и стенки влагалища даже при легком напряжении опускаются.

***Осмотр с помощью влагалищных зеркал***

Осмотр с помощью влагалищных зеркал является обязательной частью каждого гинекологического обследования. Он позволяет оценить состояние слизистой влагалища, цвет, складчатость, характер влагалищных выделений, форму влагалищной части шейки матки, состояние наружного маточного зева, наличие воспалительных изменений на слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки.

***Бимануальное (двуручное) влагалищное обследование***

Бимануальное обследование проводится в стерильных перчатках, перед исследованием женщине предлагается опорожнить мочевой пузырь. Прямая кишка должна быть опорожнена заранее.

Влагалищное обследование производится путем введения второго и третьего пальцев правой руки во влагалище. Кисть второй руки располагается со стороны брюшной стенки, при сближении рук можно определить величину, положение, консистенцию, подвижность, болезненность матки. Переместив пальцы в своды, можно обнаружить увеличенные придатки. Нормальные трубы и яичники обычно не прощупываются. При воспалительных заболеваниях придатков можно обнаружить увеличенные, иногда болезненные образования в области придатков. При влагалищном обследовании определяют состояние влагалища, его объем, растяжимость, глубину сводов, величину, форму влагалищной части шейки матки (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями), отмечают наличие кондиломатозных разрастаний. Важно обследовать состояние наружного зева (закрыт или открыт), подвижность шейки. Через задний свод и заднюю стенку влагалища можно определить состояние околоматочной клетчатки и наличие или отсутствие деформаций костей таза. При этом виде обследования можно получить много информации, а иногда и поставить диагноз.

***Ректальное обследование***

Ректальное обследование проводится у девственниц и при сужении, сдавлении опухолью влагалища. Обследования проводится вторым пальцем правой руки, палец обязательно смазывается перед этим вазелином. Левая рука помещается над лоном, при сближении рук можно определить положение, консистенцию, величину матки и придатков. Перед ректальным обследованием предварительно должен быть опорожнен мочевой пузырь и прямая кишка.

***Ректовагинальное обследование***

Ректовагинальное обследование выполняется введением второго пальца во влагалище, а третьего в прямую кишку, это комбинированное обследование применяется в онкогинекологии при подозрении на патологические изменения в параметральной клетчатке и прямокишечно-маточном пространстве при раке яичников, шейки матки и тела матки.

**Тесты функциональной диагностики**

Тесты функциональной диагностики используются для определения гормональных состояний яичников. В связи с изменениями гормонального уровня происходит изменение физико-химических свойств слизи, циклические изменения в эпителии влагалища. Тесты функциональной диагностики используются в обследовании женщин при нарушениях менструального цикла, бесплодии.

***Феномен зрачка***

Феномен зрачка связан с изменениями количества и качества слизи в шеечном канале в зависимости от гормональной насыщенности и тонуса шейки матки. На 8–9-й день менструального цикла в расширившемся наружном отверстии канала шейки матки появляется прозрачная слизь. При осмотре в зеркалах наружный зев, заполненный слизью, напоминает глаз птицы или зрачок, симптом носит название по имени автора «симптом Голубевой». Количество слизи и диаметр наружного зева увеличиваются и достигают максимума перед овуляцией, после овуляции слизь отторгается и в позднюю лютеиновую фазу наружный маточный зев у рожавших женщин принимает форму щели. Тест оценивается по трехбалльной системе, в оценке учитывается диаметр наружного отверстия шеечного канала. К моменту овуляции феномен достигает максимальной выраженности, диаметр наружного зева 0,3–0,35 см, что связано с максимальной продукцией эстрогенов. Наличие слабовыраженного феномена зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует о снижении эстрогенов, сохранение его в течение всего менструального цикла может указать на гиперэстрогению, что случается при персистенции фолликула. При старых разрывах, деформациях шейки, эрозиях тест читается не отчетливо.

***Феномен папоротника (феномен арборизации)***

Феномен папоротника основан на способности шеечной слизи при высушивании образовывать кристаллы. Причиной кристаллизации является изменение физико-химических свойств слизи под воздействием высокой эстрогенной насыщенности. При осмотре в зеркалах материал из шеечного канала получают с помощью анатомического пинцета, полученную слизь наносят на предметное стекло и высушивают, оценку кристаллизации производят при микроскопии под малым увеличением. За 2–3 дня до овуляции слизь кристаллизуется, образуя характерный рисунок листа папоротника. Чем выше уровень эстрогенов, тем крупнее рисунок листьев, отходящих от основного ствола под углом 90о. После овуляции на фоне полноценной функции желтого тела и хорошей прогестероновой насыщенности кристаллизация исчезает и высушенная слизь представляется в форме глыбок. Феномен позволяет ретроспективно судить о прошедшей овуляции. Наличие феномена папоротника в течение всего менструального цикла свидетельствует об ановуляции. Отсутствие его в течение цикла может косвенно подтверждать наличие эстрогенной недостаточности.

***Феномен растяжения шеечной слизи***

Феномен растяжения шеечной слизи меняется в течение всего менструального цикла. Прозрачная тягучая слизь появляется к 8–9-му дню менструального цикла. Корнцангом или пинцетом слизь получают из канала шейки матки, инструмент извлекают и осторожно растворяют бранши инструмента, слизь растягивается. По длине растяжения можно говорить о продукции эстрогенов. Растяжение на 10–12 см соответствует высокому уровню эстрогенов, что отмечается перед овуляцией. Через 48–72 часа после овуляции слизь утрачивает способность к растяжению и рвется на первом сантиметре. Оценка состояния шеечной слизи может дать косвенное представление о наличии или отсутствии овуляции.

***Тест базальной (ректальной) температуры***

Тест базальной температуры основан на гипертермическом эффекте, который наблюдается во вторую фазу менструального цикла (высокий уровень ЛГ, прогестерона раздражает центр терморегуляции). При повышении секреции прогестерона во вторую фазу цикла отмечается повышение базальной температуры на 0,4–0,8 оС , что свидетельствует о произошедшей овуляции и хорошей функции желтого тела. Температуру измеряют термометром, специально отведенным для этого, утром натощак, не поднимаясь с постели, около 7 часов утра в течение 5–7 минут, погрузив термометр на 5–7 см за сфинктер прямой кишки. Полученные данные в течение 1–2 месяцев записывают, а затем изображают графически. У здоровых женщин базальная температура в фолликулиновую фазу цикла ниже 37 оС, после овуляции повышается до 37,1–37,3 оС и иногда до 37,5 оС. Перед началом подъема температуры отмечается кратковременное ее снижение на 0,2–0,3 оС, что соответствует времени овуляции. Перед началом менструации за 1–2 дня, когда желтое тело погибает и отмечается спад гормонов, базальная температура вновь снижается. Монотонная температура в пределах 36,5–36,9 оС свидетельствует об ановуляторном цикле. Стойкое повышение температуры при задержке менструации в случае регулярного менструального цикла может быть признаком наступившей беременности. При нормально протекающей беременности базальная температура остается повышенной, особенно в первую половину беременности, снижение базальной температуры во время беременности свидетельствует об угрозе прерывания. При проведении этого теста погрешности могут возникнуть при обострении хронических инфекций.

***Кольпоцитология (исследование отделяемого влагалища на гормональный фон)***

Кольпоцитологическое исследование влагалищных мазков основано на циклических изменениях эпителия влагалища под влиянием половых стероидов. Эти изменения характеризуются появлением в мазках поверхностных клеток — это крупные полигональной формы клетки с пикнотическим ядром. При повышении эстрогенов количество этих клеток увеличивается. В мазках могут определяться промежуточные клетки (веретенообразные с прозрачной цитоплазмой) и парабазальные (овальные с крупным ядром). Количественное соотношение клеток в мазках и их характеристика являются основой кольпоцитологической диагностики. Материал получают с боковых стенок верхней трети влагалища с помощью палочки с ватным концом и наносят на предметное стекло тонким слоем. Исследованию подлежат клетки, самостоятельно отторгшиеся (эксфолиировавшиеся). Несоблюдение этого требования может привести к ошибке в оценке гормонального состояния. За 2 дня до исследования необходимо рекомендовать женщине воздержаться от половой жизни, не спринцеваться, не вводить во влагалище лекарств. При анализе следует учитывать возраст и день менструального цикла. Для полной картины гормонального состояния мазки следует взять 4 раза в течение менструального цикла (на 6–7-й; 12–13-й; 16–17-й; 23–25-й дни при 28-дневном менструальном цикле). В окраске используют полихромные методы. Вычисляют следующие параметры:

* процентное соотношение поверхностных, промежуточных и парабазальных клеток;
* кариопикнотический индекс — это процентное соотношение клеток с пикнотическим ядром к клеткам, имеющим непикнотические ядра;
* эозинофильный индекс — это процентное отношение эозинофильноокрашенных поверхностных клеток к клеткам базофильной окраски. Эозинофильное окрашивание характерно для высокого уровня эстрогенов.

По клеточному составу влагалищных мазков можно оценить степень эстрогенной насыщенности. Различают 4 типа мазков.

**Первый тип мазка** — в нем преобладают базальные клетки с крупными ядрами, могут встречаться лейкоциты. Такая картина характерна для выраженной эстрогенной недостаточности (реакция 1).

**Второй тип мазка** — среди парабазальных клеток с крупными ядрами встречаются отдельные клетки промежуточного и базального слоя. Лейкоциты единичные. Эта картина характерна для умеренной эстрогенной недостаточности (реакция 2).

**Третий тип мазка** — состоит преимущественно из клеток промежуточного слоя, иногда встречаются поверхностные клетки. Это характерно для незначительной эстрогенной недостаточности (реакция 3).

**Четвертый тип мазка** — преобладают хорошо очерченные полигональной формы большие клетки поверхностного эпителия с маленьким ядром. Мазок свидетельствует о хорошей эстрогенной насыщенности (реакция 4).

Кольпоцитологическое обследование в сочетании с другими тестами функциональной диагностики позволяет составить четкое представление о наличии или отсутствии овуляции в менструальном цикле.

Вышеперечисленные тесты функциональной диагностики широко используются в обследовании женщин при нарушениях менструального цикла, бесплодии, а феномен зрачка, феномен папоротника и тест базальной температуры часто используются при естественных методах контрацепции.

**Функциональные пробы**

Функциональные пробы применяют для уточнения состояния различных уровней регуляции репродуктивной системы. Известно, что введенные в организм гормоны действуют так же, как эндогенные.

***Пробы с гестагенами***

Применяется для выяснения степени дефицита эстрогенов. Часто проводят при аменорее. Проба заключается во введении прогестерона по 10–20 мг в сутки в течение 3–5 дней или норколута по 5 мг в день в течение 8 дней, иногда используется 17-оксипрогестерон капронат по 125 мг однократно внутримышечно. Появление кровотечения через 24–48 часов после окончания пробы расценивается, как показатель умеренной эстрогенной недостаточности. Отсутствие кровотечения (отрицательная проба) свидетельствует о выраженной эстрогенной недостаточности или о маточных причинах аменореи.

***Проба с эстрогенами и гестагенами***

Применяется при маточной форме аменореи для выяснения степени дефицита эстрогенов. Введение эстрогенов (фолликулина 20 000 ед, синэстрола 2 мг, микрофоллина 0,1 мг в течение 8–10 дней, а затем гестагенов в течение 5–7 дней) через 2–4 дня вызывает менструалоподобную реакцию, положительная проба указывает на гипофункцию яичников, отсутствие менструалоподобной реакции — отрицательная проба — свидетельствует о маточной форме аменореи.

***Проба с гонадотропином***

Проба применяется для установления причины ановуляции при подозрении на первичную яичниковую недостаточность. Для пробы используют пергонал 150 мл внутримышечно в течение 5–7 дней или профазе (хориогонический гонадотропин) по 1500–3000 ед в течение 3 дней. Уровень содержания эстрадиола в крови определяют до и после введения препарата. При положительной пробе уровень эстрадиола увеличивается в 3–5 раз. Отсутствие увеличения уровня эстрадиола (отрицательная проба) свидетельствует о первичной неполноценности яичника.

***Проба с кломифеном***

Проводится при заболеваниях, сопровождающихся ановуляцией. Перед проведением пробы с помощью оральных контрацептивов в течение полного цикла вызывают менструалоподобную реакцию. С 5-го по 9-й день от начала менструалоподобной реакции назначают кломифен по 50 мг 2 раза в день. Это приводит к выбросу ФСГ, ЛГ и созреванию фолликулов в яичнике, что сопровождается выделением стероидных гормонов. Положительная проба указывает на сохранение активности системы гипоталамус–гипофиз–яичники. На фоне пробы с кломифеном измеряется базальная температура. Менструалоподобная реакция должна наступить через 25–30 дней после приема кломифена. При отрицательной пробе наблюдается монофазная температура, отсутствие менструалоподобной реакции, повышения уровня эстрадиола, что позволяет думать о нарушении функциональной способности гипоталамуса и гипофиза.

***Проба с дексаметазоном***

Проводится у женщин с клиническими проявлениями вирилизации для установления источника повышенного уровня андрогенов. Источником андрогенов могут быть яичники (при эндокринных заболеваниях) и надпочечники. Назначают внутрь 0,5 мг дексаметазона 4 раза в сутки в течение 3 дней. До и после проведения пробы определяют содержание 17-кетостероидов. Это малая дексаметазоновая проба. При большой пробе больной назначают 8 мг дексаметазона в сутки (в 4 приема) в течение 3 суток. Проба считается положительной при снижении содержания 17-кетостероидов на 50–75% по сравнению с исходным уровнем, что указывает на гиперплазию коркового вещества надпочечников. Отрицательная проба (отсутствие снижения 17-кетостероидов) говорит об яичниковом происхождении андрогенов.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

- Назвать уровни регуляции менструального цикла;

-Второй уровень регуляции менструального цикла и его влияние на ниже лежащие структуры;

-Физиологическая продолжительность менструации;

-Гормоны вырабатываемые на третьем и четвертом уровне регуляции;

-Влияние простагландинов и глюкокортикостероидов на регуляцию менструального цикла;

-Методы функциональной диагностики применимые в гинекологии;

-Показания для проведения бимануального влагалищного исследования и ректоабдоминального влагалищного исследования.

**10Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

1.Основная триада жалоб гинекологических больных

1. Боли, тошнота, кровотечения
2. Бели, боли в пояснице, бесплодие
3. Повышение температуры тела, боли, бели
4. Боли, бели, кровотечения
5. Бели, кровотечения, бесплодие

2. Какие виды кольпоскопии существуют

1. Простая и расширенная
2. Сложная и простая
3. Двойная
4. Моно и биконтрастная
5. Все перечисленные

3.Для диагностики каких заболеваний показана пункция брюшной полости через задний свод влагалища

1. Прервавшаяся трубная беременность
2. Разрыв капсулы кистомы яичника
3. Апоплексия яичника
4. Перфорация пиосальпинкса
5. Все перечисленное

4.Какой наиболее благоприятный период для раздельного диагностического выскабливания стенок матки при гиперпластических процессах в эндометрии

1. 1 фаза менструального цикла
2. Перед менструацией
3. Середина менструального цикла
4. Сразу после менструации
5. Все перечисленное

5.Для диагностики каких заболеваний показана гистеросальпингография

1. Субмукозная миома матки
2. Трубное бесплодие
3. Аномалии развития матки
4. Аденомиоз
5. Все перечисленное

6.Какие эндоскопические методы диагностики вы знаете? Выберите неправильный ответ.

1. Кульдоскопия
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

7.В каких случаях производится ректо-абдоминальное исследование?

1. Во всех при гинекологическом осмотре
2. У девственниц
3. При воспалении придатков матки
4. При миоме матки
5. При бесплодии

8.В каких случаях производится зондирование матки?

1. Перед раздельным диагностическим выскабливанием стенок матки
2. Перед введением ВМС
3. При диагностике атрезии цервикального канала
4. При диагностике субмукозной миомы матки
5. Во всех перечисленных

9.Форма шейки матки у нерожавших женщин?

1. Коническая
2. Бочкообразная
3. Цилиндрическая
4. Продолговатая
5. Шаровидная

10.Какой эпителий покрывает влагалищную часть шейки матки?

1. Цилиндрический
2. Кубический
3. Многослойный плоский
4. Призматический
5. Атипический

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-б |
| 2-а | 7-б |
| 3-д | 8-д |
| 4-б | 9-а |
| 5-д | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-2.**

# Задача № 1

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

1. Беременность.
2. Маточная и внематочная беременность, заболевания ЖКТ (гастрит и др.).
3. Анализ мочи на β-ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
4. При подтверждении прогрессирующей трубной беременности экстренно в сопровождении медицинского работника госпитализировать больную в гинекологическое отделение.Лечебно-диагностическая лапароскопия
5. Пять.

# Задача № 2

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
  2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
  3. Направить больную в гинекологический стационар.
  4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
  5. Пять.

# Задача № 3

Пациентка 26 лет ,жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Беременность.
  2. Маточная и внематочная беременность, заболевания ЖКТ (гастрит и др.).
  3. Анализ мочи на β-ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
  4. При подтверждении прогрессирующей трубной беременности экстренно в сопровождении медицинского работника госпитализировать больную в гинекологическое отделение.Лечебно-диагностическая лапароскопия
  5. Пять.

**Задача №4**

Больная 50ет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
  2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
  3. Направить больную в гинекологический стационар.
  4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного.
  5. Пять.

**Задача №5**

Больная 25лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

# Эталон ответа

1. Синдром Шихана.
2. Опухоль гипофиза. Психогенная аменорея.
3. Анализ крови: ФСГ, ЛГ, Прл, ТТГ, АКТГ, Эстрадиол. КТГ головного мозга. УЗИ гениталий.
4. Некроз гипофиза вследствие массивной кровопотери в родах.
5. Заместительная гормональная терапия. Витаминотерапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**-**Оценить степень выраженности симптома «зрачка»;

**-**Интерпретация графика базальной температуры;

**-**Оценка функциональной пробы с гестагенами ;

**-**Оценка функциональной пробы с дексаметазом;

1. **Занятие № 2**

**Тема: «СПКЯ. Этиология, патогенез, клиника, принципы терапии».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: СПКЯ входит в структуру заболеваний, являющихся причинами развития первичного и вторичного бесплодия. Кроме того СПКЯ вызывает ряд нейрогуморальных нарушений приводящих к тяжелым нарушениям функционирования всех уровней регуляции репродуктивной системы женщины. Знание клинической картины, методов диагностики и лечения данного заболевания позволит врачу акушеру-гинекологу снизить частоту развития данного заболевания, а как следствие снизить частоту развития бесплодия.

**Цели обучения:**

**- общая** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.

**- учебная:**

Знать: Этиопатогенез. Клиническую картину, методы диагностики и дифференциальной диагностики, современные методы лечения, реабилитацию СПКЯ.

Уметь: На основании данных клинической картины заболевания своевременно диагностировать СПКЯ и дифференцировано подобрать адекватные методы лечения.

Владеть: Современными методами диагностики, консервативного и хирургического лечения СПКЯ.

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната.

**6.Оснащение занятия** Таблица патогенез СПКЯ. Компьютерная презентация «Принципы терапии СПКЯ».

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| пп/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) – патология структуры и функции яичников, основными критериями которых являются хроническая ановуляция и гиперандрогения. Частота СПКЯ составляет около 30% среди пациенток гинекологов-эндокринологов, а в структуре эндокринного бесплодия достигает 75%.

Структурные изменения яичников при этой патологии хорошо изучены и характеризуются:

Двухсторонним увеличением размеров яичников в 2–6 раз.

Гиперплазией стромы.

Гиперплазией клеток тека с участками лютеинизации.

Наличием множества кистозно-атрезирующихся фолликулов диаметром 5–8 мм, расположенными под капсулой в виде «ожерелья».

Утолщением капсулы яичников.

**Патогенез СПКЯ** Суммируя основные современные представления об этой патологии можно выделить следующие основные положения патогенеза. Но сначала напомним основы стероидогенеза в яичниках. Синтез андрогенов происходит в клетках тека фолликулов определенной стадии зрелости диаметром 5–8 мм и в строме. Регулируют синтез андрогенов ЛГ инсулиноподобный фактор роста-I (ИПФР-I) и энзим (цитохром Р450с17). В превращении андрогенов (тестостерона и андростендиона) в эстрогены (эстрадиол и эстрон), так называемый процесс ароматизации андрогенов, участвует цитохром Р450с17. Синтез энзима регулируется ФСГ.

**В СПКЯ гиперандрогения является следствием:** Повышения уровня ЛГ в результате нарушения цирхорального ритма выделения ГнРГ и гонадотропинов, формирующегося в пубертатном возрасте, в период становления гормональной функции репродуктивной системы. Возможной причиной являются генетические факторы. Гиперстимуляция ЛГ нарушает фолликулогенез в яичниках, формируется кистозная атрезия фолликулов с гиперплазией тека-клеток, стромы и увеличением синтеза андрогенов. В результате дефицита ФСГ, необходимого для синтеза энзимов, ароматизирующих андрогены в эстрогены, происходит накопление андрогенов и дефицит эстрадиола.

* Важным механизмом гиперандрогении является характерная для СПКЯ инсулинорезистентность (ИР) – уменьшение утилизации глюкозы в организме. В результате возникает компенсаторная гиперинсулинемия. Поскольку имеется дефект рецепторов инсулина, его действие реализуется через рецепторы ИПФР-I. Инсулин и ИПФР-I способствуют усилению ЛГ-зависимого синтеза андрогенов в тека-клетках и строме, а также стимулируя выброс ЛГ.
* Увеличение концентрации свободного биологически активного Т за счет уменьшения образования ПССГ. Синтез ПССГ уменьшается вследствие снижения уровня эстрадиола и гиперинсулинемии.
* – Определенная роль принадлежит жировой ткани. При ожирении нарушается толерантность к глюкозе по диабетогенному типу. Развивается инсулинорезистентность и компенсаторная гиперинсулинемия. Вследствие этих метаболических нарушений усиливается синтез андрогенов в адипоцитах (жировых клетках) и соответственно превращение (ароматизация) тестостерона в эстрадиол и андростендиона в эстрон. Этот процесс имеет автономный характер, не зависит от гонадотропной стимуляции. Таким образом, жировая ткань является источником андрогенов и эстрогенов (в основном эстрона) внегонадного происхождения.

Нарушения синтеза половых гормонов при СПКЯ и их клинические проявления представлены на схеме 1. Основными клиническими проявлениями СПКЯ являются хроническая ановуляция и яичниковая гиперандрогения. Различия в патогенезе, преобладание того или другого механизма, позволяют выделить ***два основных механизма формирования: СПКЯ с ожирением и СПКЯ без ожирения,*** представленных на схеме 2. При ожирении имеет место ИР и, как следствие, ГИ, что повышает ЛГ-зависимый синтез андрогенов в тека-клетках (как было указано выше). У женщин с нормальной массой тела повышенный уровень гормона роста стимулирует синтез ИПФР в клетках гранулезы, что, в свою очередь, паракринным путем осуществляет эффект ИПФР на тека-клетки. В сочетании с увеличением уровня ЛГ это приводит к гиперпродукции андрогенов по тому же механизму, что и при ожирении. Как видно, различия только в пусковом механизме, результатом является увеличение синтеза андрогенов в яичниках.

Итак, СПКЯ – многофакторная патология, возможно, генетически детерминированная, в патогенезе которой участвуют центральные механизмы гонадотропной функции гипофиза (с пубертатного периода), местные яичниковые факторы, экстраовариальные эндокринные и метаболические нарушения, определяющие клиническую симптоматику и морфологические изменения яичников.

**Клиническая картина**

Для СПКЯ характерны следующие симптомы:

1. **Нарушение менструального цикла** по типу олигоаменореи. Поскольку нарушение гормональной функции яичников начинается с пубертатного периода, с момента физиологической активации функции яичников, нарушения цикла начинаются с менархе и не имеют тенденции к нормализации. Следует отметить, что возраст менархе соответствует таковому в популяции – 12–13 лет, в отличие от надпочечниковой гиперандрогении при адреногенитальном синдроме (АГС), когда менархе запаздывает. Примерно у 10–15% пациенток нарушения менструального цикла имеют характер ДМК на фоне гиперпластических процессов эндометрия. Поэтому женщины с СПКЯ входят в группу риска развития аденокарциномы эндометрия, ФКМ и рака молочных желез.   
2. **Ановуляторное бесплодие.** Важно отметить, что бесплодие имеет первичный характер в отличие от надпочечниковой гиперандрогении при АГС, при которой возможна беременность и характерно невынашивание.   
3. **Гирсутизм**, различной степени выраженности, развивается постепенно с периода менархе. Отметим, что при АГС гирсутизм развивается до менархе, с момента активации гормональной функции надпочечников в период адренархе.   
4. Превышение массы тела отмечается примерно у 70% женщин при ИМТ 26—30, что соответствует II–III степени ожирения. **Ожирение** чаще имеет универсальный характер, о чем свидетельствует отношение объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ) менее 0,85, характеризующего женский тип ожирения. Соотношение ОТ/ОБ более 0,85 характеризует кушингоидный (мужской) тип ожирения и встречается реже.   
5. Молочные железы развиты правильно, у каждой третьей женщины имеет место **фиброзно-кистозная мастопатия** (ФКМ), развивающаяся на фоне хронической ановуляции и гиперэстрогении. В последние годы было установлено, что при СПКЯ часто имеет место **инсулинорезистетность (ИР)** и компенсаторная **гиперинсулинемия (ГИ)** – нарушения углеводного и жирового обмена по диабетоидному типу. Отмечается также дислипидемия с преобладанием липопротеинов атерогенного комплекса (холестерина, триглицеридов, ЛПНП и ЛПОНП). Это, в свою очередь, повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний во 2–3-м десятилетиях жизни, которым эти заболевания не свойственны.

**Диагностика:** Характерный анамнез, внешний вид и клиническая симптоматика облегчают диагностику СПКЯ. В современной клинике диагноз СПКЯ можно поставить без гормональных исследований, хотя они также имеют характерные особенности. Диагноз ПКЯ может быть установлен при ***трансвагинальном УЗИ***, на основании четких критериев эхоскопической картины: объем яичников более 9 см3, гиперплазированная строма составляет 25% объема, более 10 атретичных фолликулов диаметром до 10 мм, расположенных по периферии под утолщенной капсулой. Объем яичников определяется по формуле: см3 = ДЅ Т Ѕ Ш Ѕ 0,5, где Д, Т, Ш – длина, толщина и ширина яичника, 0,5 – коэффициент. Увеличение объема яичников за счет гиперплазированной стромы помогает дифференцировать ПКЯ от нормальных (на 5–7-й день цикла) или мультифолликулярных (МФЯ). Последние характерны для раннего пубертата, гипогонадотропной аменореи, длительного приема комбинированных оральных контрацептивов. Характерной УЗ-картиной МФЯ является небольшое число фолликулов диаметром от 4 до 10 мм, расположенных по всей строме, и, главное, нормальный объем яичников. М.В. Медведев, Б.И. Зыкин (1997) дают следующее определение МФЯ: «преходящие изменения в структуре яичников в виде множества эхонегативных включений диаметром 5–10 мм, имеющих обратное развитие ***при отсутствии клинической картины и эхоструктуры поликистозных яичнииков»***. Внедрение трансвагинальной эхографии с высокой разрешающей способностью аппаратов значительно улучшило диагностику ПКЯ, приближая ее к морфологической. Последним достижением стало внедрение Dewailly и соавт. (1994) компьютеризированной УЗИ техники для детального исследования стромы и фолликулярного аппарата яичников.

Итак, УЗИ является неинвазивным, высокоинформативным методом, который можно считать золотым стандартом в диагностике СПКЯ.

***Гормональная характеристика СПКЯ***. Критериями диагностики СПКЯ являются: повышение уровня ЛГ, соотношения ЛГ/ФСГ более 2,5, увеличение уровня общего и свободного Т при нормальном содержании ДЭА-С и 17-ОНП. После пробы с дексаметазоном содержание андрогенов незначительно снижается, примерно на 25% (за счет надпочечниковой фракции). Проба с АКТГ отрицательная, что исключает надпочечниковую гиперандрогению, характерную для АГС. Отмечено также повышение уровня инсулина и снижение ПССГ в крови.

***Метаболические нарушения*** при СПКЯ характеризуются: повышением уровня триглицеридов, ЛПНП, ЛПОНП и снижением ЛПВП. В клинической практике простым и доступным методом определения нарушения толерантности глюкозы к инсулину является сахарная кривая. Определение сахара крови натощак и затем в течение 2-х часов после приема 75 г глюкозы. На основании результатов строится гликемическая кривая. Если через 2 часа уровень сахара крови не приходит к исходным цифрам, это свидетельствует о нарушенной толерантности к глюкозе, т.е. ИР, и требует соответствующего лечения.   
***Биопсия эндометрия*** показана женщинам с ациклическими кровотечениями в связи с большой частотой гиперпластических процессов эндометрия.

Таким образом, диагноз СПКЯ ставится на основании следующих данных:

* своевременный возраст менархе,
* нарушение менструального цикла с периода менархе в подавляющем большинстве по типу олигоменореи,
* гирсутизм и у более чем половины женщин — ожирение с периода менархе,
* первичное бесплодие,
* хроническая ановуляция,
* увеличение объема яичников за счет стромы и кистозных фолликулов по данным трансвагинальной эхографии,
* повышение уровня тестостерона,
* увеличение ЛГ и отношения ЛГ/ФСГ.

Дифференциальная диагностика СПКЯ проводится с гиперандрогенией, обусловленной АГС, а также с вирилизирующими опухолями яичников и/или надпочечников.

**Лечение**

Как правило, пациентки с СПКЯ обращаются к врачу с жалобами на бесплодие. Поэтому целью лечения является восстановление овуляторных циклов. При СПКЯ с ожирением и с нормальной массой тела последовательность терапевтических мер различается. При наличии ожирения первый этап терапии – ***нормализация массы тела***. Снижение массы тела на фоне редукционной диеты приводит к нормализации углеводного и жирового обмена. Диета предусматривает снижение общей калорийности пищи до 2000 ккал в день, из них 52% приходится на углеводы, 16% – на белки и 32% – на жиры, причем насыщенные жиры должны составлять не более 1/3 общего количества жира. Важным компонентом диеты является ограничение острой и соленой пищи, жидкости. Очень хороший эффект отмечается при использовании разгрузочных дней, голодание не рекомендуется в связи с расходом белка в процессе глюконеогенеза. Повышение физической активности является важным компонентом не только для нормализации массы тела, но повышения чувствительности мышечной ткани к инсулину. Самое главное убедить пациентку в необходимости нормализации массы тела как первого этапа в лечении СПКЯ. Вторым этапом в лечении является ***медикаментозная терапия метаболических нарушений (ИР и ГИ)*** в случае отсутствия эффекта от редукционной диеты и физических нагрузок. Препаратом, повышающим чувствительность периферических тканей к инсулину, является метформин – из класса бигуанидов. Метформин приводит к снижению периферической ИР, улучшая утилизацию глюкозы в печени, мышцах и жировой ткани, нормализует липидный профиль крови, снижая уровень триглицеридов и ЛПНП. Препарат назначается по 1000–1500 мг/сутки в течение 3–6 мес под контролем глюкозотолерантного теста. При СПКЯ на фоне нормальной массы тела начинают с лечения бесплодия, т.е. стимуляции овуляции. ***Стимуляция овуляции*** проводится после нормализации массы тела, исключения трубного и мужского факторов бесплодия. В настоящее время большинство клиницистов на первом этапе индукции овуляции применяют кломифен. Надо отметить, что длительно применявшийся метод стимуляции овуляции применением эстроген-гестагенных препаратов, основанный на ребаунд-эффекте после их отмены, не потерял своей популярности. При отсутствии эффекта от терапии эстроген-гестагенами, кломифеном, рекомендуется назначение гонадотропинов или хирургическая стимуляция овуляции. Стимуляция овуляции ***кломифеном*** начинается с 5-го по 9-й день .

***Клиновидная резекция яичников, хирургический метод стимуляции овуляции,*** предложенный еще в 30-х годах был наиболее распространенным до 60-х годов, до кломифеновой эры. Из-за спаечного процесса, резко снижающего частоту наступления беременности, большинство клиницистов отказались от резекции яичников при лапаротомии. В последние годы интерес к хирургическому лечению возрос в связи с внедрением операционной лапароскопии, преимуществами которой являются минимальное инвазивное вмешательство и снижение риска спайкообразования. Кроме того, преимуществами лапароскопической резекции являются: отсутствие риска гиперстимуляции, наступления многоплодной беременности и возможность ликвидации часто сопутствующего перитонеального фактора бесплодия. Патофизиологические механизмы клиновидной резекции в стимуляции овуляции основаны на уменьшении объема стероидпродуцирующей стромы яичников. В результате чего нормализуется чувствительность гипофиза к ГнРГ и восстанавливаются гипоталамо-гипофизарно-яичниковые связи.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1) Частота встречаемости СПКЯ.

2) Патогенез СПКЯ.

3) Клиническая картина СПКЯ.

4) Методы диагностики СПКЯ.

5) Лечение СПКЯ.

**10. Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

1.Положительная проба (малый тест) с дексаметазоном свидетельствует о том, что

а) источником гиперандрогении являются яичники

б) источником гиперандрогении являются надпочечники

в) гиперандрогения связана с аденомой гипофиза

г) гиперандрогения обусловлена кортикостеромой надпочечника

д) не представляет диагностической ценности

2.Комбинированные эстроген-гестагенные препараты применяются с лечебной целью у больных

а) с гиперандрогенией, обусловленной склерокистозом яичников

б) с гиперандрогенией, обусловленной арренобластомой яичника

в) с адреногенитальным синдромом

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

3.Положительная проба с гестагенами для диагностики склерокистоза яичников заключается

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4.Лечебно-диагностический эффект дексаметазона при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ

5.Лечебно-диагностический эффект комбинированных эстроген-гестагенных препаратов при гиперандрогении обусловлен

а) угнетением функции яичников

б) угнетением функции надпочечников

в) угнетением продукции АКТГ

г) ускорением инактивации андрогенов

д) угнетением продукции ФСГ и ЛГ гипофизом

6.При выявлении адреногенитального синдрома (АГС) лечение необходимо начинать

а) с момента установления диагноза

б) после установления менструальной функции

в) после замужества (в зависимости от времени планируемой беременности)

г) только после родов

д) время начала лечения не имеет значения

7.Оптимальная длительность применения парлодела с целью восстановления репродуктивной функции при гиперпролактинемии, как правило, составляет

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) более 5 лет

8.Гиперандрогения яичникового генеза часто сопровождается

а) гиперсекрецией ЛГ

б) повышением индекса ЛГ/ФСГ

в) умеренной гиперпролактинемией

г) верно а) и б)

д) всем перечисленным

9.Проба с дексаметазоном считается положительной, если в ответ на применение дексаметазона наблюдается следующее изменение уровня 17-кетостероидов в суточном количестве мочи

а) повышение на 50% и более

б) повышение на 10-20%

в) понижение на 10-20%

г) понижение на 50% и более

д) не изменяется

10.Применение дексаметазона с лечебной целью показано у больных 1) с сочетанной формой склерокистоза яичников 2) с адреногенитальным синдромом 3) с гиперандрогенией любого генеза 4) с арренобластомой яичника

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-а |
| 2-а | 7-в |
| 3-д | 8-д |
| 4-в | 9-г |
| 5-д | 10-б |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-8.**

**Задача № 1**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Лечение?
  3. Какое дообследование целесообразно?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Профилактика?

**Эталон ответов**

* 1. НМЦ по типу олигоменореи на фоне гипогонадотропного гипогонадизма.
  2. Применение ЗГТ, метаболическая терапия, физиолечение (эндоназальный электрофорез, уз на низ живота)При планировании беременности индукция овуляция аналогами гонадотропинами.
  3. МРТ головного мозга, глазное дно, поля зрения, консультация невролога.
  4. Опухоль гипоталамо-гипофизарной области, олигоменореей на фоне гиперандрогении включая АГС синдром.
  5. Профилактика перинатального поражения ЦНС плода, закаливание и санация хронических очагов в пре и пубертатном периоде.

**Задача № 2**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

* 1. Диагноз?
  2. Обследование?
  3. Лечение?
  4. Дифференциальная диагностика?
  5. Показания для хирургического лечения?

**Эталон ответов**

1. СПКЯ
2. Свободный тестостерон, ДЭАС, 17 –OH-прогестерон, ИСА, ССГ.
3. Применение монофазных КОК с антиандрогенами в пролонгированном режиме в течение 8-12 месяцев.
4. С вторичным ПКЯ на фоне стертых проявлений АГС, патология центрального генеза.
5. Неэффективность КОК с антиандрогенным эффектом в течение 8-12 мес.,сохраняющаяся ановуляция и беплодие, увеличение яичников.

**Задача №3**

Больная 28 лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

# Эталон ответа

1. Синдром Шихана.
2. Опухоль гипофиза. Психогенная аменорея.
3. Анализ крови: ФСГ, ЛГ, Прл, ТТГ, АКТГ, Эстрадиол. КТГ головного мозга. УЗИ гениталий.
4. Некроз гипофиза вследствие массивной кровопотери в родах.
5. Заместительная гормональная терапия. Витаминотерапия.

**Задача № 4**

Пациентка Л, 0года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Лечение?
3. Какое дообследование целесообразно?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Профилактика?

**Эталон ответов**

1. НМЦ по типу олигоменореи на фоне гипогонадотропного гипогонадизма.
2. Применение ЗГТ, метаболическая терапия, физиолечение (эндоназальный электрофорез, уз на низ живота)При планировании беременности индукция овуляция аналогами гонадотропинами.
3. МРТ головного мозга, глазное дно, поля зрения, консультация невролога.
4. Опухоль гипоталамо-гипофизарной области, олигоменореей на фоне гиперандрогении включая АГС синдром.
5. Профилактика перинатального поражения ЦНС плода, закаливание и санация хронических очагов в пре и пубертатном периоде.

**Задача № 5**

Пациентка К., 27года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1. Диагноз?
2. Обследование?
3. Лечение?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Показания для хирургического лечения?

**Эталон ответов**

1. СПКЯ
2. Свободный тестостерон, ДЭАС, 17 –OH-прогестерон, ИСА, ССГ.
3. Применение монофазных КОК с антиандрогенами в пролонгированном режиме в течение 8-12 месяцев.
4. С вторичным ПКЯ на фоне стертых проявлений АГС, патология центрального генеза.
5. Неэффективность КОК с антиандрогенным эффектом в течение 8-12 мес.,сохраняющаяся ановуляция и беплодие, увеличение яичников.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

1)Верификация диагноза СПКЯ на основании клинических данных.

2) Интерпретация лабораторных и инструментальных данных исследования, с целью постановки диагноза СПКЯ.

3)Лабораторные (гормональные) критерии тяжести проявления СПКЯ.

1. **Занятие № 3**

**Тема:** «Генитальный туберкулез. Особенности клиники, диагностики. Специфическая терапия. Показания к хирургическому лечению».

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: Туберкулез является не только медицинской, но и социальной проблемой. Среди генитальной локализации туберкулеза в 25% случаев поражается эндометрий и до 80% приходится на туберкулез маточных труб. Данная проблема актуальна ещё и тем. Что генитальный туберкулёз, как правило, выявляется в запущенных стадиях, таким образом является фактором приводящим не только к снижению фертильности женского населения. Но и вызывающим развитие бесплодия.

**Цели обучения:**

**- общая** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.

**- учебная:**

Знать: частоту встречаемости и структуру генитального туберкулеза, клиническую картину и современные методы диагностики данной патологии.

Уметь: На основании эпид. анамнеза выявить группы риска, среди женского населения по развитию генитального туберкулеза.

Владеть: эффективными методами лечения генитального туберкулеза и мерами профилактики данного заболевания.

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната).

**6.Оснащение занятия** Таблица «Особоенностидиагностики генитального туберкулеза». Компьютерная презентация «Специфическая терапия генитального туберкулеза».

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Туберкулез** — инфекционное заболевание, вызываемое микобактерией (бактерией Коха). Генитальный туберкулез, как правило, развивается вторично в результате переноса инфекции из первич­ного очага поражения (чаще из легких, реже из кишечника). Не­смотря на прогресс медицины, заболеваемость туберкулезом в мире увеличивается, особенно в странах с низким уровнем жизни. Пора­жение мочеполовых органов стоит на первом месте среди внелегочных форм туберкулеза. Вероятно, поражение туберкулезом по­ловых органов происходит значительно чаще, чем регистрируется, поскольку прижизненная диагностика не превышает 6,5%.

**Этиология и патогенез.** Из первичного очага при снижении им­мунной резистентности организма (хронические инфекции, стрес­сы, недостаточное питание и др.) микобактерии попадают в поло­вые органы. Инфекция распространяется в основном гематогенным путем, чаще при первичной диссеминации в детстве или в периоде полового созревания. При туберкулезном поражении брюшины возбудитель попадает на маточные трубы лимфогенно или контак­тным путем. Прямое заражение при половых контактах с больным генитальным туберкулезом возможно только теоретически, посколь­ку многослойный плоский эпителий вульвы, влагалища и влага­лищной порции шейки матки устойчив к микобактериям.   
  
В структуре генитального туберкулеза первое месте по частоте занимает поражение маточных труб, второе - эндометрий. Реже встречается туберкулез яичников и шейки матки, совсем редко — туберкулез влагалища и наружных половых органов. В очагах поражения развиваются типичные для туберкулеза морфогистологические изменения: экссудация и пролиферация ткане­вых элементов, казеозные некрозы. Туберкулез маточных труб час­то заканчивается их облитерацией, экссудативно-пролиферативные процессы могут привести к образованию пиосальпинкса, а при вов­лечении в специфический пролиферативный процесс мышечного слоя маточных труб в нем образуются туберкулы (бугорки), что носит название нодозного воспаления. При туберкулезном эндометрите также преобладают продуктивные изменения — туберкулезные бу­горки, казеозные некрозы отдельных участков. Туберкулез придат­ков матки нередко сопровождается вовлечением в процесс брюши­ны с асцитом, петель кишечника с образованием спаек, а в некоторых случаях и фистул. Генитальный туберкулез часто соче­тается с поражением мочевых путей.  
**Классификация.** Клинико-морфологическая классификация раз­личает:

•   хронические формы с продуктивными изменениями и слабо выраженными клиническими симптомами;

•   подострую форму с экссудативно-пролиферативными изме­нениями и значительными поражениями;

•   казеозную форму с тяжелыми и острыми процессами;

•   законченный туберкулезный процесс с инкапсулированием обызвествленных очагов.

**Клиническая картина.** Первые симптомы заболевания могут по­явиться уже в периоде полового созревания, но в основном генитальным туберкулезом болеют женщины 20—30 лет. В редких слу­чаях заболевание встречается у пациенток более старшего возраста и даже у женщин в постменопаузе. Генитальный туберкулез имеет в основном стертую клиничес­кую картину с большим разнообразием симптомов, что объясняет­ся вариабельностью патологоанатомических изменений. Снижение генеративной функции (бесплодие) является основным, а иногда и единственным симптомом заболевания. К причинам бесплодия, чаще первичного, следует отнести эндокринные нарушения, пора­жения маточных труб и эндометрия. Более чем у половины паци­енток нарушается менструальная функция: возникают аменорея (первичная и вторичная), олигоменорея, нерегулярные менструа­ции, альгоменорея, реже мено- и метроррагии. Нарушения менст­руальной функции связаны с поражением паренхимы яичника, эндометрия, а также туберкулезной интоксикацией. Хроническое заболевание с преобладанием экссудации обусловливает субфебрильную температуру и тянущие, ноющие боли внизу живота из-за спаечного процесса в малом тазу, поражения нервных окончаний, склероза сосудов и гипоксии тканей внутренних половых органов. К другим проявлениям болезни относятся признаки туберкулезной интоксикации (слабость, периодическая лихорадка, ночные поты, снижение аппетита, похудание), связанные с развитием экссудативных или казеозных изменений во внутренних гениталиях. У молодых пациенток генитальный туберкулез может начаться с признаков «острого живота», что нередко приводит к оперативным вмешательствам в связи с подозрением на острый аппендицит, вне­маточную беременность, апоплексию яичника. Ввиду отсутствия патогномоничных симптомов и стертости кли­нической симптоматики диагностика генитального туберкулеза зат­руднена. На мысль о туберкулезной этиологии заболевания может навести правильно и тщательно собранный анамнез с указаниями на контакт пациентки с туберкулезным больным, перенесенные в про­шлом пневмонии, плеврит, наблюдение в противотуберкулезном дис­пансере, экстрагенитальные очаги туберкулеза в организме, а также возникновение воспалительного процесса в придатках матки у моло­дых пациенток, не живших половой жизнью, особенно в сочетании с аменореей, и длительный субфебрилитет. При гинекологическом ис­следовании иногда выявляют острое, подострое или хроническое вос­палительное поражение придатков матки, наиболее выраженное при преобладании пролиферативных или казеозных процессов, признаки спаечного процесса в малом тазу со смещением матки. Данные гине­кологического исследования обычно неспецифичны.   
Для уточнения диагноза используют туберкулиновые пробы (про­ба Коха). Туберкулин вводят подкожно в дозе 20 или 50 ТЕ, после чего оценивают общую и очаговую реакции. Общая реакция прояв­ляется повышением температуры тела (более чем на 0,5 °С), в том числе и в области шейки матки (цервикальная электротермомет­рия), учащением пульса (более 100 в минуту), увеличением числа палочкоядерных нейтрофилов, моноцитов, изменением числа лим­фоцитов, повышением СОЭ. Общая реакция возникает независи­мо от локализации туберкулезного поражения, очаговая - в его зоне. Очаговая реакция выражается появлением или усилением болей внизу живота, отечности и болезненности при пальпации придатков матки. Туберкулиновые пробы противопоказаны при активном туберкулезном процессе, сахарном диабете, выраженных нарушениях функции печени и почек. Наиболее точными методами диагностики генитального тубер­кулеза остаются микробиологические методы, позволяющие обна­ружить микобактерию в тканях. Исследуют выделения из половых путей, менструальную кровь, соскобы эндометрия или смывы из полости матки, содержимое воспалительных очагов и др. Посев ма­териала производят на специальные искусственные питательные среды не менее 3 раз. Однако высеваемость микобактерий невелика, что объясняется особенностями туберкулезного процесса. Высокочув­ствительным и специфичным методом выявления возбудителя яв­ляется ПЦР, позволяющая определить участки ДНК, свойственные микобактерий туберкулеза. Однако материал для исследования мо­жет содержать ингибиторы ПЦР, что приводит к ложноотрицательным результатам. Лапароскопия позволяет выявить специфические изменения органов малого таза — спаечный процесс, туберкулезные бугорки на висцеральной брюшине, покрывающей матку, трубы, казеозные очаги в сочетании с воспалительными изменениями придатков. Кроме того, при лапароскопии можно взять материал для бактери­ологического и гистологического исследования, а также при необ­ходимости провести хирургическую коррекцию: лизис спаек, вос­становление проходимости маточных труб и др. Гистологическое исследование тканей, полученных при биопсии, раздельном диагностическом выскабливании (лучше проводить за 2—3 дня до менструации), выявляет признаки туберкулезного пора­жения. Применяют также и цитологический метод исследования аспирата из полости матки, мазков с шейки матки, который обна­руживает специфические для туберкулеза гигантские клетки Лангханса. Диагностике генитального туберкулеза помогает гистеросальпингография. На рентгенограммах выявляют характерные для туберку­лезного поражения половых органов признаки: смещение тела мат­ки из-за спаечного процесса, внутриматочные синехии, облитерацию полости матки, неровность контуров труб с закрытыми фимбриальными отделами, расширение дистальных отделов труб в виде луковицы, четкообразное изменение труб, кистозные расширения или дивертикулы, ригидность труб (отсутствие перистальтики), кальцинаты. На обзорных рентгенограммах органов малого таза выяв­ляются патологические тени — кальцинаты в трубах, яичниках, лим­фатических узлах, очаги казеозного распада. Чтобы избежать обострения туберкулезного процесса, гистеросальпингографию про­водят при отсутствии признаков острого и подострого воспаления. Диагностику дополняет ультразвуковое сканирование органов малого таза. Однако интерпретация полученных данных весьма зат­руднена и доступна только специалисту в области генитального ту­беркулеза. Меньшее значение имеют другие методы диагностики — серологические, иммунологические. Иногда диагноз туберкулезно­го поражения внутренних гениталий ставят при чревосечении по поводу предполагаемых объемных образований в области придат­ков матки.   
**Лечение** генитального туберкулеза, как и туберкулеза любой лока­лизации, следует проводить в специализированных учреждениях — противотуберкулезных больницах, диспансерах, санаториях. Тера­пия должна быть комплексной и включать в себя противотуберку­лезную химиотерапию, средства повышения защитных сил орга­низма (отдых, полноценное питание, витамины), физиотерапию, хирургическое лечение по показаниям. В основе лечения туберкулеза лежит химиотерапия с использо­ванием не менее 3 препаратов. Химиотерапию подбирают индиви­дуально с учетом формы заболевания, переносимости препарата, возможного развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. В комплекс лечения целесообразно включать антиоксиданты (то­коферола ацетат, тиосульфат натрия), иммуномодуляторы (ронколейкин, метилурацил, левамизол), специфический препарат тубер­кулин, витамины группы В, аскорбиновую кислоту.   
Хирургическое лечение применяется только по строгим показа­ниям (тубоовариальные воспалительные образования, неэффектив­ность консервативной терапии при активном туберкулезном про­цессе, образование свищей, нарушения функции тазовых органов, связанные с выраженными рубцовыми изменениями). Операция сама по себе не приводит к излечению, поскольку туберкулезная инфекция сохраняется. После операции следует продолжать химио­терапию.  
**Профилактика**. Специфическая профилактика туберкулеза на­чинается уже в первые дни жизни с введения вакцины БЦЖ. Ре­вакцинацию проводят в 7; 12; 17 лет под контролем реакции Ман­ту. Другой мерой специфической профилактики является изоляция больных активным туберкулезом. Неспецифическая профилактика подразумевает проведение общеоздоровительных мероприятий, повышение резистентности организма, улучшение условий жизни и труда.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1) Частота встречаемости генитального туберкулеза.

2) Клиническая картина туберкулеза эндометрия.

3) Современные методы диагностики генитального туберкулеза.

4) Методы и сроки лечения генитального туберкулеза в зависимости от локализации процесса.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1.Частота встречаемости туберкулеза маточных труб:

а) 25-30%

б) 45-50%

в) 80 %

г) 5%

д) 100%

2. Показанием для проведения хирургического лечения генитального туберкулеза является:

а) неэффективность консервативной терапии.

б) отсутствие эффекта от лечения в течение 1 месяца.

в) обильные бели на фоне туберкулеза маточных труб.

г) развитие вторичного бесплодия.

д) развитие олигоменореи

3.Госпитализация беременных с открытой формой туберкулеза, осуществляется:

а) в специализированные акушерске стационары (родильные дома)

б) в специальные боксы соответствующих отделений инфекционной больницы

в) в неспециализированноые родильные дома

г) в обсервационные акушерские отделения родильного дома

д) в многопрофильные стационары

4.Особенности клинического течения туберкулеза тела матки:

а) как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

б) тело матки, как правило, увеличено

в) имеется нарушение менструальной функции

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

5.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6.Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении

а) возможного начала воспалительного процесса

б) возбудителя заболевания

в) функционального состояния яичников

г) верно а) и б)

д) всего перечисленного

7.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

8.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Условия, способствующие проникновению микробов в матку и ее придатки 1) разрывы промежности 2) нарушение гигиены половой жизни 3) нарушение функции самоочищения влагалища (вследствие частых и длительных обработок его различными химическими веществами) 4) зияние наружного зева (при неушитых разрывах шейки матки)

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Для диагностики воспалительных образований придатков матки наиболее целесообразно применять 1) трансабдоминальную эхографию 2) трансвагинальную эхографию 3) компьютерную томографию 4) кульдоскопию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-д |
| 2-а | 7-в |
| 3-б | 8-в |
| 4-г | 9-в |
| 5-д | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

**Задача № 1**

Пациентка 26 лет обратилась к гинекологу с жалобой на ноющие боли в низу живота. Боли появились после лечения на южном курорте и беспокоят в течение года. Из анамнеза: менструации с 17 лет, редкие скудные; первичное бесплодие в течение 5 лет. Дедушка пациентки болел легочным туберкулезом. При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37 градусов, пульс 78 в 1 мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: матка уменьшена в размерах, ограниченно подвижная, безболезненная. Придатки матки с обеих сторон болезненные, несколько увеличенные, плотной консистенции.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Наиболее вероятные причины бесплодия у данной больной?
4. В чем заключается лечение больной в случае подтверждения диагноза?
5. Реабилитационные мероприятия после основного курса терапии?

**Эталон ответа**

1. Хроническое воспаление придатков матки (не исключается генитальный туберкулез). Нарушение менструального цикла. Бесплодие I.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала и эндометрия на туберкулез и ИППП методом ПЦР. Гистеросальпингография. Гистероскопия с биопсией эндометрия. Бактериологическое исследование содержимого полости матки. Туберкулинодиагностика. Рентгенография легких. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с биопсией яичников и маточных труб.
3. Наличие внутриматочных синехий, хроническая ановуляция, поражение маточных труб с нарушением их проходимости, спаечный процесс в области малого таза.
4. Лечение проводят в стационаре назначением противотуберкулезной химиотерапии, общеукрепляющей и иммуномодулирующей терапии, физиолечения. По показаниям – хирургическое лечение.
5. Проводится несколько курсов физиолечения, биогенные стимуляторы, циклическая витаминотерапия, санаторно-курортное лечение. Для стимуляции регенерации эндометрия – циклическая гормонотерапия.

**Задача №2**

Больная 32 лет поступила в гинекологическое отделение ЦРБ с жалобами на сильные боли в низу живота, озноб, тошноту, слабость. Заболела остро около 12 часов назад, появились боли в низу живота, озноб, повысилась температура тела до 39,5 градусов.

Из анамнеза: в возрасте 20 лет больная перенесла аппендэктомию. Менструации с 14 лет, по 3-4 дня, цикл 28 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 10 дней назад. Половую жизнь ведет с 23 лет. Было 4 беременности, из них 1 роды и 3 медицинских аборта. Роды и аборты без осложнений. Гинекологических заболеваний не было. Две недели назад был незащищенный половой акт со случайным половым партнером.

При осмотре: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 120 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст., температура тела 39,5 градусов. Язык обложен белым налетом, сухость во рту. В легких дыхание везикулярное. При пальпации нижних отделов живота возникает резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины положительны. Симптом XII ребра с обеих сторон отрицательный. В ан. крови: Hb-120г/л; лейкоциты – 16,8 миллионов; сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 38 мм/ч. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища гиперемирована, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала истекают гноевидные выделения. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, смещение шейки резко болезненно. Матка нормальных размеров, плотная. Придатки с обеих сторон четко не пальпируются в виду резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Острое воспаление придатков матки. Пельвиоперитонит. Кольпит. (не исключается специфической этиологии).
2. Биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из влагалища и цервикального канала на флору, gn, трихомонады и прочие ИППП; УЗИ гениталий, кульдоцентез, лапароскопия.
3. О. аппендицит, внематочная беременность.
4. Лечение начинают с консервативной комплексной противовоспалительной терапии (инфузии коллоидов и кристаллоидов, антибиотики, антигистаминные, анальгетики). При отсутствии положительного эффекта в течение 24-48 часов – показано оперативное лечение.
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.

**Задача №3**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость. Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы. При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит.
2. Острый аппендицит. Кишечная токсикоинфекция.
3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ЗППП методом ПЦР. Посев кала. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Лапароскопия.
4. Дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, витаминотерапия.
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.

**Задача №4**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).
2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой.
3. Антимикробная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.
4. Большое количество половых партнеров (промискуитет)
5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Обострение хронического эндометрита.
2. Направление больной на стационарное лечение в гинекологическое отделение.
3. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Необходимо проведение нескольких курсов физиопроцедур, циклической витаминотерапии, биогенные стимуляторы, монофазные КОК. Через 2 месяца – санаторно-курортное лечение.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-6, ПК-11.**

1)Верификация диагноза туберкулез маточных труб, на основе клинических и лабораторных данных.

2)Методы диагностики туберкулеза гениталий.

3)Особенности микрофлоры влагалища при генитальном туберкулезе.

1. **Занятие № 4**

**Тема: «Аэробный вульвовагинит, цервицит, бактериальный вагиноз (клиника, диагностика, лечение)».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы:** В общей структуре гинекологической патологии воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов занимают лидирующее место. При этом основную долю среди воспалительных заболеваний ЖПО занимают такие формы как вульвовагинит, цервицит, бактериальный вагиноз. Особую актуальность данной проблеме придает тот факт, что данные заболевания являются предрасполагающими для развития осложненных форм ВЗОМТ.

**Цели обучения:**

**- общая:** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**-учебная:**

Обучающийся должен знать:

причины развития воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов, методы диагностики.

Обучающийся должен уметь:

на основании клинических и данных дополнительных методов обследования верифицировать диагноз.

Обучающийся должен владеть:

современными методами лечения воспалительных заболеваний наружных и внутренних половых органов.

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палаты в стационаре).

**6.Оснащение занятия** таблица «Принципы диагностики вульвовагинитов», компьютерная презентация «Алгоритм этиотропного лечения вульвовагинитов».

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Воспалительные заболевания женских половых органов являются наиболее частой формой гинекологических заболеваний, а **вульвовагиниты** занимают при этом особое место.

***Вульвовагиниты*** – инфекционно–воспалительные заболевания слизистой влагалища и вульвы, вызываемые различными микроорганизмами. Характерными клиническими проявлениями являются: дискомфорт в области наружных половых органов и влагалища, зуд, жжение, выделения из половых путей различной интенсивности и характера, нередко с неприятным запахом. **Вульвовагиниты** нередко принимают **рецидивирующий** характер и торпидное течение.

В акушерско–гинекологической практике наиболее часто выявляются трихомонадный и кандидозный **вульвовагиниты**, которые составляют по литературным данным более 2/3 случаев. Влагалищная трихомонада нередко встречается в ассоциации с микоплазмами (47,3%), гонококком (20,9%), хламидиями (18,2%), грибами (15,7%).

При ***гонорее*** у женщин наружные половые органы и влагалище, выстланные плоским эпителием, как правило, не поражаются. Они вовлекаются в процесс крайне редко, только у маленьких девочек, а также у женщин инфантильных, пожилых или беременных, при условии изменения факторов гормонального и иммунного статуса. Вторичная инфекция при гонорее нередко является причиной вестибулита и вульвита у больных острой гонореей. Вульвит и вестибулит сопровождается болью, жжением и зудом в области наружных половых органов, возможно развитие бартолинита.

Для ***хламидийной*** инфекции характерно наличие слизистых и слизисто–гнойных выделений из уретры и цервикального канала, а также фолликулярные образования на шейке матки (фолликулярный цервицит). Хламидиоз нередко протекает бессимптомно, поскольку влагалище не поражается, уретра вовлекается в процесс не часто, а эндоцервицит не выражен.

В настоящее время показана роль микоплазм в развитии ряда воспалительных заболеваний урогенитального тракта полимикробной этиологии: негонококкового уретрита, неспецифического вагинита, послеродового эндометрита, простатита, вторичного бесплодия и т.д. Факторами, усиливающими потенциальную патогенность микоплазм, являются нарушение иммунологической реактивности организма, беременность, аборт, оперативные вмешательства и т.п.

Основными ***принципами лечения*** **рецидивирующих** **вульвовагинитов** являются:

– точная **дифференциальная** **диагностика** возбудителя;

– проведение одновременной и адекватной антибактериальной терапии половых партнеров;

– сочетание общего и местного **лечения**;

– устранение факторов, поддерживающих **рецидивирующий** характер заболевания (гиповитаминоз, гипоэстрогения, обострение хронических экстрагенитальных заболеваний и т.д.);

– одновременное или последующее восстановление нормальной микрофлоры влагалища.

*ЛЕЧЕНИЕ УГК*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Препараты | Дозы | Продолжительность | Примечание |
| 1. полиеновые АБ:нистатин | 250т 6-8 р\д, 500т 4-5 р\д (1,5-6 млн\сут) per os, мазь, вагин. табл. 100т | 10-14 дн | малотоксичен, но низкая биодоступность |
| амфотеррицин В (фунгизон) | в\в 100-250 мкг \кг | ч\д или 2 р\нед | токсичность, лечение только системных микозов |
| натамицин (пимафуцин) | 100мг 4р\д per os, свечи 100мг 2-1 р\д, крем 30 гр половым партнерам суспензия 2,5% | 5-10 дней | низкая токсичность, не адсорбируется при местном применении, можно применять в 1 триместре беременности, новорожденным |
| комб. препар. полижинакс (нистатин, неомицин, полимиксин) | 1 вагин. капсула на ночь | 12 дней | не действует на анаэробную флору |
| тержинан тернидазол,нистатин, неомицин, преднизолон | 1 вагин. табл на ночь | 10-20 дней | эффективен в отношении трихомонад, анаэробов, пиогенной флоры. низкая системная адсорбция |
| макмирор комплекс500 (нифурател, нистатин) | 1 свеча или 2-3 гр мази | 10 дней | нифурател имеет широкий спектр АБ действия, трихомонацидное, антианаэробное |
| пимафукорт (натамицин, неомицин, гидрокортиз) | мазь, крем, лосьон, | 2-4 нед | трихомонацидное действие, гр+, гр-бактерии, местное противовоспалительное, |
| 2.Имидазолы: 1)клотримазол: канестен, йенамазол, гине-лотримин, кандибене | табл.вагин. 100мг, крем 5г, мазь, раствор | табл 6 дней 1р\д | дополнительное трихомонацидное, противопоказан в 1 триместре беременности |
| 2)кетоконазол (низорал) | тб.200мг 2р\д, св.400мг1р\д | 3-5 дней | низкая системная адсорбция |
| 3)изоконазол (гино- травоген) | шарик 600мг | однокр | эффективен в отношении гр+ |
| 4)эконазол (гино-певарил) | св 50мг  св 150мг | 2 нед  3 дня | эффективен в отношении гр+ |
| 5)миконазол (гино-дактанол) | свечи 200мг | 7 дней | эффективен в отношении гр+ |
| 3.Триазолы: флуконазол (дифлюкан, микосист, форкан) | капс,50,100, 150мг, 200 мг; раств 50-200 | однократн или 1р\мес | высокая биодоступность, эффективность и системный эффект |
| итраконазол (орунгал) | капс200мг 2р, 200мг1р\д | 1-3 дня | системное дейсвие |
| циклопирокс (дафнеджин) | свечи 100мг, крем 5гр 1р\д | 6 дней | эффективен в отношении гр+,- |
| 4.Неспецифические методы, другие препараты: повидон-иод (бетадин), натрия тетраборат, генцианвиолет, ж.Кастеллани, мирамистин | мазь, вагин. свечи 200мг, | 7-14 дней | широкий спектр антимикробного действия |

Лечение острого УГК (вне беременности)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Методические рекомендации Российской Ассоциации акушеров-гинекологов (апрель, 2001 год) |  | Европейское руководство по ведению больных с выделениями из влагалища (2001) |
| Рекомендуемые схемы: |  |  |
| 1. Эконазол 150 мг 1 раз в сутки три дня 2. Изоконазол 600 мг однократно 3. Тержинан 1 табл. 20 дней 4. макмирор комплекс 1 свеча или 2-3 гр мази 8 дней   Альтернативные схемы:   1. Флуконазол(МИКОСИСТ®) 150 мг однократно внутрь 2. Итраконазол 200 2 р/д 1 день или 200 1 р/д 3 дня внутрь 3. Клотримазол 100 мг/д 6 дней или 200 мг/ 3 дня 4. Натамицин 100 мг/д 6-9 дней 5. Циклопирокс 1 св 3-6 дней |  | 1. Клотримазол 500 мг однократно или 200 мг один раз в день 3 дня 2. Миконазол 1200 мг однократно или 400 мг один раз в день 3 дня   Пероральные препараты   1. Флуконазол(МИКОСИСТ®) 150 мг однократно внутрь 2. Итраконазол 200 2 р/д 1 день или 200 1 р/д 3 дня внутрь |

*Лечение хронического УГК-* предпочтение отдается системным препаратам. Начало лечения - интенсивная схема антимикотической терапии, затем переход на поддерживающие схемы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Европейское руководство по ведению больных с выделениями из влагалища (2001 год) |  | Методические рекомендации Российской Ассоциации акушеров-гинекологов (апрель, 2001 год) |
| Флуконазол 100 мг один раз в неделю 6 мес  Клотримазол 500 мг в неделю 6 месяцев |  | Флуконазол 150 мг однократно внутрь  Итраконазол 200 мг 2 р/д однократно или 200 мг/д 3 дня внутрь  альтернативные схемы:  Циклопирокс 1 св 6 дней  Кроме того:  Флуконазол 150 мг внутрь один раз в три дня N 3  Флуконазол 100 мг внутрь раз в неделю 3 месяца |

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ - инфекционный невоспалительный синдром, вызванный полимикробной ассоциацией строгих анаэробов и G. vaginalis (107-108 КОЕ\ мл) при резком снижении Н2О2-лактобактерий. БВ - это нарушение микробиоценоза влагалища, т.е. замещение нормальной микрофлоры УПФ - ассоциацией микроорганизмов с низкой вирулентностью ⇒ имеет место слабовыраженная воспалительная реакция слизистой и небольшое количество L в материале.

Варианты клинического течения: 1) бессимптомное - отсутствие клиники при типичной картине мазка, 2) с клиническими симптомами: рецидивирующие бели с “рыбным” запахом при отсутствии признаков воспаления влагалища.

Диагностические критерии БВ (R.Amsel, 1993 г.) : 1)патологический характер вагинального отделяемого, обильные гомогенные серо-белые бели; 2)рН влагалищного отделяемого > 4,5 (5-6); 3)положительный аминотест ( 10% КОН диамины облигатных анаэробов превращает в летучие формы); 4)выявление “ключевых клеток” (более 20%) - эпителиальные клетки с адгезированной на их поверхности микрофлорой (полиморфная, хаотично расположенная)

Особенности микроскопической картины при БВ: ( моноинфекция):

1)небольшое количество лейкоцитов (1-2 в поле зрения); 2)уменьшение количества палочек Додерлейна или их отсутствие; 3)обнаружение ключевых клеток (более 20%)

ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА: 1 этап: использование нитроимидазолов: метронидазол, орнидазол, тинидазол, секнидазол и линкозаминов: клиндамицин и линкомицин; 2 этап: восстановление нормального биоценоза - эубиотики: ацилакт, лактобактерин и т.д.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| препараты | дозы | продолжит |
| метронидазол \ нидазол | 2 гр | однократно |
|  | 0,5 2-3 р/д | 6-7дней |
| флагил(метронидазол) | 0,25 2 р\д | 10 дней |
| тинидазол | 2 гр | однократно |
| тинидазол | 2 гр 1 р\д 2 дн  0.5гр 1р/д 2 дн |  |
| орнидазол(Тиберал) | 0,25 2 р\д | 5 дней |
| орнидазол | 2 гр | однократно |
| атрикан\тенонитрозол | 0,25 2 р\д | 4 дня |
| метронидазол\гель0.75% | 5 гр 1-2 р\д | 7 дней |
| орвагил\метронидазол | 0.25-0.5 1-2р\д | 10 дней |
| метрогил (желе) | 5 гр 2 р\д | 10 дней |
| флагил\ свечи | 0.5 1 р\д | 10 дней |
| ©гинальгин\таб.вагин | 1 вагин.таб\ д | 10 дней |
| нитазол\ свечи | 120 мг\1 свеча | 10 дней |
| ©тержинан\ тернидазол,нистатин, неомицин,преднизолон | 1 вагин.таб\д | 10 дней |
| ©макмирор комплекс500 нифурател \ нистатин | 1 свеча или  2-3 гр мази | 10 дней |
| ©клион -Д\ миконазол | 1 вагин.таб\д | 10 дней |
| клиндамицин\далацин Ц | 300 мг 2р\д | 7 дней |
| далацин \ крем 2% | 5 гр 1 р\д | 1. дней |

**9.Вопросы по теме занятия.  
Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Этиология аэробного вульвовагинита.

2. Клинические формы аэробного вульвовагинита

3. Диагностика аэробного вульвовагинита.

4. Показания к лечению аэробного вульвовагинита

5. Лечение аэробного вульвовагинита

6. Бактериальный вагиноз

7. Варианты клинического течения:

8. Диагностические критерии БВ (R.Amsel, 1993 г.)

9. Обенности микроскопической картины при БВ

10. Лечение бактериального вагиноза

11. 1 этап: использование нитроимидазолов

12. 2 этап: восстановление нормального биоценоза

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Лечение кольпита у беременных следует проводить

а) в I триместре беременности

б) во II триместре беременности

в) в III триместре беременности

г) верно а) и б)

д) верно б) и в)

2. Половой путь передачи инфекции характерен в основном

а) для хламидий

б) для вируса простого герпеса

в) для трихомонады

г) верно а) и в)

д) верно б) и в)

3. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4. К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

5. Влагалищные выделения у больных гарднереллезом обычно

а) обильные

б) слегка тягучие и липкие

в) светло-серого или желто-зеленого цвета

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

6. Для лечения гарднереллеза целесообразно применение у больных

а) доксициклина

б) тинидазола

в) далацина С

г) верно б) и в)

д) всего перечисленного

7. Для лечения неспецифического кольпита у беременных необходимо применять

а) жидкий лизоцим

б) 1% спиртовой ратвор хлорфиллипта

в) фурагин

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

8. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. При хроническом вульвите неспецифической этиологии имеются следующие клинические проявления 1) кожа наружных половых органов утолщена, с инфильтрированными волосяными луковицами 2) на поверхности вульвы имеются корочки 3) в области больших половых губ всегда бывают множественные изъязвления различной величины 4) всегда имеется киста бартолиновой железы

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. У больных с острым вульвитом неспецифической этиологии отмечаются следующие типичные жалобы 1) жжение в области вульвы при мочеиспускании 2) наличие гнойного отделяемого с поверхности вульвы 3) повышение температуры тела до 39-40шС 4) наличие тошноты и рвоты

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-д | 6-в |
| 2-г | 7-г |
| 3-д | 8-б |
| 4-в | 9-б |
| 5-д | 10-б |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).
2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой.
3. Антимикробная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.
4. Большое количество половых партнеров (промискуитет)
5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).

**Задача №2.**

К врачу-гинекологу женской консультации обратилась пациентка 62 лет с жалобами на обильные гнойные выделения из половых путей. Болеет в течение 1 месяца, самостоятельно проводила спринцевания влагалища концентрированным раствором перманганата калия – без эффекта. Из анамнеза: постменопауза в течение 12 лет, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, ежегодно проходит профилактический осмотр у гинеколога. Соматические заболевания: ожирение II степени, гипертоническая болезнь II. При осмотре в зеркалах: наружные гениталии атрофичны, слизистая влагалища истончена, гиперемирована, отечная, с ломкими инъецированными сосудами. Стенки влагалища густо покрыты гнойными выделениями. Слизистая влагалищной части шейки матки атрофична с инъецированными сосудами. При влагалищном исследовании: шейка и тело матки меньше нормальных размеров. Матка плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение.
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Атрофический (сенильный) кольпит.
2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза.
3. Рак шейки матки, рак эндометрия, ИППП.
4. Местносанирующее лечение с применением антибиотиков (с учетом выделенной флоры и антибиограммы), обязательное применение местно препаратов с эстрогенами (Овестин). Назначение иммуномодуляторов, антигистаминных препаратов.
5. Необходимо исключить спринцевания влагалища, рекомендовать применение Овестина с профилактической целью 1 раз в неделю пожизненно (при отсутствии противопоказаний).

**Задача №3**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Неспецифический вульвовагинит.
2. Дефицит эстрогенов, несоблюдение гигиенических мероприятий, эндокринные заболевания (сахарный диабет), авитаминозы, нерациональное питание, энтеробиоз, аллергическая природа заболевания, наличие инородного тела во влагалище, редко – ИППП (интранатальный или бытовой путь заражения).
3. Мазки из уретры и вульвы на бактериоскопическое и бактериологическое исследование, на ИППП методом ПЦР. Кал на яйца глист. Анализ крови на сахар. Вагиноскопия. УЗИ органов малого таза. Консультация аллерголога по - показаниям.
4. Местносанирующее лечение (влагалищные ванночки с антисептиками, мазевые аппликации на вульву и инстилляции во влагалище антибактериальных мазей), препараты с эстрогенами для местного применения, витаминотерапия, антигистаминные препараты.
5. Рациональное сбалансированное питание девочки, своевременное лечение гельминтозов, соблюдение правил гигиены.

**Задача №4**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**Эталон ответа**

1. О. эндометрит. Правосторонний параметрит.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки.
3. Рак шейки матки, пельвиоперитонит, аппендикулярный инфилтьтрат.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Необходимо проведение нескольких курсов физиопроцедур, циклической витаминотерапии, биогенные стимуляторы, монофазные КОК. Через 2 месяца – санаторно-курортное лечение.

**Задача № 5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Хроническое воспаление придатков матки. Бесплодие II.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с хромосальпингоскопией.
3. Необходимо исключить патологию шейки матки, гормональный и иммунологический генез бесплодия.
4. Непроходимость маточных труб, спаечный процесс в области малого таза.
5. Использование надежных методов контрацепции для исключения абортов, адекватное и своевременное лечение острых воспалительных процессов половых органов, профилактика и своевременное лечение ИППП.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Овладеть необходимым уровнем знаний по диагностике и фармакотерапии вагинитов в различные возрастные периоды

2. Уметь выявить специфические признаки вагинитов и построить необходимый диагностический алгоритм

3. Уметь разработать план реабилитации больной с вагинитом с учетом возраста пациентки.

4. Уметь составить алгоритм контроля излеченности гинекологической патологии репродуктивной системы с учетом возраста пациентки и вида гинекологической патологии

5. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в области гинекологии:

6.Уметь забрать материал для бактериоскопического, бактериологического исследований, ПЦР и ПИФ анализов.

7. Уметь клинически интерпретировать данные исследований .

**1.Занятие № 5**

**Тема: «Воспалительные заболевания внутренних половых органов в острой стадии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация больных. Физиотерапевтические методы лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское Занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы:**

Широкое распространение ВЗОМТ специфической этиологии с последующим ухудшением параметров репродуктивного здоровья диктует внедрение в практическую деятельность врача акушера-гинеколога современных подходов к диагностике и лечению этой патологии.

**Цели обучения:**

**-общая**: Обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

- основные методы диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии, а также особенности клиники в зависимости от этиологического агента (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

обучающийся должен уметь:

- применять основные методы лечения острых, подострых и хронических воспалительных процессов специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

- вопросы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии с другими патологическими состояниями женской половой системы.

- представить методы контроля излеченности и реабилитации воспалительных заболеваний специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

обучающийся должен владеть:

- основными методами диагностики и лечения острых, подострых и хронических воспалительных процессов специфической этиологии (УГХ, УГК, уреамикоплазмоз, трихомониаз, ВПЧ, ВПГ).

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палаты в стационаре).

**6.Оснащение занятия:**

-иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, задачи, заключения микроскопического, бактериологического и др. методов обследования.

-истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| empty | empty | | empty |
|  |  |  |  |

*Эпидемиология ЗППП*

Ежегодно в мире регистрируется: 1) трихомониаз 180 млн чел, гонорея - 250 млн, 50 млн - сифилис, 90 млн - УГХ. В России зарегистрировано

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| сифилис | 342657 | гонорея | 150386 |
| трихомониаз | 462884 | хламидиоз | 166111 |
| уреаплазмоз | 139727 | бакт. вагиноз | 314851 |
| кандидоз | 354899 | герпес | 18992 |
| остр.кондиломы | 36753 |  |  |

*ГЕНИТАЛЬНЫЙ КАНДИДОЗ*

*Этиология:* грибы рода Candida ( 196 видов, 27 обитают у человека, 95% C. albicans - аэроб, t- 21-37\*, ph- 6.0-6.5, тропизм к тканям богатым гликогеном. Обнаруживаются во влагалище у 10 - 17% здоровых женщин, 30-45% беременных. *Этапы инфицирования:* 1) адгезия с колонизацией (псевдоспоры), 2) инвазия в эпителий и соединительную ткань (псевдомицелий), 3) гематогенная диссеминация. Чаще - динамическое равновесие на уровне поверхностной инвазии в эпителий. Клинические *формы генитального кандидоза*: 1)Кандидоносительство: жалобы “-”, бластоспоры “+”,псевдомицелий“-”. 2)Острый урогенитальны кандидоз: везикулы, (продолжительность до 2-х мес.). 3)Хронический (рецидивирующий) кандидоз: инфильтрация, лихенизация, атрофия. Особенности биоценоза при ГК: 1) бессимптомное кандидоносительство ( нет клиники, доминируют лактобациллы, титр С.а. менее 4 lg КОЕ /мл. 2) истинный кандидоз (яркая клиника, высокий титр C.a. > 4 lg КОЕ /мл и лактобацилл > 6 lg КОЕ/мл. УПФ в диагностически незначимых титрах. 3) УГК в сочетании с бактериальным вагинозом как полимикробная ассоциация (снижение лактобацилл, С.а. в сочетании с облигатными анаэробами >9 lg и гарднереллами

*ЛЕЧЕНИЕ УГК*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| препараты | дозы | продолж | примечание |
| 1. полиеновые АБ:нистатин | 250т 6-8 р\д, 500т 4-5 р\д (1,5-6 млн\сут) per os, мазь, вагин. табл. 100т | 10-14 дн | малотоксичен, но низкая биодоступность |
| натамицин (пимафуцин) | 100мг 4р\д per os, свечи100мг 2-1 р\д, крем 30 гр половым партнерам суспензия 2,5% | 5-10 дней | низкая токсичность, не адсорбируется при местном применении, можно применять в 1 триместре беременности, новорож |
| комб. препар. полижинакс (нистатин, неомицин, полимиксин) | 1 вагин. капсула\ на ночь | 12 дней | не действует на анаэробную флору |
| тержинан\тернидазол,нистатин, неомицин, преднизолон | 1 вагин. табл на ночь | 10-20 дней | эффективен в трихомонад, анаэробов, пиогенной флоры. низкая системная адсорбция |
| пимафукорт (натамицин, неомицин, гидрокортиз) | мазь, крем, лосьон, | 2-4 нед | трихомонацидное действие, гр+, гр-бактерии, местное противовоспалительное, |
| Имидазолы: 1) клотримазол\ канестен, йенамазол, гине- лотримин, кандибене | табл.вагин. 100мг,крем5г,мазь,раствор | табл 6 дней 1р\д | дополнительное трихомонацидное,противопокв 1 триместре беременности |
| 2)кетоконазол(низорал) | тб.200мг 2р\д, св.400мг1р\д | 3-5 дней | низкая системная адсорбция |
| 3)изоконазол (гино- травоген) | шарик 600мг | однокр | эффективен в отношении гр+ |
| 4)эконазол (гино-певарил) | св 50мг  св 150мг | 2 нед  3 дня | эффективен в отношении гр+ |
| 5)миконазол ( гино-дактанол) | свечи 200мг | 7 дней | эффективен в отношении гр+ |
| триазолы: флуконазол (дифлюкан, микосист, форкан) | капс,50,100, 150мг, 200 мг; раств 50-200 | Однокр  или 1р\мес | высокая биодоступность, эффективность и системный эффект |
| итраконазол(орунгал) | капс200мг 2р,200мг1р\д | 1-3 дня | системное дейсвие |
| циклопирокс (дафнеджин) | свечи 100мг, крем 5гр 1р\д | 6 дней | эффективен в отношении гр+,- |
| Неспецифические методы,другие препараты: повидон- иод (бетадин), натрия тетраборат, генцианвиолет, ж. Кастеллани, мирамистин | мазь, вагин. свечи 200мг, | 7-14 дней | широкий спектр антимикробного действия |

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ХЛАМИДИОЗ

*Эпидемиология:* самое “дорогостоящее” и самое распространенное ЗППП. Инфицированность сексуальноактивного населения 10-20 %. 60%острого сальпингита, внематочной беременности, 80% трубного бесплодия 10-30% конъюнктивитов обусловлены Х. Россия 1993г.-37,1; 1998г.-166111 на100т населения. Биология Х.: 1)chl. psittаci, 2)chl. pneumoniae, 3)chl. pecorum, 4)chl. trachomatis - штаммы Д-К вызывают УГХ. Х.- мелкий Гр - кокк, облигатный внутриклеточный паразит (в связи с потерей в ходе регрессивной эволюции механизмов самостоятельного размножения). Цикл жизнедеятльности хламидий (48-72 часа) - 2 формы: элементарные (внеклеточные, инфекционные) тельца и ретикулярные (внутриклеточные, вегетативные) тельца. Высокий тропизм к цилиндрическому эпителию. Иммунологические особенности персистирующего УГХ инициальное тельце ( внутриклеточная форма), продуцирующая малое количество Х\Аг, но продолжающая синтезировать БТШ в большом количестве. БТШ - мембранный белок стрессового клеточного ответа, доминантный белок большинства патоген. бактерий. Отвечает в N за АТФ - активность клетки, входит в состав митохондрий. В условиях клеточного стресса его синтез активизируется на на оболочке клетки. Является мощным иммуногеном, активно образуется в условиях латентной инфекции верхнего отдела половых путей.Стимулирует каскад иммунных реакций: продукцию Т- лимфоцитами и макрофагами цитокинов, фактора некроза опухоли, интерферона, фибринового эксудата перитонеальными клетками и эпителием половых путей.

•Восходящие формы Х. ⇒ инициация цитокинового каскада ⇒ блокада жизненного цикла Х. на этапе инициальных телец (активизация синтеза БТШ, иммунный ответ хозяина, уничтожение внеклеточных форм) ⇒ снижение иммунного ответа, возобновление жизненного цикла Х., ⇒ выброс элементарных телец и реактивация иммунного ответа •Хламидийный БТШ гомологичен (аминокислотная гомология) с человеческим БТШ, УПФ, что м.б. тригером аутоиммунных состояний, в том числе и развития АФ синдрома в генезе привычного невынашивания. УГХ до беременности ⇒ наличие БТШ-АТ⇒экспрессия выработки БТШ плодным яйцом ⇒ инициация провоспалительного ответа и отторжение эмбриона Особенности клинического течения УГХ •длительный инкубационный период - 15-35 дней, •доминируют микст- инфекции (гарднерелез- 24%, кандидоз- 15%, герпес- 20%, трихомониаз- 10%, гонорея-5%).•Преобладание малосимптомных форм. Причины первично хронического (латентного) течения УГХ: 1)генетическая особенность иммунного ответа хозяина, высокий уровень интерферона, цитокинов. 2)предшествующее инфицирование УПФ (наличие перекрестных АТ) 3)повторное заражение другими серовариантами Х. 4)неадекватное лечение острого УГХ 5) аутоиммунная стимуляция 6) беременность. •многоочаговость поражения и выраженные деструктивные изменения. *Нозологические формы УГХ:*1)УГХ нижнего отдела урогенит. тракта (неосл) - уретрит, парауретрит, бартолинит,эндоцервицит 2) восходящие формы эндометрит, аднексит, перитонит, перигепатит (осложн.)

*Пути распространения УГХ:* 1)каналикулярный 2)лимфогенный 3)гематогенный ( моноциты< тканевые макрофаги с Х.< фиброз, гранулемы - синдром Рейтера. 4) сперматозоиды 5)” семейные” формы Х. ( 30% детей, 75% экстрагенит, формы).

*Диагностика УГХ* Контингент лиц, подлежащих обследованию: 1)больные с ВЗОМТ; 2) с бесплодием; 3) с привычным невынашиванием; 4) сексуальноактивные до 25 лет; 5)беременные с ОАА, осложненным течением беременности.

*Методы диагностики:* инвазивные - обнаружение специфического АГ (бактериоскопический, культуральный, метод прямой иммунофлюоресценции, ИФА, молекулярно-биологический метод; неинвазивные- ИФА-диагностика специфических АТ (Ig M ⇒ Ig A (с 10 дня, полураспад 6 дней, местный иммунитет) ⇒ Ig G( с 15-20 дня, полураспад 23 дня, до года в низких титрах 1:32).

*Интерпретация серологических результатов*: 1) постоянно низкие титры Ig G - “остаточная серореакция” с тенденцией к снижению в парных сыворотках; 2) Ig G 1:256 или 4-х кратный рост в парных сыворотках - восходящая, хрон. форма; 3) Ig G 1:128 - наличие Х.; 4) постоянный уровень Ig G, A в парных сыворотках - хронический процесс; 5) 2-х, 3-х кратное снижение Ig G через 2-3 недели после лечения - выздоровление

*ЛЕЧЕНИЕ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| препараты | свежий Х. | осложненный Х. | примечание |
| Антибиотики тетрациклины: 1)доксициклин\вибрамицин,юнидокс солютаб | 100 мг 2 р\д 7 дн | 200мг, затем 100мг 2р\д 14 дн - 21 дн | детям старше 12 лет, беремен (-), эффективн 60% |
| 2)тетрациклин | 500т 4 р\д 7 дн | 500т 14-21 день | “ |
| 3)метациклин\рондомицин | 300 мг 4 р\д 7 дн | 300 мг 4 р\д 21 д | “ |
| макролиды:1)эритромицин | 500 мг 4р\д 7-10 дн (12 г на курс) | 500 мг 4 р\д 14 дн | разрешен при беременности |
| 2)азитромицин\сумамед | 1г за час или 2 час после еды | 1г, затем 250-500 мг 1р\д 9-5 д (3г) | препарат выбора |
| 3)спирамицин\ ровамицин | 3 млн 3 р\д 10 дн | - | свеж.формы,берем |
| 4)джозамицин\вильпрфен | 500 мг 2 р\д 10 дн | - | можно беременным |
| 5)рокситромицин\рулид | 15омг 2 р\д 10 дн | - | - |
| 6)кларитромицин\клацид | 250 мг 2 р\д 6- 14 д | - | - |
| фторхинолоны 1)офлоксацин\таривид,заноцин | 200 мг 2 р\д 10дн | 400 мг 2 р\д 10 д | высокая биодоступность, > период полувывед |
| 2)пефлоксацин\абактал | 600 мг 1 р\д 14 д или 400 мг 2 р 10 д | - | “ |
| 3)ципрофлоксацин\ цифран, ципробай | 250 - 500 мг 2 р\д 10 дн | - | “ |
| иммунопрепараты 1) индукторы интерферона ( виферон, неовир, реаферон, реальдерон) , 2) миелопид, ликопид, полиоксидоний, 3) курантил, дибазол (0,02 2 р\д), метилурацил 4) Т- активин, тимоген, тимолин  энзимотерапия 1)вобензим 6 3р\д 10 дн, 5 3 р\д 10 дн, 4 3р\д 15д ; химотрипсин 5-10 мг 1-2 р\д 10 д или 5% р-р | | | |
| адаптогены, эубиотики, антимикотич. препараты, витамины, бакт. липополисахарид | | | |

Папилломавирусная инфекция

Биология ПВИ: Папилломавирусная инфекция - ВПЧ, подгруппа А семейства Рароvaviridae ( 16, 18,31,33,35 тип - субклиническая инфекция, ассоциированная с CIN.

Актуальность проблемы: 1) высокая частота распространения, рост инфицированности ( 10 лет- в 10 раз), 2) сложность диагностики, особенно латентных форм; 3) этиологическая роль в развитии рака шейки матки

Классификация:

1.Клиническая форма: наличие генитальных бородавок, кондиломатозный вульвит, вагинит. цервицит

2.Субклиническая форма: имеются морфологические изменения, видимые только КС, морфологически (эндофитные, плоские кондиломы)

3.Латентная форма: присутствие ВПЧ обнаруживаетсятолько лабораторными методам (ПЦР).Причины манифестации: ЗППП, социальные условия, иммунологический статус.

Диагностика ПВИ:

1) классические методы: цитологический, КС, гистологический, серологический;

2) современные: молекулярно-биологические методы - амплификационные (Hybrid Capture)

*Цитологический метод:* (Папаниколау, Р-Гимза)

Критерии: 1) койлоцитарная атипия клеток - цитопатическое действие вируса на клетку, 2) наличие дискератоцитов - увеличенное пикнотическое ядро поверхностных клеток

Недостатки метода: 1) диагностика только субклинических и клинических форм; 2) высокая частота ложно”-” результатов койлоцитарная атипия наблюдается в более глубоких слояхклеток; 3) невысокая чувствительность (50-80%), что требует повторения анализа

Спектр обязательных диагностических мероприятий: Клинические проявления заболевания и цитологические исследования биоптатов или мазков, где наиболее приемлемым критерием оценки ВПЧ является обнаружений койлоцитов.

Лечение ПВИ (вне беременности) :

1. Цитотоксические методы терапии - подофилотоксин, 0,5% раствор наносится на кондилломы 2 раза в сутки с интервалом 12 часов в течение 3 последовательных дней с 4-х дневным перерывом, но не более 5 недель
2. Химические деструктивные методы терапии: трихлоруксусная кислота 80-90% раствор; солкодерм наносится один раз в неделю
3. Физические деструктивные методы: лазеротерапия (СО2, радиохирургия, криотерапия, хирургическая эксцизия
4. Неспецифическая противовирусная терапия: глицирризиновая кислота наносится на кожу и слизистую вульвы 6 раз в сутки 5-7 дней, во влагалище 3 раза в сутки 5 дней
5. Комбинированные методы терапии: глицирризиновая кислота, иммунокорегирующие средства, эубиотики в сочетании с деструктивными методами
6. При частых рецидивах: внутри очаговое или системное (п/к, в/м) введение интерферонов (  ) в дозе 1.5 - 3 млн. ЕД 3 раза в неделю в течение 4 недель

Требования к результатам лечения: Достижение клинического излечения, уменьшение рецидивов.

Последующее наблюдение: с целью мониторинга диспластических состояний у женщин, зараженных ВПЧ 16 и 18 типов рекомендуются 2 раза в год цитологическое и кольпоскопическое исследования

Лечение беременных: Физические методы и местная противовирусная терапия

ТРИХОМОНИАЗ.  
Является одним из самых распространенных среди воспалительных заболеваний нижнего отдела половых органов, вызывается влагалищными трихомонадами - простейшими из класса жгутиковых. Заражение происходит, как правило, половым путем. Внеполовое заражение возможно через руки медицинского персонала при несоблюдении правил асептики, а также через предметы личного туалета (губки, мочалки, ночные горшки, постельное белье и т.д.). Бытовой путь заражения чаще наблюдается у девочек; они могут инфицироваться во время родов от матерей. Трихомониаз диагностируется у 40-80% больных страдающих гинекологическими заболеваниями - особенно часто (90%) у больных гонореей, что объясняется общностью путей заражения. Кроме того, отмечается фагоцитоз гонококков трихомонадами. У 86% женщин поражение локализуется в нижнем отделе мочеполовых органов (из них у 98.9% развивается вульвовагинит), восходящий процесс имеется у 14%. КЛИНИКА. Различают свежее заболевание с острым, подострым и торпидным (малосимптомным) течением, хронический трихомониаз (длительность заболевания более 2 лет) и асимптомный трихомониаз (стойкое и транзиторное трихомонадоносительство). Инкубационный период колеблется от 3 дней до 3-4 недель, составляя в среднем 10-14 дней.

Клинические формы трихомониаза.

1. Трихомонадный вульвит и вестибулит. Жалобы на жжение в области наружных половых органов, обильные гнойные пенистые выделения, зуд, иногда учащенные позывы на мочеиспускание. При осмотре слизистая вульвы и влагалища отечна, гиперемирована, покрыта жидкими гнойными выделениями с мелкоточечными кровоизлияниями (эрозии).
2. Трихомонадный уретрит.
3. Трихомонадный кольпит.
4. Трихомонадный эндоцервицит.

Диагноз ставят на основании жалоб, анамнеза, клиники и обнаружения трихомонад при микроскопии патологического материала, посевах на искусственные питательные среды. ЛЕЧЕНИЕ. Непременным условием является одновременное лечение обоих супругов (или половых партнеров). В период лечения и последующего контроля половая жизнь запрещена. Местное лечение трихомониаса потеряло свое значение и проводится лишь при непереносимости метронидазола или при упорном течении смешанной инфекции. Основной противотрихомонадный препарат - метронидазол (трихопол, флагил, орвагил и другие производные нитромидазола Схема лечения: 1. по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней Беременным лечение системными препарами метронидазола следует проводить только в последнем триместре. Критерии излеченности: отсутствие в мазках трихомонад на протяжении 3-х менструальных циклов.

ГОНОРЕЯ.

*Этиология.* Заболевание вызывается гонококком; гонококки чувствительны к повышенной температуре (погибают при температуре более 56 градусов), высыханию, действию химических соединений (соли серебра, ртути). При лечении сульфаниламидами и антибиотиками могут образовываться L- формы гонококка, отличающиеся от типичной морфологическими и биологическими свойствами, это происходит при условии недостаточной дозировки препаратов. Гонококк становится нечувствительным к препарату, вызывавшему их образование (переносят, дозу в тысячи раз большую, чем чувствительные гонококки). Имеют различную величину, чаще шаровидную форму. В последнее время распространены штаммы, вырабатывающие пенициллиназу. Инкубационный период при гонорее составляет от 3-5 до 14-15 дней.  
*Патогенез.*Путь передачи чаще половой, бытовой путь (через белье, мочалки, полотенца). Наблюдается очень редко (чаще у девочек). Гонококки поражают отделы половой системы, выстланные однорядным эпителием: цилиндрическим (уретра, парауретральные ходы, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, цервикальный канал, тело матки, маточные трубы). И эндотелием (синовиальные оболочки, брюшина, зародышевый эндотелий, яичники), а также мочевой пузырь и прямую кишку. Описаны случаи орофарингеальной гонореи, гонорейного стоматита, насморка, гонореи глаз.  
Слизистая влагалища, покрытая многослойным плоским эпителием, устойчива к гонококкам. Гонококк распространяется чаще по слизистой оболочке путем непосредственного перехода по “каналам” (каналикулярный путь распространения - по протяжению). Гонококки могут проникать в кровь, чему способствует обильная сеть кровеносных сосудов в мочеполовых органах. Приобретенного иммунитета при гонореи нет. Реинфекция протекает так же остро, как и первичное заражение. Врожденного иммунитета также не существует.

*Классификация.* По длительности и интенсивности реакции организма: А. Свежая (длительность не более 2 мес.) \* острая \* подострая \* торпидная (малосимптомная)

По локализации: а. Нижнего отдела половых органов, б. верхнего отдела половых органов.

*Гонорея нижних отделов половых органов.*

Гонорейный уретрит. Клиника: ощущения боли и рези в начале мочеиспускания (передний уретрит) либо в конце его (задний уретрит).  
Объективно: отек и гиперемия губок уретры, выделения из уретры гнойные, желтоватого цвета.  
Гонорейный эндоцервицит (85-98%). Клиника: жалобы на гноевидные бели, тянущая боль внизу живота. Объективно: отек и гиперемия слизистой шейки матки, истинная эрозия вокруг наружного отверстия цервикального канала. Гонорейный бартолинит.   
*Гонорея верхнего отдела половых органов.* Гонорейный эндометрит.  
Клиника: ощущение тяжести внизу живота, недомогание, головная боль, обильные серозно-гнойные, сукровичные или кровяные выделения, повышение температуры тела.  
Объективно: при двуручном гинекологическом исследовании определяются увеличенная болезненная матка мягковатой консистенции. Гонорейный сальпингооофорит. Обычно бывает двусторонним (в отличие от септического). Заболевание может протекать длительно с частыми обострениями, формированием воспалительных тубовариальных образований, пиосальпинкса. Гонорейный пельвиоперитонит. Наблюдается у 16.4% больных свежей и 2.2% - хронической гонореей. Процесс обычно развивается с брюшинного покрова маточных труб, распространяется на периметрий, брюшину малого таза и брюшной полости, характеризуется склонностью к образованию спаек и сращений. Характерно внезапное начало - резкая боль внизу живота, тошнота, рвота, задержка стула и газов, повышение температуры тела до 40 градусов. Живот при осмотре резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины.   
ДИАГНОСТИКА ГОНОРЕИ. Бактериоскопия (материал - из цервикального канала, уретры, влагалища, при необходимости - прямой кишки). Бактериологический методы - посев указанных выделений на среду с добавлением нативного белка и витаминов. При хронической и торпидной гонореи эти исследования проводят в течение первых 3-х дней после провокации. Методы провокации: \* химическая - смазывание уретры раствором азотнокислого серебра \* биологическая - внутримышечное введение гоновакцины (500 млн. микробных тел) \* физиологическая - менструация, когда мазки берут в дни наибольшего кровотечения \* физиотерапевтические процедуры - индуктотермия, ультразвук   
ЛЕЧЕНИЕ. Антибактериальная терапия. \* Бензилпенициллин натрий 1 млн. 4-6 раз в сутки внутримышечно в течение 5 дней. \* Оксациллин 1.0 4 раза в сутки внутримышечно в течение 1 недели. \* Цефазолин 1.0 2-4 раза в сутки внутримышечно в течение 5-7 дней. \* Тетрациклин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней. \* Левомицетин 0.25 4 раза в сутки внутрь 5-7 дней. \* Сульфадиметоксин 1.0 4 раза в сутки 5-7 дней.  
Иммунотерапия – индукторы интерферона, рекомбинантные интерферонгы.. Критерием излеченности гонореи является отсутствие гонококков в мазках после проведения комплексной провокации в течение 3-х дней менструальных циклов.

Урогенитальный уреамикоплазмоз

Биологическая характеристика хламидий: Mycoplasmataceae, род Mycoplasma (100 видов), род Ureaplasma (3 вида).Патогенны для человека 5 видов-M. pneumonie, M. hominis, M. incognitum, U. urealiticum (дифференциальная патогенность различных серотипов) М. - полиморфная, Гр.- бактерия, 150-200 нм, отсутствует клеточная стенка, содержит ДНК и РНК, способна к репликации на бесклеточной среде, цикл развития 6 суток.

*Механизмы, обусловливающие длительную персистенцию М. и их патогенность:*

1. Паразитирование на мембране клетки хозяина, обмен межмембранными компонентами  нарушение процесса распознавания АГ микоплазмы отсутствие адекватного иммунного ответа или развитие аутоиммунных процессов .
2. Отсутствие сильных АГ детерминант (АГ нейтральность), фенотипическая пластичность при длительной персистенции, широкая вариабельность мембранных АГ  трудность серологической диагностики.
3. Незавершенный фагоцитоз  возможность генерализации инфекции.
4. Антиоксидантная система защиты от макроорганизма
5. Цитотоксическое действие на лимфоциты  вторичные иммунодефициты.
6. Нарушение метаболизма клетки  повышение синтеза арахидоновой кислоты, простогландинов  прерывание беременности.
7. Инициация хромосомных аберраций.
8. Полная резистентность к химическим агентам, подавляющим синтез компонентов клеточной стенки.

*Клиника генитального уреамикоплазмоза*

*Инкубационный период:*  3 дня - 5 нед.( 15-19 дней). Преобладают малосимптомные формы, микст- инфекции (частая выделяемость при ВЗОМТ) .

*Нозологические формы:*

УМП наружных половых органов (свежий, торпидный, хронический) - вульвовагинит, цервицит, бартолинит, уретрит, парауретрит, УМП внутренних половых органов - эндометрит, сальпингит, оофорит, аднексит.

*Диагностика УМП:*

1)бактериологический метод: качественные методы, т.е. по изменению цвета среды, в результате выделения в процессе жизнедеятельности уреазы.

2)серологические методы: ПИФ.

3)молекулярно-биологичекие (ПЦР): позволяет типировать патогенные штаммы.

Критерии назначения лечения: 1)проявление инфекции, 2)риск предстоящих оперативных или инвазивных манипуляций, 3)бесплодие, 4)клиника инфицирования плода .

*Лечение УМП:*

1)Антибиотики группы тетрациклинов, макролидов (неоднозначный эффект на различные штаммы) и фторхинолонов (см. УГХ). Нечувствительны к пенициллинам, ампициллину, цефалоспоринам, SA.

2)Иммунотерапия:полиоксидоний 6 мг в\м N10-15 или 6мг 2-3 раза\нед, лонгидаза (полиоксидоний+ гиалуронидаза) 5 мг через 3-5 дн N 5-10, неовир 250 мг 1раз в 2-3 дня (курс 2,5г), виферон 500т (св. рект.) 2р\сут 10 дней, затем 2 р\сут через день 3-12 мес., курантил 25 мг 1-2р\д 15-20 дней, дибазол 0,02г 1 р\д 10-15 дней, эссенциале, спленин

3)эубиотики

Генитальный герпес

передаваемое половым путем хроническое рецидивирующее вирусное заболевание

Этиология: возбудитель вирус простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов

Классификация 1) Первый клинический эпизод, 2) Рецидивирующий генитальный герпес

Лабораторная диагностика:

1. Молекулярно-биологические методы (ПЦР, ДНК- гибридизация)
2. Иммунологические методы: *выявление антигена* ВПГ 1)реакция прямой и непрямой иммунофлюоресценции; 2) метод ИФА; *выявление антител* к ВПГ (Ig A, M, G) методом ИФА
3. Вирусологические методы

Кратность обследования: При асимптомном течении заболевания в течение первых 4 дней рецидива целесообразно проводить исследования на ВПГ. Контроль лечения через 7-10 дней после лечения

Ведение половых партнеров: Обследование половых партнеров, при инфицированности - лечить. На период лечения рекомендуются барьерные методы контрацепции

Лечение генитального герпеса вне беременности:

1. *Первичный клинический эпизод*

*Рекомендуемые схемы*

Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки 5-7 дней или валацикловир 500 мг 2 раза в сутки 5-10 дней

1. Рецидивирующий генитальный герпес ( или обострение)

*Рекомендуемые схемы*

Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки 10 дней или валацикловир 500 мг 2 раза в сутки 10 дней

*Альтернативные схемы:* 1)глицирризиновая кислота на слизистуювульвыи или кожу спрей распыляют по несколько секунд с растояния 4-5 см 6 раз в сутки в течение 5-10 дней, интравагинально 2-3 раза в сутки 6-10 дней; 2) видарабин гель 10% 4 раза в сутки 7 дней; 3) риодоксол мазь 0,25%, 0,5%, 1% 5-7 дней; 4) ацикловир крем 3%, 5% 5 раз в сутки 5-10 дней

Профилактическое лечение (супрессивная терапия) . Проводится с целью предупреждения заболевания, длительность определяется индивидуально.

*Рекомендуемые схемы:*

Ацикловир 400 мг 2 раза в сутки или валацикловир 500 мг 1 раз в сутки

*Альтернативные схемы*

глицирризиновая кислота 2 раза в сутки на слизистую вульвы или интравагинально за 8-10 дней до начала менструации

*Лечение беременныз*

Лечение беременных является обязательным и проводится по схемам, указанным выше. При лечении диссеменированых форм используется только ацикловир в стандартных дозировках. При наличии в анамнезе хронического герпеса лечение проводится по схемам противорецидивной терапии

*Показания к родоразрешению операцией кесарева сечения*: наличие высыпаний на гениталиях или первичный клинический эпизод в течение последнего месяца

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1)Принципы дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний женских половых органов специфической этиологии с другими генитальными и экстрагенитальныьш заболеваниями

2)Современные принципы лечения больных с хроническими воспалениями придатков матки.

3)Вирусные заболевания гениталий: вирус простого герпеса, папилломавирусная инфекция

4)Уреамикоплазмоз половых органов: современные подходы к ведению пациентов

5)Генитальный герпес.

6)Особенности микрофлоры половых путей в современных условиях.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1.У больных с хламидийным цервицитом (вне беременности) лучше использовать все перечисленное, кроме

а) доксициклина

б) эритромицина

в) сумамеда

г) ампициллина

д) тетрациклина

2.Остроконечные кондиломы характеризуются следующим 1) имеют вид образования розового цвета, напоминающего по форме цветную капусту 2) локализуются часто в области вульвы, во влагалище, на шейке матки 3) основание их всегда широкое, инфильтрировано 4) консистенция кондилом хрупкая

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

3.Особенности течения туберкулезного поражения придатков матки состоят в следующем 1) течение заболевания чаще всего хроническое 2) пальпаторно могут определяться четкообразные ограниченные в подвижности придатки матки 3) часто отмечается несоответствие выраженных анатомических изменений со стороны внутренних гениталий со скудными жалобами и общим удовлетворительным состоянием больных 4) могут образовываться кишечно-придатковые и придатково-пузырные свищи

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

4.Для диагностики туберкулеза гениталий применяют 1) гистеросальпингографию 2) биконтрастную гинекографию 3) туберкулинодиагностику 4) лимфографию

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Критерии диагностики воспаления придатков матки (при проведении дифференциальной диагностики с аппендицитом) 1) часто наличие воспаления придатков в анамнезе 2) постепенное развитие заболевания 3) болезненность в области Дугласова кармана при ректальном исследовании (симптом Промптова положительный) 4) быстрое нарастание лейкоцитоза в периферической крови уже в первые часы заболевания

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Часто встречается следующая локализация воспалительного процесса гениталий, обусловленного хламидийной инфекцией 1) цервицит 2) сальпингоофорит 3) эндометрит 4) вульвит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) все перечисленное неверно

7.В соответствии с существующей классификацией гонореи различают 1) свежую гонорею 2) хроническую гонорею 3) латентную гонорею 4)гонококконосительство

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Особенности менструальной функции у больных с хроническим сальпингоофоритом 1) гиперменорея 2) полименорея 3) гипоменорея 4) олигоменорея

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) верно все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для лечения больных с остроконечными кондиломами наружных половых органов, как правило, применяют 1) резорцин местно 2) хирургическое лечение - иссечение кондилом 3) криодеструкцию 4) амфотерицин местно

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.Принципы лечения больных с генитальным кандидозом 1) проведение антипротозойной и антимикробной санации очагов инфекции 2) лечение кандидозной инфекции 3) лечение полового партнера 4) исключение половой жизни во время лечения

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-а |
| 2-б | 7-в |
| 3-в | 8-в |
| 4-в | 9-а |
| 5-б | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).

2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой.

3. Антимикробная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.

4. Большое количество половых партнеров (промискуитет)

5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 41 года с жалобами на тянущие боли в низу живота, сукровично-гноевидные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38 градусов. Из анамнеза: заболела остро, на 3-й день после произведенной офисной гистероскопии с биопсией эндометрия по поводу подозрения на наличие аденомиоза. В анамнезе 1 срочные роды и 5 медицинских абортов, один из которых осложнился острым эндометритом, острым аднекситом, по поводу чего получала лечение в стационаре. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова тактика врача женской консультации?
3. План дообследования больной?
4. Лечение?
5. Необходимые реабилитационные мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Обострение хронического эндометрита.
2. Направление больной на стационарное лечение в гинекологическое отделение.
3. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), утеротоники, с последующим назначением иммуномодуляторов и физиолечения.
5. Необходимо проведение нескольких курсов физиопроцедур, циклической витаминотерапии, биогенные стимуляторы, монофазные КОК. Через 2 месяца – санаторно-курортное лечение.

**Задача №3**

Незамужняя женщина 25 лет предъявляет жалобы на гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании в течение 5 дней. Повышение температуры тела не отмечала. Половой жизнью живет нерегулярно, постоянного партнера не имеет. Менструальный цикл не нарушен. При осмотре: живот обычной формы, при пальпации мягкий. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки гиперемирована, обильные гнойно-слизистые выделения. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их пальпации безболезненна.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?
4. Причины развития заболевания у данной больной?
5. В чем состоит профилактика развития данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Кольпит. Цервицит. Острый уретрит (не исключается специфической этиологии).
2. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Анализ крови на RW и ВИЧ. Общий анализ мочи, посев мочи с антибиограммой.
3. Антимикробная, местносанирующая терапия с учетом выделенного возбудителя.
4. Большое количество половых партнеров (промискуитет)
5. Упорядочение половой жизни, использование барьерных методов контрацепции (презерватив).

**Задача №4**

На прием к детскому гинекологу обратилась мать с девочкой 6 лет, у которой наблюдаются зуд и покраснение в области наружных половых органов, гнойные выделения из половых путей. Данные симптомы возникают периодически в течение года, гигиена половых органов соблюдается. При наружном осмотре половых органов отмечается гиперемия и отек слизистой входа во влагалище и наличие обильных гнойных выделений из влагалища.

1. Предположительный диагноз?
2. Возможная причина развития данного заболевания у девочек до 8 лет?
3. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. В чем заключаются профилактические мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Неспецифический вульвовагинит.
2. Дефицит эстрогенов, несоблюдение гигиенических мероприятий, эндокринные заболевания (сахарный диабет), авитаминозы, нерациональное питание, энтеробиоз, аллергическая природа заболевания, наличие инородного тела во влагалище, редко – ИППП (интранатальный или бытовой путь заражения).
3. Мазки из уретры и вульвы на бактериоскопическое и бактериологическое исследование, на ИППП методом ПЦР. Кал на яйца глист. Анализ крови на сахар. Вагиноскопия. УЗИ органов малого таза. Консультация аллерголога по - показаниям.
4. Местносанирующее лечение (влагалищные ванночки с антисептиками, мазевые аппликации на вульву и инстилляции во влагалище антибактериальных мазей), препараты с эстрогенами для местного применения, витаминотерапия, антигистаминные препараты.
5. Рациональное сбалансированное питание девочки, своевременное лечение гельминтозов, соблюдение правил гигиены.

**Задача №5**

В гинекологический стационар поступила больная 35 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в правую ногу, слабость, гнойно-сукровичные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов. Из анамнеза: заболела постепенно, на 4-е сутки после удаления ВМС в женской консультации (удаление с техническими трудностями). Сначала появились тянущие боли в низу живота, больше справа. Больная самостоятельно принимала обезболивающие препараты – с кратковременным эффектом. Затем боли усилились, появилась гипертермия и гнойно-сукровичные бели. У больной в анамнезе 2 родов и 2 мед. аборта без осложнений. Контрацепция – ВМС в течение 5 лет. В анамнезе острое воспаление придатков матки 12 лет назад, лечилась в стационаре.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала обильные сукровично-гноевидные выделения. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, неподвижная, наружный зев закрыт, тело матки чуть больше нормальных размеров, плотная, болезненная, с четкими контурами. Справа от матки определяется плотный инфильтрат, доходящий до стенок таза, болезненный, без четких контуров. Придатки слева не определяются. Правый боковой свод несколько уплощен, пальпация его болезненна, остальные своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. Составьте план реабилитационных мероприятий после основного курса терапии.

**Эталон ответа**

1. Обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием тубоовариальной опухоли справа, сактосальпинкса слева, пельвиоперитонит на фоне ВМС.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия.
3. Истинная опухоль яичника, перекрут миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), проводить консервативное лечение в течение 5-7 суток с последующим оперативным лечением. При неэффективности консервативной терапии в течение 24-48 часов – оперативное лечение в экстренном порядке. Предполагаемый объем операции: Лапаротомия. Аднексэктомия справа, тубэктомия слева. Санация и дренирование брюшной полости.
5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов и бактериального вагиноза, упорядочение половой жизни.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-11, ПК-12.**

1)Владеть методами обследования больных с воспалительными заболеваниями женских половых органов (выбор метода, показания для направления, технология забора материала).

2)Оценить данные лабораторных и специальных методов исследования, ультразвуковой диагностики.

3)Взять материал для бактериологического и бактериоскопического исследования.

4)Оценить степень тяжести состояния больных.

5)Составить программу антибактериальной, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии.

**1.Занятие № 6**

**Тема: «Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. Классификация, клиника, диагностика, лечение, реабилитация».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: Воспалительные заболевания женских половых органов занимают одно из первых мест среди гинекологических заболеваний. Особое значение в диагностике и лечении этой патологии принадлежит осложненному течению ВЗОМТ – гнойным тубоовариальным образованиям.

**Цели обучения:**

**- общая:**

Углубить и расширить знания врачей по диагностике, дифференциальной диагностике и врачебной тактике при гнойных тубоовариальных образованиях придатков; обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

**-учебная**

Обучающийся должен знать:

Представлять современные сведения об этиопатогенезе гнойных тубоовариальных образований

Разобрать вопросы дифференциальной диагностики гнойных тубоовариальных образований на примере клинических случаев

Обучающийся должен уметь:

Диагностировать гнойные тубоовариальные образования на примере клинических случаев

Обучающийся должен владеть:

Вести пациентов в послеоперационном периоде при гнойных тубоовариальных образованиях.

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палаты в стационаре).

**6.Оснащение занятия** (перечень таблиц, слайдов).

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

*Морфологические формы гнойных тубоовариальных образований* (вопросы терминологии)

* Пиосальпинкс - преимущественное поражение маточной трубы;
* Пиоварий - преимущественное поражение яичника;
* Тубоовариальная гнойная опухоль;

*Осложнения данных процессов:*

* Без перфорации
* С перфорацией гнойников
* С пельвиоперитонитом
* С перитонитом (отграниченный, диффузный, серозный, гнойный)
* С тазовым абсцессом
* С параметритом (задний, передний, боковой)
* С вторичным поражением смежных органов (сигмоидит, вторичный аппендицит, оментит, межкишечные абсцессы, сформированием свищей)

*Патогномоничные синдромы гнойных тубоовариальных образований:*

|  |  |
| --- | --- |
| * Интоксикационный | * Инфекционный |
| * Болевой | * Ранний почечный |
| * Синдром гемодинамических расстройств | * Синдром воспаления смежных органов |
| * Синдром метаболических нарушений |  |

*Интоксикационный синдром: стадии эндогенной интоксикации*

1. Начальная стадия ЭИ
2. Фаза накопления продуктов из очага агрессии (вещества низкой и средней молекулярной массы)
3. Фаза обратимой декомпенсации органов детоксикации
4. Фаза необратимой декомпенсации органов детоксикации
5. Терминальная стадия

*Объем обследования при гнойных тубоовариальных образованиях:*

Общеклинические методы

Лабораторные:

|  |  |
| --- | --- |
| * Бактериоскопия | * Бактериология |
| * Биохимические методы | * Иммунологические |
| * Коагулограмма | * Функциональные методы (ЭКГ, R и т.д.) |
| * Трансвагинальная эхография | * КТГ, ЯМР |
| * Диагностическая лапароскопия | * Диагностическая пункция заднего свода |

*Стратегия лечения:* Выбор времени и объема операции

*Объем предоперационной терапии:*

Антибиотики, противопротозойные препараты, антимикотические препараты

* Дезинтоксикационная терапия
* Антигистаминные препараты
* Оценка эффективности лечения по динамике: лихорадки, перитонеальных симптомов, показателей крови

*Хирургический этап:*

1. Эндотрахеальный наркоз
2. Лапаротомия: выбор объема операции, метода дренирования

*Продолжение антибактериальной терапии в послеоперационном периоде*

1. Инфузионная терапия (борьба с интоксикацией, гиповолемией, метаболическими нарушениями)
2. Нормализация моторики ЖКТ
3. Гепатотропная терапия
4. Общеукрепляющая терапия
5. Антианемическая терапия
6. Парентеральное питание
7. Борьба с гиподинамией
8. Иммуностимулирующая терапия

*Госпитальная и постгоспитальная реабилитация*

|  |  |
| --- | --- |
| * Лечение остаточных явлений | * Профилактика рецидивов |
| * Воотановление специфических функций | * Коррекция астенического синдрома |
| * Коррекция посткастракционного синдрома |  |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1. Этиопатогенез гнойных тубоовариальных образований
2. Морфологические формы гнойных тубоовариальных образований ( вопросы терминологии)
3. Осложнения гнойных тубоовариальных образований:
4. Патогномоничные синдромы гнойных тубоовариальных образований:
5. Интоксикационный синдром: стадии эндогенной интоксикации

* Начальная стадия ЭИ
* Фаза накопления продуктов из очага агрессии (вещества низкой и средней молекулярной массы)
* Фаза обратимой декомпенсации органов детоксикации
* Фаза необратимой декомпенсации органов детоксикации
* Терминальная стадия

1. Объем обследования при гнойных тубоовариальных образованиях:
2. Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции
3. Объем предоперационной терапии:
4. Хирургический этап, принципы ведения
5. Госпитальная и постгоспитальная реабилитация

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

2.Димексид обладает следующим действием

а) анальгезирующим

б) противовоспалительным

в) облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

3.В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

4.При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

5.К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

6.К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

7.Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

8.К особенностям течения воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии относится все перечисленное, кроме

а) увеличения числа больных в возрасте до 18 лет и старше 55 лет

б) возрастания числа тубоовариальных образования

в) отсутствия у большинства больных четко выраженной клинической картины заболевания

г) значительно более частого выявления параметрита

д) склонности воспалительных заболеваний к длительному хроническому течению с частыми обострениями

9.К микроорганизмам, которые наиболее часто являются возбудителями воспалительных заболеваний женских половых органов неспецифической этиологии, относятся все перечисленные, кроме

а) стафилококка

б) стрептококка

в) гонококка

г) гарднереллы

д) анаэробов

10. Фаза экссудации, связанная с повышением проницаемости стенок капилляров в очаге воспаления, характерна для стадий воспаления

а) острой

б) подострой

в) обострения хронического процесса (один из вариантов)

г) верно а) и б)

д) всех перечисленных

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-а |
| 2-д | 7-в |
| 3-д | 8-г |
| 4-г | 9-в |
| 5-б | 10-д |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная 17 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота, иррадиирующие в прямую кишку, тошноту, однократную рвоту, понос до трёх раз в сутки, повышение температуры тела до 38,5˚С, озноб, слабость.Из анамнеза: В браке не состоит. Половая жизнь регулярная, без контрацепции. В течение последнего месяца имела 10 половых партнёров. Последняя menses в срок. Заболела остро на 6-ой день менструального цикла, когда появились указанные выше симптомы.При осмотре: Занимает вынужденное положение. Лежит на правом боку с приведёнными к животу ногами. Плачет. АД 110/70 мм.рт.ст., PS 120 в 1 мин, температура тела 38,9˚С. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно вздут, резко болезненный в гипогастральной области, особенно справа, где определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.При влагалищном исследовании: Шейка матки с явлениями эндоцервицита, выделения из цервикального канала гнойные, обильные. Тело матки и придатки пальпировать не удаётся из-за резкого напряжения мышц передней брюшной стенки. Задний свод влагалища нависает, резко болезненный.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Лечение?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит.
2. Острый аппендицит. Кишечная токсикоинфекция.
3. Развёрнутый анализ крови с подсчётом лейкоцитарной формулы. Мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ЗППП методом ПЦР. Посев кала. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Лапароскопия.
4. Дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, витаминотерапия.
5. Барьерная контрацепция, упорядочение половой жизни, лечение хронических очагов инфекции.

**Задача №2**

Пациентка 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в гинекологическое отделение БСМП с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, обильные гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 39 градусов с ознобами, слабость. Из анамнеза: Болеет в течение 10 дней, заболела сразу после очередной менструации, которая пришла в срок. В начале появились тянущие боли в низу живота. Больная самостоятельно принимала анальгин – без эффекта. Затем присоединилась гипертермия и гноевидные выделения из половых путей (периодическое повышение температуры тела больная отмечает в течение 6 дней). В связи с ухудшением состояния больная вызвала скорую помощь. В анамнезе 2 родов, 2 мед. аборта без осложнений. Страдает хроническим аднекситом с редкими обострениями, ЗППП в анамнезе отрицает. Контрацепция – ВМС в течение 9 лет. При осмотре: состояние больной тяжелое. Больная в сознании, адекватна. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Температура – 38,7 градусов, пульс 100 уд в 1 мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен серым налетов. Живот обычной формы, не вздут, симметричный, напряжен и резко болезненный в области гипогастрия. Симптомы раздражения брюшины положительны в области гипогастрия. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища и шейка матки без воспалительных явлений, в зеве – усы ВМС. Из цервикального канала стекают обильные гноевидные бели. При влагалищном осмотре: шейка матки цилиндрическая, наружный зев закрыт, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Справа от матки определяется опухолевидное образование, без четких контуров, до 7-8 см в диаметре, плотное, неподвижное, резко болезненное. Слева придатки утолщены, подвернуты за матку, резко болезненны. Своды глубокие. Движения за шейку матки болезненны.

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Какова профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Обострение хронического двухстороннего аднексита с образованием тубоовариальной опухоли справа, сактосальпинкса слева, пельвиоперитонит на фоне ВМС.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. Кольпоскопия и мазок на атипические клетки с шейки матки. УЗИ органов малого таза. Кульдоцентез. Лапароскопия.
3. Истинная опухоль яичника, перекрут миоматозного узла на ножке, о. аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
4. Начать комплексную консервативную противовоспалительную терапию (инфузионная, антибактериальная, нестероидные противовоспалительные, антигистаминные, обезболивающие препараты), проводить консервативное лечение в течение 5-7 суток с последующим оперативным лечением. При неэффективности консервативной терапии в течение 24-48 часов – оперативное лечение в экстренном порядке. Предполагаемый объем операции: Лапаротомия. Аднексэктомия справа, тубэктомия слева. Санация и дренирование брюшной полости.
5. Соблюдение правил использования ВМС, своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов и бактериального вагиноза, упорядочение половой жизни.

**Задача № 3**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 27 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, периодические слизисто-гноевидные выделения из половых путей, редко – субфебрильную температуру тела, отсутствие беременностей в течение 3 лет.Из анамнеза: 3 года назад мед. аборт, осложнившийся о. эндометритом, по поводу чего получала стационарное лечение. После этого периодически беспокоят вышеперечисленные жалобы, беременность не наступала не смотря на отсутствие контрацепции. При осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения – слизисто-гноевидные в умеренном количестве. Вагинально: шейка коническая, наружный зев. Закрыт. Тело матки нормальных размеров, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон инфильтрированы, чувствительны. Своды без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. План дообследования больной?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наиболее вероятная причина бесплодия у данной больной?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Хроническое воспаление придатков матки. Бесплодие II.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, анализ крови на RW и ВИЧ, мазки из уретры, цервикального канала и заднего свода влагалища на бактериоскопическое и бактериологическое исследование. Анализ соскоба из цервикального канала на ИППП методом ПЦР. УЗИ органов малого таза. Лапароскопия с хромосальпингоскопией.
3. Необходимо исключить патологию шейки матки, гормональный и иммунологический генез бесплодия.
4. Непроходимость маточных труб, спаечный процесс в области малого таза.
5. Использование надежных методов контрацепции для исключения абортов, адекватное и своевременное лечение острых воспалительных процессов половых органов, профилактика и своевременное лечение ИППП.

**Задача №4**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре).Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Апоплексия правого яичника.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, определение ХГ в моче, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит.
4. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ живота, анальгетики, спазмолитики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение (ушивание или коагуляция кровоточащих сосудов яичника).
5. Прием КОК с целью контрацепции. Своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний придатков матки, в том числе ИППП.

**Задача №5**

Больная 22 лет доставлена в гинекологический стационар машиной скорой помощи с жалобами на острые боли в низу живота, возникшие около 5 часов назад внезапно на фоне физической нагрузки; сухость во рту, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза: менструации с 13 лет, регулярные, через 26 дней, по 3 дня. Последняя менструация началась в срок 10 дней назад. Живет половой жизнью с 20 лет, контрацепция – презерватив. Беременностей не было. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 37,8 градусов, пульс 88 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, напряжен и болезнен в нижних отделах. Здесь же положительны симптомы раздражения брюшины. При влагалищном обследовании: влагалище свободное, шейка коническая, зев закрыт, тело матки не увеличено; придатки слева не пальпируются, справа и кзади от матки пальпируется опухолевидное образование, эластической консистенции, подвижное, резко болезненное, до 10 см в диаметре. Своды глубокие.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Перекрут ножки опухоли яичника.
2. Развернутый и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, тест на ХГ, УЗИ гениталий, лапароскопия.
3. О. аппендицит, эктопическая беременность, перекрут миоматозного узла на ножке, опухоль кишечника.
4. Экстренное оперативное лечение (аднексэктомия на стороне поражения, реже - деторсия и вылущивание опухоли яичника).
5. Проведение регулярных профилактических осмотров с целью своевременной диагностики и лечения опухолевых процессов яичников, применение КОК с целью контрацепции (профилактика кист яичников), своевременная диагностика и лечение воспалительных заболеваний придатков матки.
6. **Перечень и стандарты практических умений.**

Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12.

1.Овладеть практическими навыками диагностики и дифференциальнй диагностики гнойных тубоовариальных образований матки

2.Оценить результаты лабораторных и дополнительных методов исследования больных с гнойными тубоовариальными образованиями матки с точки зрения тактики ведения случая

3.Освоить практические навыки ведения предоперационнного периода

4.Освоить практические навыки ведения послеоперационнного периода

**1.Занятие № 7**

**Тема: «Внебольничный аборт, классификация, диагностика и лечение. Септический аборт (этиология, патогенез, клиника, лечение). Сепсис (классификация, диагностика, лечение)».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы:** В России аборты, как артифициальные, так и криминальные, традиционно остаются ведущим методом ограничения деторождения. Аборт в современных условиях занимает одно из первых мест в структуре материнской смертности, в первую очередь, за счет гнойно-септических осложнений. Отдаленные последствия гнойно-септических осложнений – нарушение функции репродуктивной системы и акушерско-гинекологическая патология. Поэтому изучение социальных, медицинских, экономических проблем аборта, принципов лечения гнойно-септических осложнений является важным элементом профессиональной деятельности врача акушера-гинеколога.

**Цели обучения:**

**- общая:**

Изучить социальные и медицинские проблемы криминального аборта, принципы ведения пациенток с гнойно-септическими осложнениями аборта.

Обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.

**-учебная**

Обучающийся должен знать:

проблему гнойно-септических осложнений аборта

Представить современные сведения об этиопатогенезе гнойно-септических осложнений аборта

Обучающийся должен уметь:

Проводить дифференциальную диагностику гнойно-септических осложнений аборта на примере клинических случаев; разобрать вопросы врачебной тактики при гнойно-септических осложнений аборта

Обучающийся должен владеть

Ведением послеоперационного периода при гнойно-септических осложнениях аборта.

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палаты в стационаре).

**6. Оснащение занятия:** таблицы и слайды, комплект методических разработок семинарского занятия, набор тестов и задач по текущей теме

**7. Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Согласно классификации инфицированного аборта различают 3 этапа инфекционного процесса:

1 этап – инфекция в пределах плодного яйца, матки

2 этап - воспалительный процесс за пределами матки, но остается локализованным в пределах малого таза.

3 этап - генерализованная инфекция.

# В гинекологии генерализованные септический процесс возникает чаще всего после внебольничных абортов (инфицированные). Сепсис - тяжелый инфекционный процесс, возникающий на фоне местного очага инфекции, снижения защитных свойств организма и сопровождающийся полиорганной недостаточностью. Способствующие факторы: кровопотеря (при аборте, выкидыше, операции т.д.),

# ПАТОГЕНЕЗ. Генерализация инфекции обусловлена преобладанием возбудителя над бактериостатическими возможностями организма в результате массивной инвазии (например, прорыв гнойника в кровь из инфицированного тромба, т.п.) либо врожденного или приобретенного снижения иммунитета. Нарушения иммунитета, предшествующие сепсису, как правило, остаются неопределимыми, за исключением случаев депрессии кроветворения. Однако сепсис возникает не в результате нарушений иммунитета вообще, а вследствие срыва в каком-то одном из его звеньев, ведущего к нарушению выработки антител, снижению фагоцитарной активности или активности выработки лимфокинов и т.д. ДВС-синдром и шок - постоянные осложнения сепсиса, вызванного грамотрицательными микробами, менингококкемии, острейшего пневмококкового и стафилококкового сепсиса. Накоплению кининов при сепсисе и ДВС-синдроме способствует истощение таких ферментов, как кининаза, ингибитор калликреина, обычно содержащихся в плазме здоровых лиц. Активирующийся в начале ДВС-синдрома фибринолиз затем резко снижается вследствие истощения фактора Хагемана, калликреина, собственно плазминогена. Угнетение фибринолиза - характерный признак ДВС-синдрома, осложняющего сепсис. При инфицированности микротромбов ДВС-синдром неизбежно приводит к выраженной полиорганной патологии, в патогенезе которой важнейшую рль играет в начале сама инфекция, а по прошествии 2-3 недель - патология иммунных комплексов. Первичного сепсиса практически не бывает. Под сепсисом понимают как бы вторую болезнь, но по тяжести клинических проявлений - это самостоятельное заболевание. По возбудителям выделяют Гр+ и Гр - виды сепсиса, стафилококковый, колибациллярный, клостридиальный, неклостридиальный сепсис. По темпу развертывания: молниеносный (септический шок, развивается в течение 1-2 суток, встречается у 2% больных). Острый сепсис (40%, продолжается до 7 суток), подострый сепсис (60%, продолжается 7-14 суток), хрониосепсис. По фазам течения (клиническим формам) гинекологический сепсис: септицемия (сепсис без метастазов, септикопиемия. Любая форма может дать септический шок. Различают также септический перитонит, анаэробный сепсис (изолированно, чрезвычайно аггресивная форма). Фазы течения:

# Фаза напряжения, или фаза реакции на внедрение возбудителя. При этой фазе всегда имеется недостаточность местных защитных механизмов. Нестабильность барьера приводит к распространению инфекционного агента по микроциркуляторному руслу. Постоянно идет уменьшение или недостаточность энергетических ресурсов. В клинике доминируют гемодинамические расстройства и токсические проявления в виде интоксикационного синдрома - энцефалопатии, очаговые нарушения со стороны ЦНС. Несоответствие между защитой и агрессией нарастает, и развиваются тяжелые гемодинамические нарушения - несоответствие внутрисосудистого объема сосудистой емкости.

# Катаболическая фаза. По клиническому течению эта самая тяжелая фаза - идет прогрессирующий расход ферментных и структурных факторов. Нарушаются все виды обмена. В местный процесс вовлекаются все большее количество тканей, органов. Если в первой фазе повреждаются матка и придатки ограничено, то в этой фазе поражаются соседние органы - мочевой пузырь, прямая кишка и.т.д. В этой фазе идет разрушительные процесс в виде септикопиемии и таким образом развиваются системные нарушения, приводящие к полиорганной недостаточности (ОПН, острая печеночная недостаточность, надпочечниковая недостаточность, и т.д.). развивается сердечно-легочная недостаточность, ДВС-синдром, и большинство больных погибает в этой фазе.

# Анаболическая фаза. Восстановление утраченных резервов, переход из катаболической фазы переходит медленно, слабо. Иногда сепсис приобретает волнообразное течение. Может быть и выздоровление, иногда переход в хрониосепсис. Осложненный инфицированный аборт через переходную форму - гнойную резорбтивную лихорадку - в сепсис. Чаще всего погибают от этого предсепсиса ( врача пытается убрать инфицированные остатки в матке - при нестабильном барьере происходит обнажение сосудов, и микробы и токсины прорываются в кровь и происходит пирогенная реакция по типу септического шока (описан Маккеем, названа феномен Санарелли-Шварцмана). Гнойно-резорбтивная лихорадка может перейти во все виды течения сепсиса. Это состояние заканчивается смертью, редко - выздоровлением, если местный процесс уменьшается. Гнойно-резорбтивная лихорадка дает летальность 40%, септицемия осложненная септическим шоком - летальность 80%, септикопиемия с септическим шокок - 60-80%. Эти процессы могут перейтив хрониосепсис.

КЛИНИКА. Клиническая картина зависти от возбудителя, источника проникновения и состояния иммунитета. Начало заболевания может быть бурным с потрясающим ознобом, гипертермией, миалгиями, геморрагической или папулязной сыпью либо постепенным с медленно нарастающей интоксикацией. К часты, но неспецифическим признакам сепсиса относят увеличение селезенки, и печени, выраженную потливость после озноба, резкую слабость, гиподинамию, анорексию, запор. При отсутствии антибактериальной терапии сепсис, как правило, заканчивается смертью от множественных нарушений всех органов и систем. Характерны тромбозы (особенно вен нижних конечностей) в сочетании с геморрагическим синдромом. При адекватной антибактериальной терапии на фоне снижения температуры, уменьшения интоксикации через 2-4 недели от начала болезни появляются артралгии (вплоть до развития полиартрита), признаки гломерулонефрита (белок, эритроциты, цилиндры в моче), симптомы полисерозита (шум трения плевры, шум трения перикарда) и миокардита (тахикардия, ритм галопа, преходящий систолический шум на верхушке или на легочной артерии, расширение границ относительной тупости сердца, снижение или даже негативизация зубца Т и смещение вниз сегмента ST преимущественно в передних грудных отведениях). При тяжелом ДВС-синдроме, респираторном дистресс-синдроме отмечаются множественные дисковидные ателектазы и нестойкие полиморфные тени в легких, обусловленные интерстициальным отеком. Подобные изменения наблюдаются при тяжелом течении сепсиса независимо от возбудителя и на единичных рентгенограммах почти не отличимы от пневмонии. Однако для теней воспалительной природы характерна стойкость, а для теней интерстициального отека - эфемерность. При аускультации легких об интерстициальном отеке могут свидетельствовать незвучные мелкопузырчатые хрипы, крепитация. Для септического аборта кровотечение не характерно, так как при этом состоянии имеется воспалительная реакция в матке. Обычно сосуды забиваются микробами, тромбами и т.п. кровянистые выделения с примесью гнойных. При септическом поражении идет токсическое поражение красного ростка - появление токсической анемии (анизоцитоз, пойкилоцитоз, токсические нейтрофилы, и.т.п.). Изменяется окраска кожи - появляется землистая окраска кожи, иногда наблюдается иктеричность, особенно при нарастающей печеночной недстаточности, иногда могут появиться петехиальные кровоизлияния. Петехии могут на слизистой, коже, в органах. Петехии могут носит сливной характер, можно видеть массивные поверхностные некрозы. Наблюдается тахипное (частота дыхания может достигать до 40 дыханий в минуту, что является следствием нарушения сердечно-сосудистой системы и самих легких). Септические пневмонии - это довольно частое осложнение септического процесса. Поражение печени - печень выходит из под края реберной дуги, болезненна. В крови нарастают трансаминазы, нарастает билирубин, снижается протромбиновый индекс, снижается общий белок и белковые фракции, и все это может привести к острой печечной недостаточности с необратимыми изменениями. Поражение почек - в начале когда идет гиповолемия, идет снижение АД, и возникают функциональные изменения - снижение почасового диуреза ( 30 мл/ч и ниже ), моча становится низкой плостности, нарастает белок, различные цилиндры, появляется лейкоцитурия, эритроцитурия и таким образом почки претерпевают разные этапы от функциональных до органических расстройств (ОПН). Кортикальный некроз является абсолютно необратимым. Эти нарушения сопровождаются явлениями вторичных процессов - обострение пиелонефрита, возникновение карбункула почки и т.п. возникает нарушение моторики кишечника - парез кишечника, тяжелые нарушения пристеночного пищеварения. Возникает гнилостный процесс в кишке, развиваются септические поносы, явления дисбактериоза. Компенсировать эти потери чрезвычайно трудно. Изменения в самой ране - практически буду такими же как и при локализованных формах - матка увеличенных размеров, мягкой структуры так как вся пропитана воспалительным инфильтратом, канал проходим, брюшина раздражена, обильные гнойно-кровянистые выделения, иногда с пузырьками газа. Рано появляются трофические нарушения - пролежни, поскольку нарушены процессы микроциркуляции. Нарастают изменения периферической крови - сдвиг до юных форм, появление токсической зернистости нейтрофилом, уменьшение количество сегментоядерных нейтрофилов, уменьшается количество лимфоцитов и моноцитов. Высокая СОЭ. Нарастающая анемия. Увеличивается селезенка, появляются дегенеративные изменения (септическая селезенка). При сепсисе всегда делают посевы крови, мочи, из гнойных очагов, мокроты и т.д. то есть из всех возможных мест, неоднократно, чтобы выявить весь спектр микробов вызвавших сепсис.   
Септикопиемия характеризуется как бы дополнением признаков метастатического поражения органов (перитонит, абсцесс мозга, заглоточный абсцесс, абсцесс легкого, карбункул почки, и т.д.).

# ЛЕЧЕНИЕ. Хирургическая тактика. При локализации инфекции в пределах матки возможно органосохраняющее лечение: выскабливание полости матки после нормализации температуры на фоне антибактериальной и инфузионной терапии. При других формах гнойно-септического осложнения аборта оперативное лечение является радикальным: экстирпация матки с трубами. Лечение сепсиса должно быть, прежде всего, патогенетическим. Поскольку решающую роль в развитии сепсиса (в отличие от любой другой инфекции) играют массивность инфекции, присутствие микроорганизмов в крови и во всех тканях в сочетании с выраженным диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови, то и терапия направлена против двух составных частей процесса - инфекции и ДВС-синдрома. Больных сепсисом надо госпитализировать немедленно при подозрении на него в отделение интенсивной терапии или реанимации. Кровоизлияния в надпочечники, гангрена конечностей, необратимые изменения внутренних органов являются следствием запоздалой патогенетической терапии больного сепсисом. Вслед за установлению из вены берут кровь на посев, для биохимических исследований (билирубин, протромбин, трансаминзы, ЛДГ, креатинин, белковые фракции) и для анализа системы свертывания (фибринолитическая активность, протаминсульфатный и этаноловый тесты, продукты деградации фибриногена). При исследовании крови обязателен подсчет тромбоцитов, а затем и ретикулоцитов. Сразу после взятия крови на различные исследования через ту же иглу вводят в вену антибиотик соответственно характеру предполагаемой инфекции, но в максимально возможных дозах. При наличии выраженных признаков ДВС-синдрома (в частности, обильная сыпь, особенно геморрагического характера), миалгий и болезненности мышц при пальпации, полиморфных теней интерстициального отека легких или более или менее однотипных теней гематогенной диссеминации инфекции на рентгенограмме органов грудной полости должен быть немедленно начат плазмаферез. Удаляют около 1,5л плазмы, заменяя ее примерно ан 2/3 соответствующим объемом свежезамороженной плазмы. При тяжелом течении сепсиса объем переливаемой свежезамороженной плазмы может превышать объем удаляемой плазмы, вводить при этом надо не менее 2 л плазмы. Вслед за плазмоферезом, а при необходимости и во врея его проведения применяют гепарин в дозе 20-24 тыс. ЕД/сут. Гепарин вводят внутривенно капельно либо непрерывно, либо ежечасно. Увеличивать промежутки между введениями доз гепарина, по крайней мере в первые сутки лечения, не следуе. Наличие геморрагического синдрома - не противопоказание, а показание для лечения гепарином. В первые дни лечения нежелательны подкожные и внутримышечные инъекции. При артериальной гипотензии применяют симпатомиметики; при стойком снижении АД внутривенно вводят гидрокортизон или преднизолон в дозе, достаточной для стабилизации состояния больного, после чего стероидный гормоны отменяют в тот же день, а при длительном их применении - в течение 2-3 дней. Антибактериальная терапия сепсиса определяется видом предполагаемого или установленного возбудителя. Если ни клинические, ни лабораторные признаки не позволяют с какой-либо достоверностью установить этиологический фактор, то назначают курс так называемой эмпирической антибактериальной терапии: Карбопенемы, защищенные пенициллины, гентамцин (160-240 мг/сут) в сочетании с цефалоридинами, внутривенно. Оценивать эффективность лечебных мероприятий необходимо по улучшению субъективного состояния больного, стабилизации АД, снижению температуры тела, исчезновению озноба, уменьшению температуры тела, или отсутствии новых высыпаний на коже. К лабораторным признакам действенности антибиотиков относится уменьшение процента палочкоядерных элементов в формуле крови. Отчетливое утяжеление состояния по всем перечисленным показателям в течение 24-48 часов и ухудшение самочувствия больных на следующие сутки после начала антибактериальной терапии свидетельствуют о неэффективности выбранных антибиотиков и необходимости их замены.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1)Этиопатогенез гнойно-септических осложнений аборта

2)Этапы инфекционного процесса при гнойно-септических осложнениях аборта

3)Клиника 1 этапа гнойно-септического осложнения аборта: эндометрит, метроэндометрит

4)Клиника 2 этапа гнойно-септического осложнения аборта: параметрит, пельвиоперитонит.

5)Клиника 3 этапа гнойно-септического осложнения аборта: разлитой перитонит, сепсис, септический шок

6)Диагностика гнойно-септических осложнений аборта

7)Стратегия лечения: Выбор времени и объема операции, объем предоперационной терапии. Хирургический этап, принципы ведения.

8)Лечение гнойно-септических осложнений аборта в зависимости от стадии распространения инфекционного процесса.

9)Госпитальная и постгоспитальная реабилитация пациентов с гнойно-септическими осложнениями аборта

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1.Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки

а) ознобы

б) появление жидкого стула

в) появление резей при мочеиспускании

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

1. При обострении хронического сальпингоофорита отмечается

а) боли внизу живота и в области поясницы

б) болезненность при пальпации позадишеечного нервного сплетения

в) болезненность при пальпации передней брюшной стенки в области точки, расположенной на середине между лоном и пупком

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

1. К бактерицидным антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) ампициллина

б) олеандомицина

в) гентамицина

г) цепорина

д) кефзола

1. К бактериостатическим антибиотикам относятся все перечисленные, кроме

а) карбенициллина

б) эритромицина

в) морфоциклина

г) левомицетина

д) линкомицина

1. Для достижения синергического (взаимно усиливающего) эффекта при антибактериальной терапии у больных с послеродовыми воспалительными заболеваниями необходимо применять сочетание антибиотиков

а) бактериостатических

б) бактериостатических и бактерицидных

в) бактерицидных

г) не имеет значения

д) нет правильного ответа

1. У больных с гнойным воспалительным образованием придатков матки в стадии клинической ремиссии показано следующее предоперационное обследование

а) экскреторная урография

б) ультразвуковое исследование почек

в) радиоизотопная ренография

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1. У больных с токсической стадией гинекологического перитонита отмечается все перечисленное, кроме

а) тахикардии (до 120 в минуту)

б) выраженной одышки

в) отсутствия болезненности при пальпации передней брюшной стенки

г) гипотонии

д) олигурии

1. Различают следующие фазы септического шока

а) теплой нормотензии

б) теплой гипотензии

в) холодной гипотензии

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Ведущими звеньями в патогенезе перитонита являются 1) интоксикация 2) паралитическая (паретическая) непроходимость кишечника 3) экссудация брюшины 4) гиповолемия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-в |
| 2-д | 7-д |
| 3-г | 8-в |
| 4-б | 9-г |
| 5-а | 10-а |

1. **Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

**Задача №1**

Молодая нерожавшая женщина 23 лет заболела остро на второй день после медицинского аборта. Жалобы на недомогание, повышение температуры тела до 39 градусов, однократный озноб. Пациентка приняла таблетку аспирина, вызвала «скорую помощь» и была доставлена в гинекологический стационар. При обследовании отмечены тахикардия, бледность кожных покровов, повышение количества лейкоцитов до 12,0, СОЭ 35 мм/час. Живот обычной формы, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании матка несколько больше нормальных размеров, мягкая, подвижная, умеренно болезненная, зев закрыт. Выделения скудные, кровянистые, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается реабилитация больной?

**Эталон ответа**

1. Острый эндометрит после медицинского аборта (не исключается неполный мед. аборт).
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий и почек.
3. О. аппендицит, о. пиелонефрит, перфорация матки, внематочная беременность. Необходимо исключить неполный мед. аборт.
4. Комплексная противовоспалительная терапия. В случае неполного аборта после улучшения состояния больной необходимо произвести инструментальное опорожнение полости матки под прикрытием антибиотиков и КГС.
5. Необходимо проведение 2-3 курсов физиолечения, назначение поливитаминов, седативных препаратов и биогенных стимуляторов. С целью контрацепции – КОК.

**Задача №2**

В приемный покой гинекологической больницы доставлена пациентка 22 лет с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, обильные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: состоит на учете в ж/к по беременности. Данная беременность 3-я, в анамнезе 2 медицинских аборта в сроке до 12 недель беременности. В настоящее время срок беременности 6-7 недель. Гинекологические и соматические заболевания в анамнезе отрицает.При гинекологическом осмотре: шейка матки несколько укорочена, цервикальный канал свободно проходим для одного пальца. Матка увеличена до 6 недель беременности, плотная, чувствительная. Придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие безболезненные. Выделения кровянистые обильные со сгустками.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какова лечебная тактика?
4. Причины развития данного осложнения?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Эталон ответа**

1. Самопроизвольный аборт в ходу в сроке 6-7 недель беременности. Кровотечение.
2. Прервавшаяся внематочная беременность, патология эндометрия, субмукозная миома матки, дисфункциональное маточное кровотечение.
3. Выскабливание полости матки.
4. Несостоятельность слизистой оболочки матки вследствие перенесенных ранее абортов, возможно гормональная недостаточность.
5. После выписки из стационара: анализ крови на гормоны, обследование на ИППП и их лечение, консультация генетика, исключение ИЦН и врожденных тромбофилических состояний. С целью реабилитации – КОК, витамины, седативные препараты, иммунокорректоры.

**Задача №3**

К гинекологу в ж/к обратилась пациентка 30 лет с просьбой о постановке на учет по беременности. Жалоб не предъявляет. По дате последней менструации срок беременности 9-10 недель. Тест на ХГ положительный. В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 мед абортами, страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Соматически здорова.При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка матки коническая, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 6 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации матка приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные. Гинекологом заподозрена неразвивающаяся беременность (несостоявшийся аборт).

1. Необходимое обследование для подтверждения диагноза?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача ж/к при подтверждении диагноза?
4. Какова лечебная тактика гинеколога в стационаре?
5. Реабилитационные мероприятия и дообследование?

**Эталон ответа**

1. УЗИ гениталий, определение титра ХГ в крови.
2. С прогрессирующей маточной и внематочной беременностью, с дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, трофобластической болезнью.
3. Направление в стационар.
4. Полное клиническое обследование, коррекция нарушений системы гемостаза с последующим выскабливанием полости матки и гистологическим исследованием соскоба.

5.После выписки из стационара: анализ крови на гормоны, обследование на ИППП и их лечение, консультация генетика, исключение врожденных тромбофилических состояний. С целью реабилитации – КОК, витамины, седативные препараты, иммунокорректоры.

**Задача №4**

В гинекологическое отделение доставлена пациентка 22 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, скудные кровянистые выделения из половых путей без сгустков. Из анамнеза: вышеперечисленные жалобы возникли несколько часов назад после физической нагрузки. В настоящее время состоит на диспансерном учете по беременности в сроке 8-9 недель. Данная беременность 3-я, желанная. Первые 2 беременности закончились медицинскими абортами до 12 недель беременности, без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Менструации регулярные, через 28-30 дней по 3 дня, умеренные, безболезненные. Во время данной беременности УЗИ матки не производилось

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, на шейке матки эктопия, выделения кровянистые в незначительном количестве. Вагинально: шейка конической формы, сохранена, ретропонирована, наружный зев закрыт. Матка увеличена до 8-9 недель беременности, мягковатой консистенции, безболезненная, при пальпации приходит в повышенный тонус. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимое обследование для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Начавшийся самопроизвольный аборт в сроке 8-9 недель беременности. Эктопия шейки матки.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, определение гормонов крови (ХГ, эстриол, ПЛ), кольпоскопия, мазок на онкоцитолгию с шейки матки.
3. С внематочной беременностью, с несостоявшимся выкидышем, раком матки, миомой матки, аденомиозом.
4. Госпитализация больной, постельный режим, проведение сохраняющей терапии (прогестагены, спазмолитики, седативные, витамины, физиолечение).
5. Своевременное им адекватное лечение хронических воспалительных заболеваний матки и ее придатков, применение надежных методов контрацепции с целью профилактики абортов, проведение предгравидарной подготовки (нормализация гормонального баланса, стимуляция нормального состояния эндометрия, прием фолиевой кислоты и др.).

**Задача №5**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена больная 18 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, постоянные тянущие боли в низу живота, слабость, повышение температуры тела до 38 градусов С. Перечисленные жалобы возникли на 2-е сутки после выписки из стационара, где был произведен мед. аборт в сроке 12 недель беременности. При осмотре: кожные покровы бледные, чистые, температура тела 38,2 градуса, пульс 90 уд. в 1 мин., АД – 11/70 мм.рт.ст. В анализе крови: Hb – 100 г/л, лейкоцитов - 13,0, СОЭ 25 мм/час. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный при пальпации над лоном. При бимануальном исследовании: Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт; матка увеличена до 10-11 недель беременности, с четкими контурами, мягкая, подвижная, болезненная. Выделения кровянистые обильные, без запаха.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. В чем заключается неотложная помощь?
4. Какова дальнейшая лечебная тактика?
5. Реабилитация больной?

**Эталон ответа**

1. Острый эндометрит на фоне неполного мед. аборта. Кровотечение.
2. Перфорация матки, прервавшаяся внематочная беременность.
3. Выскабливание полости матки в экстренном порядке под прикрытием антибиотиков и глюкокортикостероидов.
4. Проведение комплексной противовоспалительной терапии (антибиотики, утеротоники, инфузионная терапия, антигистаминные препараты, витамины).
5. Проведение курсов физиолечения, витаминотерапии, назначение КОК. Через 1,5 – 2 месяца возможно санаторно-курортное лечение.
6. **Перечень практических умений по изучаемой теме**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10.**

1. Овладеть практическими навыками диагностики и дифференциальной диагностики гнойно-септических осложнений аборта в зависимости от стадии распространения инфекции
2. Оценить результаты лабораторных и дополнительных методов исследования больных с гнойно-септическими осложнениями аборта с точки зрения тактики ведения случая
3. Освоить практические навыки ведения предоперационной подготовки больных с гнойно-септических осложнений аборта в зависимости от стадии распространения инфекции
4. Освоить практические навыки ведения послеоперационного периода больных с гнойно-септическими осложнениями аборта

**1.Занятие № 8**

**Тема: «Внематочная беременность. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. Принципы хирургического лечения при внематочной беременности. Апоплексия яичника: этиология, клиника, диагностика, методы лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**:

В работе акушера - гинеколога постоянно присутствует необходимость решать вопросы экстренного характера. Это такие заболевания, когда их клиническое проявление приводит к ситуациям, относящимся к категории " острого живота ". Этот хирургический термин обозначает критическую ситуацию в брюшной полости, где только экстренное вмешательство может спасти жизнь больного.

**Цели обучения:**

**- общая:**

Использовать теоретические знания по вопросу современных и наиболее рациональных методов лечения «острого живота» в гинекологии;

Обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.

**-учебная**

Обучающийся должен знать:

Уметь использовать теоретические знания по проблеме при планировании лечения «острого живота» в зависимости от возраста больной; клиническую классификацию «острого живота» в гинекологии.

Обучающийся должен уметь:

Представить алгоритм обследования и дифференциальную диагностику. Разобрать обоснование хирургических методов.

Обучающийся должен владеть:

Методами реабилитации репродуктивной функции после органосохраняющих операций на придатках матки. Необходимыми объемами хирургического лечения

**5. Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палаты в стационаре).

**6. Оснащение занятия** (перечень слайдов, таблицы, муляжи).

**7. Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 15 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 20 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 200 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

8.**Аннотация** (краткое содержание темы).

Наиболее частой причиной внутреннего кровотечения является внематочная беременность. Внематочная беременность составляет свыше 15% гинекологических больных, половина из них поступает с клиникой острого живота из-за внутреннего кровотечения.

Наиболее частой локализацией внематочной беременности является фаллопиева труба, реже- яичник, ещё реже - брюшная беременность или в рудиментарном роге матки.

Различают прогрессирующую и прервавшуюся внематочную беременность.

Прогрессирующая внематочная беременность распознаётся редко и даже УЗИ немного в этом отношении изменила.

В клинической практике почти всегда врачу приходится иметь дело с прервавшейся трубной беременностью, клиническая картина которой определяется характером прерывания её - по типу разрыва маточной трубы или по типу трубного аборта.

Нарушения внематочной беременности по типу разрыва трубы протекает остро, с выраженной клинической картиной. Из анамнеза почти всегда выясняется, что заболеванию предшествовала задержка менструации, имели место субъективные признаки беременности. Затем внезапно, среди полного здоровья, возникли схваткообразные боли в подвздошной области, справа или слева, после чего началась тошнота или рвота, или даже был обморок. Боли часто иррадиируют в область плеча (френикус - синдром) или rectum . Вскоре после этого из матки появляются незначительные мажущие кровянистые выделения.

При осмотре таких больных в остро протекающих случаях бросаются в глаза признаки малокровия и шока ( бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, холодный пот, частый слабый пульс, температура нормальная или субфебрильная ). Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации: симптом Щеткина- Блюмберга положительный, при перкуссии в брюшной полости определяется свободная жидкость. При гинекологическом исследовании находят: мажущие кровянистые выделения, синюшность слизистых влагалища и вагинальной порции шейки матки. Тело матки несколько увеличено, размягчено. В одном из боковых сводов определяется неясных контуров образование, которое часто определяется словом "тестоватость". Пальпация сводов и при смещении шейки матки болезненна. Задний свод укорочен, уплощен, а иногда и выпячен. Если внутренне кровотечение было значительным, пальпация заднего свода это может выявить, также, как и сильную болезненность в этой области («крик Дугласова пространства»). Нередко можно прощупать утолщенную, колбасовидной формы трубу.

Анализ крови больных с нарушенной беременностью по типу разрыва маточной трубы показывает признак анемии в той или иной степени выраженности. СОЭ ускорена, а число лейкоцитов в пределах нормы.

Однако перечисленные здесь симптомы могут наблюдаться не всегда в полном объёме и , поэтому, задача клинициста определить степень достоверности имеющихся признаков и поставить правильный диагноз.

Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает менее бурно и сопровождается пёстрой клинической картиной. У некоторых больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, чаще же симптомы эти настолько скудны, что выявить заболевание довольно трудно. Не типичным может оказаться и анамнез: больная не всегда может указать на задержку месячных, субъективные признаки беременности также могут отсутствовать. Некоторое увеличение и размягчение матки, увеличение и болезненность придатков, укорочение заднего свода, скудные кровянистые выделения из половых путей, выделение молозива из сосков молочных желёз могут объясняться другими патологическими состояниями.

Диагностика внематочной беременности в таких случаях сложна. Такая беременность большей частью протекает латентно и нередко просматривается. Одним из основных диагностических приёмов, решающий вопрос в пользу операции, является пункция заднего свода. Техника этой диагностической процедуры состоит в следующем: влагалище обнажается в зеркалах, шейка матки после предварительной обработки раствором йода ( или чем другим ) захватывается за заднюю губу пулевыми щипцами и подтягивается кпереди. Область заднего свода обрабатывается спиртом, а после чего производят прокол длинной иглой, насаженной на пустой шприц или же одной иглой. При наличии в брюшной полости крови, она насасывается в шприц.

Отрицательный результат пункции в некоторых случаях не может полностью исключить наличие внутрибрюшного кровотечения, так как даже в тех случаях, когда нет сомнения в наличии крови в заматочном пространстве, она может не попасть в шприц, если например, игла вошла в мышечный слой матки. Вместе с тем, при отсутствии крови в брюшной полости, кровь может попасть в шприц, если кончик иглы случайно попал в маточный сосуд или в полость ретрофиксированной матки, в которой находилась кровь при неполном выкидыше или во время менструации. Однако следует подчеркнуть, что в большинстве случаев пункция заднего свода даст возможность поставить правильный диагноз.

Дифференцировать внематочную беременность, особенно прерывающуюся по типу трубного аборта, приходится от следующих заболеваний: самопроизвольный выкидыш, обострение хронического аднексита, апоплексия яичника и острый аппендицит.

Естественно, что диагноз внематочной беременности предполагает немедленную операцию. В зависимости от тяжести состояния больной, величины кровопотери - проводится тот или иной объём реанимационных мероприятий, но всё это при одновременном удалении источника кровотечения ( беременной трубы ) и надлежащего гемостаза. Для этого , после вскрытия брюшной полости матка выводится рукой в рану, отыскивается источник кровотечения и накладываются зажимы: один на мезосальпинкс - это прекращает приток крови из трубной ветви яичниковой артерии; второй зажим накладывают на маточный конец трубы. Концы обоих зажимов должны сходиться в одной точке, при этом зажимается и второй источник кровоснабжения - трубная ветвь маточной артерии. С этого момента кровотечение прекращается. Трубу удаляют, зажимы заменяют лигатурами. Перитонизация - за счет листков широкой связки. Так поступают при разрыве трубы, при её изменении и тогда, когда нет смысла её сохранить из-за семейного статуса женщины. Если же биография женщины такова, что желательно сохранение трубы - при трубном аборте проводится экскохлеация: после рассечения трубы по передней стенке её в области вершины плодовместилища - удаляют плодное яйцо, хориальную ткань, стенку трубы восстанавливают кетгутовыми швами, в трубу вводится катетер и конец его - в брюшную рану.

В послеоперационном периоде, если проведена обычная операция с удалением трубы - уход обычный; если была выполнена пластика трубы - в данном случае простейшая, то в послеоперационном периоде проводят инстилляции в трубу через катетер антибиотиков и других веществ, способствующих заживлению раны, сохранению эластичности и проходимости трубы. Надо помнить, что женщины, перенесшие тубэктомию ( сальпингоэктомия ) требуют к себе большого внимания.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

По данным С.Н.Давыдова, после односторонней тубэктомии у 42% женщин наблюдаются нейроэндокринные и вегетососудистые расстройства, а при двухстороннем удалении труб - у 50%. Количество повторной трубной беременности за последние годы возросло и достигло 15-22%, а количество бесплодных женщин после этой операции - 70-80%. Поэтому всем больным, перенесшим операцию по поводу трубной беременности, должны проводиться в определённой последовательности реабилитационные мероприятия. Полный курс реабилитации состоит из 5 этапов, причем первые 2 проводятся в стационаре, а остальные в условиях поликлиники, профилактория, санатория, ж/к.

Первый этап проводится в течение 1-го месяца и состоит из 3-4 лекарственных гидротубаций и 10 процедур электрофореза с цинком по брюшно-крестцовой методике. Для гидротубации используются 0,25% раствор новокаина - 5-10 мл, лидазы - 64 ЕД, гидрокортизон 25 мг + антибиотики. Гидротубации на первом и втором этапах следует проводить осторожно, при давлении в манометре до 140 мм.рт.ст.

На 2 этапе лечебные гидротубации сочетаются с физическими факторами в зависимости от имеющихся в эндокринной системе нарушений. Если функция яичников не нарушена, используется ультразвук. При гипофункции яичников применяется вибрационный массаж, улучшающий кровоснабжение органов малого таза и функцию яичников. При относительной гиперэстрогении рекомендуется электрофорез йода. Всего на 2 этапе выполняется 5-7 гидротубаций и 10-15 физиотерапевтических процедур.

Третий этап состоит из 3 последовательно проводимых курсов в условиях поликлиники. На протяжении первых 2 курсов ( продолжительность каждого 30 лет ) больным назначаются свечи с лидазой и папаверином, инъекции биостимуляторов ( алое и др. ). Проводятся лекарственные гидротубации в сочетании с различными физическими факторами в зависимости от гормонального насыщения. Если функция яичников значительно не изменена, применяется пелофонофорез ( сочетание воздействия ультразвука и лечебной грязи ), при относительной гиреэстрогении - электрофорез йода.

Четвёртый и пятый этапы реабилитации, состоящие каждый из одного курса продолжительностью 30-40 дней, проводятся через 1,5-2 месяца в условиях санатория, профилактория или в поликлинике, с учетом гормональных нарушений, установленных на основании тестов функциональной диагностики; применяются лечебная грязь, озокерит, сульфидные или сероводородные ванны. На 5 этапе реабилитации проводится гормональная коррекция в зависимости от имеющихся нарушений функции яичников. Учитывая, что средний возраст больных, перенесших трубную беременность, составляет 27 лет, рекомендуется гормональная коррекция прогестинами. Одновременно уточняется состояние маточных труб при помощи метросальпингографии.

На протяжении всего периода реабилитации выполняется строгая контрацепция : на первом и втором этапах - презервативы, на 3 и 4 этапах- все виды, кроме гормонального , на 5 этапе - гормональная контрацепция.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА.

Апоплексия яичника - это кровотечение, возникающее из разорвавшегося сосуда яичника при разрыве зрелого фолликула или же желтого тела.

Клиника апоплексии яичника очень сходна с клиникой внематочной беременности. В зависимости от клинических проявлений апоплексии яичника больных можно разделить на 3 группы:

1. с лёгкой формой апоплексии: приступ боли самопроизвольный, кратковременный; отмечается тошнота, болезненность над лоном или в паху; перитонеальные явления и шок отсутствуют.
2. с апоплексией средней тяжести: сильная боль в нижней части живота, общая слабость, бледность кожных покровов, тошнота, рвота; могут быть обморок, шок 1 степени; перитонеальные явления нечётко выражены.
3. с тяжёлой формой апоплексии: постоянная резкая боль в нижней части живота, тошнота, рвота, вздутие живота, шок 2 и 3 степени, коллапс; кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; конечности холодные, температура понижена; тоны сердца приглушены; пульс частый, слабого наполнения; перитонеальные явления выражены, ровно как и френикус-симптом , количество гемоглобина ниже 50% нормы.

Дифференциальная диагностика внематочной беременности и апоплексии может значение при лёгкой степени клинических проявлений и основана на анамнезе или при лапароскопии, когда этот диагноз ставится легко. Но здесь вопрос идёт не о тяжелых формах апоплексии, где лапаротомия неизбежна.

Естественно, что диагноз внематочной беременности предполагает немедленную операцию. В зависимости от тяжести состояния больной, величины кровопотери - проводится тот или иной объём реанимационных мероприятий, но всё это при одновременном удалении источника кровотечения ( беременной трубы ) и надлежащего гемостаза. Для этого , после вскрытия брюшной полости матка выводится рукой в рану, отыскивается источник кровотечения и накладываются зажимы: один на мезосальпинкс - это прекращает приток крови из трубной ветви яичниковой артерии; второй зажим накладывают на маточный конец трубы. Концы обоих зажимов должны сходиться в одной точке, при этом зажимается и второй источник кровоснабжения - трубная ветвь маточной артерии. С этого момента кровотечение прекращается. Трубу удаляют, зажимы заменяют лигатурами. Перитонизация - за счет листков широкой связки. Так поступают при разрыве трубы, при её изменении и тогда, когда нет смысла её сохранить из-за семейного статуса женщины. Если же биография женщины такова, что желательно сохранение трубы - при трубном аборте проводится экскохлеация: после рассечения трубы по передней стенке её в области вершины плодовместилища - удаляют плодное яйцо, хориальную ткань, стенку трубы восстанавливают кетгутовыми швами, в трубу вводится катетер и конец его - в брюшную рану.

**9.Вопросы по теме занятия:**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1. Эпидемиология, этиология и патогенез внематочной беременности.
2. Алгоритм обследования и дифференциальная диагностика внематочной беременности.
3. Клиника и диагностика апоплексии яичника.
4. Лечение и реабилитация больных с апоплексией яичника.
5. Острый живот при воспалительных заболеваниях половых органов. Диагностика и лечение.
6. Острый живот при нарушении кровообращения органов малого таза. Клиника, диагностика и лечение.
7. Вопросы реабилитации после органосохраняющего хирургического лечения внематочной беременности.
8. Вопросы контрацепции после заболеваний вызвавших клинику острого живота.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности

а) 11-12 недель

б) 9-10 недель

в) 7-8 недель

г) 4-6 недель

д) все перечисленное неверно

2. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности

а) 1-2 недели

б) 3-4 недели

в) 5-6 недель

г) 7-8 недель

д) все перечисленное неверно

3. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано

а) консервативное противовоспалительное лечение

б) операция

в) гемотрансфузия

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

4. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано

а) немедленное переливание крови

б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)

в) надежный гемостаз

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

5. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача

а) немедленная операция

б) операцию можно произвести в плановом порядке

в) возможно консервативное лечение больной

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

6. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает

а) электрофорез лекарственных средств

б) ультразвуковую терапию

в) гормональную терапию

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

7. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее

а) 2-3 недель

б) 4-5 недель

в) 6-7 недель

г) 8-9 недель

д) 10-11 недель

8. Клинические признаки перитонита

а) вздутие живота

б) парез кишечника

в) прогрессирующая тахикардия

г) все перечисленные

д) ни один из перечисленных

9. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой

а) скудные кровянистые выделения из половых путей

б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области

в) при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков

г) верно б) и в)

д) верно все перечисленное

10. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой

а) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей

б) иррадиация боли в плечо

в) тошнота (или рвота)

г) верно а) и в)

д) верно все перечисленное

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-д |
| 2-а | 7-б |
| 3-б | 8-г |
| 4-г | 9-д |
| 5-а | 10-д |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

**Задача №1.**

В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на слабость, тошноту, по дороге в больницу была кратковременная потеря сознания, однократная рвота. Из анамнеза: пациентка 28 лет, имела 3 беременности, 1 срочные роды, 2 мед. аборта, последний год тому назад, осложнился эндометритом, сальпингитом, была высокая температура, находилась в стационаре 2 недели. От беременности не предохранялась. Последняя менструация была 6 недель назад. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 100 уд/мин. А/Д 90/60 мм.рт.ст.. Живот умеренно вздут, симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, плотная, придатки определить не удается из-за резкой болезненности сводов. Задний свод выпячен во влагалище. Выделения слизистые.

1. Предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. Реабилитационные мероприятия?

**Эталон ответа**

1. Прервавшаяся внематочная беременность.
2. Кульдоцентез, лапароскопия, развернутый анализ крови, анализ крови на групповую принадлежность и Rh – фактор.
3. Апоплексия яичника, обострение хронического воспаления придатков матки, о. аппендицит.
4. Срочное оперативное лечение в объеме тубэктомии или туботомии с энуклеацией плодного яйца.
5. Проведение курсов физиолечения, назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, биогенных стимуляторов, поливитаминов. Прием КОК не менее 6 месяцев. Обследование на ИППП и их лечение. Санаторно-курортное лечение через 1,5 – 2 месяца.

**Задача №2.**

В приемный покой гинекологического отделения поступила женщина 25 лет с жалобами на интенсивные тянущие боли в низу живота с иррадиацией на прямую кишку. Из анамнеза: боли появились внезапно во время полового акта. В анамнезе одна беременность 2 года назад, закончилась срочными родами без осложнений. Менструальный цикл регулярный, через 28-30 дней, по 5 дней. Последняя менструация началась 2 недели назад. Контрацепция – барьерная. Страдает хроническим аднекситом в течение 4 лет (дважды были обострения, лечилась в стационаре). Объективно: кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура тела 36,7 градусов, пульс 82 удара в минуту, хорошего наполнения; АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот обычной формы, не вздут, мягкий, болезненный в области гипогастрия. Симптомов раздражения брюшины нет. При влагалищном исследовании: матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Справа придатки четко не пальпируются из-за резкой болезненности. Слева придатки не определяются. Движения за шейку матки умеренно болезненны. Влагалищные своды глубокие, пальпация правого бокового свода умеренно болезненна. Выделения слизистые.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Апоплексия правого яичника.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ гениталий, определение ХГ в моче, кульдоцентез, лапароскопия.
3. Эктопическая беременность, воспаление придатков матки, о. аппендицит.
4. При алгической форме – консервативная терапия (постельный режим, холод на низ живота, анальгетики, спазмолитики, гемостатики); при анемической форме – оперативное лечение (ушивание или коагуляция кровоточащих сосудов яичника).
5. Прием КОК с целью контрацепции. Своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний придатков матки, в том числе ИППП.

**Задача №3**

Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в низу живота справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. Половая жизнь с 23 лет, имела одну беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2 градуса, пульс 84 удара в минуту, АД 105/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа. Генитальный статус: матка несколько увеличена, смещение ее вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечеткими контурами, болезненное, ограниченное в подвижности. Выделения скудные, темно-коричневого цвета. Экспресс – тест с мочой на ХГ положительный.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план дообследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика в случае подтверждения предполагаемого диагноза?
5. В чем заключается профилактика данного заболевания?

**Эталон ответа**

1. Прервавшаяся внематочная беременность справа.
2. Тест на ХГ, УЗИ гениталий, развернутый анализ крови, кульдоцентез, лапароскопия.
3. о. аппендицит, апоплексия яичника, острое воспаление придатков матки, перекрут ножки опухоли яичника.
4. Экстренное оперативное лечение (тубэктомия либо туботомия с энуклеацией плодного яйца, резекция маточной трубы).
5. Применение с целью контрацепции КОК, либо КОК в сочетании с презервативами (при риске заражения ИППП), своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза, коррекция генитального инфантилизма и других гормональных нарушений.

**Задача №4**

В гинекологическое отделение машиной скорой помощи доставлена больная 24 лет с жалобами на резкие боли внизу живота справа, нарушение менструального цикла, тошноту, головокружение, слабость. Из анамнеза: Половая жизнь с 22 лет в браке, без контрацепции. Единственная беременность закончилась самопроизвольным выкидышем в 10 недель и метроэндометритом. Последняя menses 6 недель назад. Заболела остро. Среди полного благополучия при подъёме тяжести появились резкие боли внизу живота, и потеряла сознание. При осмотре: АД 100/60 мм.рт.ст., PS 110 в 1мин, ритмичный, слабого наполнения. Кожа и видимые слизистые бледные. Живот умеренно вздут, симптом Щёткина-Блюмберга положительный. При влагалищном исследовании: Шейка матки коническая, без видимой патологии. Матка обычных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения слизистые, светлые.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа**

1. Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы. Геморрагический шок 1-2 ст.
2. Маточная беременность. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы кистомы яичника. Острый аппендицит. Разрыв печени, селезёнки, гемангиомы.
3. Анализ мочи на β-ХГ. УЗИ органов малого таза и брюшной полости. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
4. Лапаротомия. Сальпингэктомия.
5. Проведение курсов противовоспалительной терапии, физиолечения, препараты железа под контролем показателя гемоглобина крови, прием КОК в течение 6 месяцев (Логест, Мерсилон, Новинет). Через 2 мес. – санаторно-курортное лечение.

**Задача №5**

В приемный покой БСМП на носилках бригадой скорой помощи доставлена пациентка 30 лет с жалобами на постоянные тянущие боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, резкую слабость, головокружение, скудные кровянистые выделения из половых путей, боли в правом плече. Из анамнеза: заболела остро, когда на рабочем месте среди полного благополучия возник приступ острой боли в низу живота, и больная кратковременно потеряла сознание. В анамнезе 3 беременности, из которых 1 – срочные роды и 2 медицинских аборта. Страдает хроническим аднекситом с частыми обострениями. Менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 5 дней. Последняя менструация началась 6 недель назад.

При осмотре состояние больной тяжелое, в сознании, но очень вялая, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,1 градус, пульс 110 ударов в 1 мин., АД 80/60 мм.рт.ст. Живот вздут, напряжен и резко болезненный в нижних отделах. В мезо- и гипогастрии положительные симптомы раздражения брюшины.

При влагалищном исследовании: Шейка матки цилиндрическая, не эрозирована. Матка несколько больше нормальных размеров. Придатки не определяются. Задний свод влагалища нависает. Осмотр значительно затруднён из-за резкой боли и напряжения мышц передней брюшной стенки. Движения за шейку матки и пальпация заднего свода особенно болезненны. Выделения кровянистые, скудные.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Лечение?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа**

1. Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы. Геморрагический шок II ст.
2. Прервавшаяся маточная беременность. Апоплексия яичника. Разрыв капсулы кистомы яичника. Острый аппендицит. Разрыв печени и селезёнки.
3. Учитывая наличие геморрагического шока время дообследования ограничено: пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Лапароскопия.
4. Лапаротомия. Сальпингэктомия.
5. Проведение курсов противовоспалительной терапии, физиолечения, препараты железа под контролем показателя гемоглобина крови, прием КОК в течение 6 месяцев (Логест, Мерсилон, Новинет). Через 2 мес. – санаторно-курортное лечение.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12.**

1. Освоить методы диагностики «острого живота»:

* Цитологическое исследование (кульдоцентез);
* Ректовагиноабдоминальное исследование.

1. Участвовать в операциях тубэктомии, лапароскопии, гистерэктомии, пангистерэктомии, , аппендэктомии.
2. Уметь разработать план ведения больной:
3. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
4. Уметь клинически интерпретировать данные кульдоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики

6. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК.

7. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

# 1.Занятие №9

# Тема занятия: «Эндометриоз. Этиология, патогенез. Классификация. Эндометриоз матки (клиника, диагностика). Методы лечения».

# 2. Форма организации учебного процесса: семинарское занятие.

**3. Методы обучение:** объяснительно-иллюстративный.

**4. Значение темы**: Частота эндометриоза достигает 10% среди заболеваний репродуктивной системы женщины и 60% у женщин, обследующихся по поводу бесплодия.

Ни одна из современных концепций развития эндометриоза не может объяснить различие клинических проявлений и их тяжести у отдельных пациенток, а также причины и механизмы прогрессирования заболевания.

**Цели обучения:**

**-Общая цель**: Познакомить обучающихся с этиологией, патогенезом, клинической картиной, методами диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**Учебная цель:**

Обучающийся должен знать современные методы диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

Обучающийся должен уметь собрать жалобы и гинекологический анамнез, дать объективную оценку состояния больной, оценить менструальный календарь, описать гистеросальпингограмму, трактовать данные УЗИ, проводить, читать и оценить тесты функциональной диагностики.

Обучающийся должен владеть: поставить предварительный диагноз и выбрать оптимальный метод лечения пациентки с эндометриозом.

**5.Место проведения практического занятия:** Учебная комната. Палата гинекологического отделения, смотровая гинекологического отделения. Операционная гинекологического отделения. Кабинет ультразвуковой диагностики (УЗИ).

**6. Оснащение занятия:**

1). Слайды.

2). Таблицы.

3). Набор инструментов для проведения зондирования матки и раздельного диагностического выскабливания стенок матки.

4). Графики базальной температуры.

5). Гистеросальпингограммы.

6) Видео фильм по гистероскопии.

**7.Структура содержания темы**:

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8. Аннотация (краткое содержание темы).**

Эндометриоз – «заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия в сочетании с признаками клеточной активности в местах поражения, и разрастание его, приводящее к образованию спаек и/или нарушению физиологических процессов».

В соответствии с локализацией процесса выделяют:

**I. Наружный генитальный эндометриоз.**

1. **Внутрибрюшинный** – поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадиматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников и проникает в их ткань, разрушая её и образуя кистозные полости, наполненные кровью.
2. **Внебрюшинный** – поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.

Поражение эндометриозом яичников – наиболее часто встречающаяся локализация наружного генитального эндометриоза. Глубокую форму (узловую и кистозную) называют эндометриомами яичников.

**II. Внутренний эндометриоз (аденомиоз)** – внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину – вплоть до брюшины, покрывающей матку, и узловую, с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.

**III. Эндометриоз экстрагенитальной локализации** – поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, лёгкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

**Диагностика эндометриоза.**

##### Из данных опроса пациентки диагностическое значение имеют факторы риска:

а) указания на возникновение заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов (закончившихся выскабливанием матки), консервативной миомэктомии, диагностических выскабливаний эндометрия, других внутриматочных вмешательств или диатермокоагуляции шейки матки;

б) **характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;**

в) возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девочек-подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;

г) **нарушения менструального цикла типа метроррагии, пред- и постменструальных кровяных выделений;**

д) безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних гениталий;

е) бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

УЗИ – наиболее оптимальный и общедоступный скрининговый метод в алгоритме обследования пациенток с эндометриозом.

Однако, **«золотым стандартом» в диагностике эндометриоза является лапароскопия.**

**Хирургический метод** лечения эндометриоза – ликвидация анатомического субстрата:

* Эндометриоидные кисты
* Аденомиоз 3 – 4 стадии распространения
* Симптомный эндометриоз любой локализации при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии.
* Эндометриоз послеоперационного рубца.
* Эндометриоз с тенденцией к прорастанию в полый орган.

**Стратегия хирургического лечения эндометриоза:**

* Органосохраняющий объём при нереализованной репродукции
* Радикальный объём оперативного лечения при распространённых формах эндометриоза, при распространненых формах эндометриоза, при сочетании с другой гинекологической патологией, у пациенток с репродукцией.

**Гормональное лечение** больных с эндометриозом, режимы гормонотерапии:

* На этапе лечения – непрерывный.
* На этапе поддержки ремиссий – возможно использование контрацептивного режима гестагенов (Визанна) или КОК (Жанин).
* При подготовке эндометрия перед планированием беременности – гестагены циклически короткими курсами при гиполютеинизме; и после лечения агонистами ГнРГ (Золадекс, Бусерелин).
* При проведении ЗГТ после гистерэктомии по поводу аденомиоза следует назначать монофазные комбинированные препараты (Климодиен).

**Профилактика эндометриоза:**

Родители, прежде всего мамы, и учителя должны быть информированы об основах физиологического развития девочек-подростков.

Занятия физкультурой. Подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание с ограничением в дни менструации.

Нормализация режима учёбы, труда и отдыха девочек.

Полноценное сбалансированное питание, особенно в период полового развития.

Разумная тактика ведения беременности и родов. Бережное родоразрешение ( соблюдение принципов абластики при операции кесарева сечение; реабилитация после ручного обследования). Обязательная реабилитация гормональными препаратами после выкидышей, мед. абортов. Сроки планового оперативного лечения (миомэктомии), оздоровление шейки матки проводить с учетом дня менструального цикла.

Предупреждение нежеланной беременности.

**9. Вопросы для самоподготовки.**

**Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

**10. Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза?

Выберите неправильный ответ.

1. Метастазирование
2. Озлокачествление
3. Инфильтрирующий рост
4. Не имеет капсулы

д) Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. Болевой синдром, связанный с менструацией
2. Обильные длительные менструации
3. Лапароскопия
4. УЗИ
5. Гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. УЗИ
2. Гистероскопия
3. Лапароскопия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. Гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. За 1-2 дня до и во время менструации
2. Во 2-й фазе менструального цикла
3. После окончания менструации
4. Во время овуляции
5. В 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.

Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. Матка
2. Влагалище
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. Злокачественное перерождение
2. Метастазирование
3. Пролиферативный рост
4. Инфильтративный рост
5. Все перечисленное

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-а |
| 2-а | 7-г |
| 3-в | 8-в |
| 4-г | 9-а |
| 5-в | 10-г |

**11. Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Эталон ответа:

1. Быстрорастущая множественная миома матки с субмукозным расположением узла. Подозрение на перерождение в саркому. Постгеморрагическая анемия.
2. Меноррагия.
3. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) матки. Рак матки.
4. УЗИ гениталий. Гистеросальпингография. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Кольпоскопия. Мазок с шейки матки на онкоцитологию.
5. Оперативное.

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

# Эталон ответа:

1. Рак яичников.
2. Опухоль толстой кишки. Кистома левого яичника. Субсерозная миома матки. Генитальный эндометриоз. Тубоовариальный абсцесс.
3. УЗИ гениталий. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием аспирата. Маммография. ФЛГ. Ирригоскопия. ФГС. Ректороманоскопия. УЗИ внутренних органов. Определение в крови опухолевых маркёров CA- 125.
4. Лапаротомия, объём операции решается на операционном столе. Пангистерэктомия, резекция большого сальника. Полихимиотерапия.
5. Неблагоприятный.

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Аденомиоз
2. Миома матки, паталогия шейки матки
3. УЗИ, МРТ
4. Гормональная терапия, возможно хирургическое лечение
5. Благоприятный при лечении

**Задача № 4**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Эндометриоз шейки матки
2. Эрозия шейки матки
3. Кольпоскопия, биопсия шейки матки, УЗИ, МРТ
4. Хирургическое лечение, гормональная терапия
5. Благоприятный при лечении

**Задача № 5**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Аденомиоз

2. Миома матки, паталогия шейки матки

3. УЗИ, МРТ

4. Гормональная терапия, возможно хирургическое лечение

5. Благоприятный при лечении

**12. Перечень практических знаний и умений:**

**Профессиональные компетенции: ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Собрать гинекологический анамнез у больной с эндометриозом.

2). Осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах.

3). Мазок с шейки матки на атипические клетки.

4). Описать гистеросальпингограмму.

5). Оценить анализ на СА125.

6). Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

7). Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки

# 1.Занятие №10

# Тема занятия: «Наружный генитальный эндометриоз (клиника, диагностика). Современные методы лечения».

**2. Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3. Методы обучение:** объяснительно-иллюстративный.

**4. Значение темы**:

Частота эндометриоза достигает 10% среди заболеваний репродуктивной системы женщины и 60% у женщин, обследующихся по поводу бесплодия.

Ни одна из современных концепций развития эндометриоза не может объяснить различие клинических проявлений и их тяжести у отдельных пациенток, а также причины и механизмы прогрессирования заболевания.

**Цели обучения:**

**-Общая цель:** Познакомить обучающихся с этиологией, патогенезом, клинической картиной, методами диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.

**- Учебная цель:**

Обучающийся должен знать современные методы диагностики, лечения и профилактики эндометриоза.

Обучающийся должен уметь собрать жалобы и гинекологический анамнез, дать объективную оценку состояния больной, оценить менструальный календарь, описать гистеросальпингограмму, трактовать данные УЗИ, проводить, читать и оценить тесты функциональной диагностики.

Обучающийся должен владеть: постановкой предварительного диагноза и выбрать оптимальный метод лечения пациентки с эндометриозом.

**5.Место проведения практического занятия:**

Учебная комната. Палата гинекологического отделения, смотровая гинекологического отделения. Операционная гинекологического отделения. Кабинет ультразвуковой диагностики (УЗИ).

**6. Оснащение занятия:**

1). Слайды.

2). Таблицы.

3). Набор инструментов для проведения зондирования матки и раздельного диагностического выскабливания стенок матки.

4). Графики базальной температуры.

5). Гистеросальпингограммы.

6) Видео фильм по гистероскопии.

**7.Структура содержания темы**:

**Хронокарта занятия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация:**

Эндометриоз – «заболевание, характеризующееся присутствием эктопического эндометрия в сочетании с признаками клеточной активности в местах поражения, и разрастание его, приводящее к образованию спаек и/или нарушению физиологических процессов».

В соответствии с локализацией процесса выделяют:

**I. Наружный генитальный эндометриоз.**

1. **Внутрибрюшинный** – поражает брюшину, покрывающую матку, трубы, позадиматочное пространство, мочевой пузырь, поверхность яичников и проникает в их ткань, разрушая её и образуя кистозные полости, наполненные кровью.
2. **Внебрюшинный** – поражает влагалище, наружные половые органы, влагалищную часть шейки матки и ретроцервикальную область.

Поражение эндометриозом яичников – наиболее часто встречающаяся локализация наружного генитального эндометриоза. Глубокую форму (узловую и кистозную) называют эндометриомами яичников.

**II. Внутренний эндометриоз (аденомиоз)** – внедрение эндометриоидных элементов в толщу миометрия. При этом выделяют диффузную форму с проникновением на разную глубину – вплоть до брюшины, покрывающей матку, и узловую, с образованием полостей, наполненных кровью, в толще миометрия с гиперплазией и гипертрофией окружающих их мышечных волокон.

**III. Эндометриоз экстрагенитальной локализации** – поражает мочевой пузырь, кишечник, операционные рубцы на передней брюшной стенке, почки, лёгкие, конъюнктиву глаза, бронхи, гортань и пр.

**Диагностика эндометриоза.**

##### Из данных опроса пациентки диагностическое значение имеют факторы риска:

а) указания на возникновение заболевания после патологических (оперативных) родов, искусственных и самопроизвольных абортов (закончившихся выскабливанием матки), консервативной миомэктомии, диагностических выскабливаний эндометрия, других внутриматочных вмешательств или диатермокоагуляции шейки матки;

б) **характер болевого синдрома, усиление его перед и во время менструации;**

в) возникновение усиливающегося циклического болевого синдрома у девочек-подростков и девушек, возникшего после начала менструаций;

г) **нарушения менструального цикла типа метроррагии, пред- и постменструальных кровяных выделений;**

д) безуспешное длительное лечение воспалительных заболеваний внутренних гениталий;

е) бесплодие в сочетании с болевым синдромом, имеющим циклический характер.

УЗИ – наиболее оптимальный и общедоступный скрининговый метод в алгоритме обследования пациенток с эндометриозом.

Однако, **«золотым стандартом» в диагностике эндометриоза является лапароскопия.**

**Хирургический метод** лечения эндометриоза – ликвидация анатомического субстрата:

* Эндометриоидные кисты
* Аденомиоз 3 – 4 стадии распространения
* Симптомный эндометриоз любой локализации при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии.
* Эндометриоз послеоперационного рубца.
* Эндометриоз с тенденцией к прорастанию в полый орган.

**Стратегия хирургического лечения эндометриоза:**

* Органосохраняющий объём при нереализованной репродукции
* Радикальный объём оперативного лечения при распространённых формах эндометриоза, при распространненых формах эндометриоза, при сочетании с другой гинекологической патологией, у пациенток с репродукцией.

**Гормональное лечение** больных с эндометриозом, режимы гормонотерапии:

* На этапе лечения – непрерывный.
* На этапе поддержки ремиссий – возможно использование контрацептивного режима гестагенов (Визанна) или КОК (Жанин).
* При подготовке эндометрия перед планированием беременности – гестагены циклически короткими курсами при гиполютеинизме; и после лечения агонистами ГнРГ (Золадекс, Бусерелин).
* При проведении ЗГТ после гистерэктомии по поводу аденомиоза следует назначать монофазные комбинированные препараты (Климодиен).

**Профилактика эндометриоза:** Родители, прежде всего мамы, и учителя должны быть информированы об основах физиологического развития девочек-подростков.

Занятия физкультурой. Подвижные игры, гимнастика, лыжи, коньки, плавание с ограничением в дни менструации.

Нормализация режима учёбы, труда и отдыха девочек.

Полноценное сбалансированное питание, особенно в период полового развития.

Разумная тактика ведения беременности и родов. Бережное родоразрешение ( соблюдение принципов абластики при операции кесарева сечение; реабилитация после ручного обследования). Обязательная реабилитация гормональными препаратами после выкидышей, мед. абортов. Сроки планового оперативного лечения (миомэктомии), оздоровление шейки матки проводить с учетом дня менструального цикла.

Предупреждение нежеланной беременности.

**9. Вопросы для самоподготовки.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.**

Эндометриоз: Определение. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Реабилитация.

**10. Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.**

1.Что является наиболее характерной особенностью эндометриоза? Выберите неправильный ответ.

1. Метастазирование
2. Озлокачествление
3. Инфильтрирующий рост
4. Не имеет капсулы
5. Циклические изменения, сходные с изменениями в эндометрии

2.Наиболее частая локализация аденомиоза отмечается

1. в матке
2. во влагалище
3. в яичниках
4. экстрагенитально
5. в вульве

3.Диагностика аденомиоза. Выберите неправильный ответ.

1. Болевой синдром, связанный с менструацией
2. Обильные длительные менструации
3. Лапароскопия
4. УЗИ
5. Гистеросальпингография

4.Аденомиоз - это

1. воспаление слизистой оболочки матки
2. предраковое заболевание эндометрия
3. предраковое заболевание шейки матки
4. эндометриоз, развивающийся в мышечной оболочке матки
5. предраковое заболевание яичника

5.Какой метод применяют для диагностики наружного эндометриоза?

1. УЗИ
2. Гистероскопия
3. Лапароскопия
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
5. Гистеросальпингография

6.Когда появляются боли у больных с аденомиозом?

1. За 1-2 дня до и во время менструации
2. Во 2-й фазе менструального цикла
3. После окончания менструации
4. Во время овуляции
5. В 1-й фазе менструального цикла

7.Лечение больных, страдающих эндометриозом.

Выберите неправильный ответ.

1. Синтетические прогестины
2. Иммунокоррекция
3. Циклическая витаминотерапия
4. Гоновакцинотерапия
5. Магнитотерапия

8.В каком возрасте чаще всего встречается внутренний эндометриоз?

1. 20 лет
2. 30 лет
3. 40 лет
4. 50 лет
5. 60 лет

9.Какой орган поражается эндометриозом чаще всего?

1. Матка
2. Влагалище
3. Маточные трубы
4. Яичники
5. Вульва

10.Что является характерной особенностью эндометриоза?

1. Злокачественное перерождение
2. Метастазирование
3. Пролиферативный рост
4. Инфильтративный рост
5. Все перечисленное

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-а |
| 2-а | 7-г |
| 3-в | 8-в |
| 4-г | 9-а |
| 5-в | 10-г |

**11. Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.**

# Задача № 1

Больная М., 42 лет, впервые обратилась в женскую консультацию с жалобами на очень обильные и затяжные (до 12–14 дней) менструации, слабость, недомогание, снижение трудоспособности.

В анамнезе: Двое срочных родов, три медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. В течение последних 9 лет с целью контрацепции использовала внутриматочный контрацептив, который был удалён год назад.

Считает себя больной в течение последнего года.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, АД 120/80 мм рт.ст., PS 82 в мин, ритмичный.

При влагалищном исследовании: Шейка матки эрозирована. Тело матки увеличено до размеров, соответствующих 12–13 недель беременности, безболезненное, округлое, ограничено подвижное, с бугристой поверхностью, плотной консистенции с участками размягчения. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды выражены, параметрии свободны. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Анализ крови: Hb – 94 г/л.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Определите тип нарушения менструальной функции у данной больной.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
5. Лечение?

# Эталон ответа:

1. Быстрорастущая множественная миома матки с субмукозным расположением узла. Подозрение на перерождение в саркому. Постгеморрагическая анемия.
2. Меноррагия.
3. Внутренний эндометриоз (аденомиоз) матки. Рак матки.
4. УЗИ гениталий. Гистеросальпингография. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Кольпоскопия. Мазок с шейки матки на онкоцитологию.
5. Оперативное.

# Задача № 2

Больная 52 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота.

В анамнезе одни срочные роды и два медицинских аборта, хроническое воспаление придатков матки. Постменопауза 3 года.

При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах.

При влагалищном исследовании: Матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от неё пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером до 10 – 12см.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

# Эталон ответа:

1. Рак яичников.
2. Опухоль толстой кишки. Кистома левого яичника. Субсерозная миома матки. Генитальный эндометриоз. Тубоовариальный абсцесс.
3. УЗИ гениталий. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища с последующим цитологическим исследованием аспирата. Маммография. ФЛГ. Ирригоскопия. ФГС. Ректороманоскопия. УЗИ внутренних органов. Определение в крови опухолевых маркёров CA- 125.
4. Лапаротомия, объём операции решается на операционном столе. Пангистерэктомия, резекция большого сальника. Полихимиотерапия.
5. Неблагоприятный.

**Задача № 3**

Больная 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, усиливающиеся в период менструации, тёмные кровянистые выделения из половых путей до и после менструации. Менструации с 13 лет, установились сразу, через 30 дней, по 4 – 5 дней, безболезненные, умеренные. Последние 2 года менструации более обильные, по 7 – 8 дней, болезненные. Последняя менструация месяц назад. В браке 10 лет. Беременностей – 3, одни срочные роды, два артифициальных аборта. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно – розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 78 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный. Шейка матки до 2 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, увеличено до 6 - 7 недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижное, болезненное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Аденомиоз
2. Миома матки, паталогия шейки матки
3. УЗИ, МРТ
4. Гормональная терапия, возможно хирургическое лечение
5. Благоприятный при лечении

**Задача № 4**

Больная 38 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, тёмные кровянистые выделения из половых путей за 2 – 3 дня до менструации. Менструации с 14 лет, установились сразу, через 28 - 29 дней, по 4 – 5 дней, болезненные, умеренные. Последняя менструация месяц назад. Половая жизнь с 20 лет. Беременностей – 5, одни срочные роды, осложнившиеся задержкой частей плаценты в полости матки, проводилось ручное обследование стенок полости матки; три артифициальных аборта.

Псевдоэрозия шейки матки, произведена диатермокоагуляция 3 года назад. Отмечает появление вышеперечисленных жалоб в последние 2 года. Кожные покровы розовые. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 72 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

P.sp. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, на передней губе шейки матки синюшные «глазки», слизистая влагалища без патологии, выделения серозные.

p.v. Шейка матки до 2,5 см., плотная. Тело матки отклонено кпереди, несколько больше нормы, чувствительное при исследовании. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больной?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Эндометриоз шейки матки
2. Эрозия шейки матки
3. Кольпоскопия, биопсия шейки матки, УЗИ, МРТ
4. Хирургическое лечение, гормональная терапия
5. Благоприятный при лечении

**Задача № 5**

Больная 40 лет находится в гинекологическом отделении с жалобами на слабость, головокружение, тянущие боли внизу живота.

Менструации с 12 лет, установились через год, цикл - 28 дней, по 4 дня, безболезненные, умеренные. Последняя менструация началась 9 дней назад. Считает себя больной в течение 1,5 лет, когда менструации стали болезненные, обильные и длительные. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. АД 130/80 мм. рт. ст., пульс 84 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, диурез в норме.

P.sp: половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения сукровичные.

P.v. Шейка матки плотная, наружный зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 - 11 недельной беременности, плотное, бугристое, чувствительное. Придатки не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

На метросальпингографии имеются чётко выраженные законтурные тени, полость матки расширена.

1. Предварительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы исследования целесообразно использовать для уточнения диагноза?

4. Какова тактика лечения больной?

5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Аденомиоз

2. Миома матки, паталогия шейки матки

3. УЗИ, МРТ

4. Гормональная терапия, возможно хирургическое лечение

5. Благоприятный при лечении

**12. Перечень практических знаний и умений:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-9.**

1). Собрать гинекологический анамнез у больной с эндометриозом.

2). Осмотр шейки матки и влагалища в зеркалах.

3). Мазок с шейки матки на атипические клетки.

4). Описать гистеросальпингограмму.

5). Оценить анализ на СА125.

6). Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.

7). Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки

**1.Занятие № 11**

**Тема: «Хирургические методы лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. Виды хирургических энергий. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы** своевременное оздоровление патологии шейки матки является одним из методов профилактики рака шейки матки, которая в структуре онкогинекологической заболеваемости в Красноярском крае занимает первое место.

**Цели обучения:**

**- Общая цель**: Познакомить ординаторов с совренными методами лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, преимеществами и недостатками применения различных видов хирургических энергий.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.

**- Учебная цель:**

Обучающийся должен знать: современные методы диагностики, лечения и профилактики рака шейки матки, физические характеристики различных видов хирургических энергии, используемых для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки.

Обучающийся должен уметь: отобрать пациентов для хирургического лечения, обследовать (включая осмотр шейки в зеркалах, взятие мазков на атипические клетки, пробу Шиллера, кольпоскопия простую и расширенную, биопсию шейки матки наживую и электропетлей), трактовать данные обследования перед хирургическим вмешательством. Уметь провести предоперационную подготовку пациентов с заболеваниями шейки матки, уметь выбрать оптимальный вид хирургической энергии с учетом нозологической формы.

Обучающийся должен владеть: сбором жалоб, данных общего и гинекологического анамнеза и наследственного, факторов риска и осмотра больной женщины (в зеркалах, вагинально, владеть методом кольпоскопии, онкоцитологии, гистологии биоптата, мазков на флору и бак.посев)

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, кабинет патологии шейки матки)

**6.Оснащение занятия**

1). Слайды.

2). Таблицы.

3). Набор инструментов для взятия мазков на флору, атипические клетки.

4) Кольпоскоп.

6) Видео фильм по хирургическим методам лечения шейки матки.

**7.Структура содержания темы**:

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

8.**Аннотация:**

В настоящее время имеется достаточно широкий спектр лечения доброкачественных заболеваний шейки матки:

* Медикаментозный (прижигающие или коагулирующие средства)
* диатермокоагуляция, диатермоконизация
* радиоволновая хирургия
* криотерапия
* лазерная хирургия.

В основе лечения прижигающими средствами лежит химическая коагуляция. Одним из препаратов, используемых для медикаментозного лечения патологии шейки матки является Солковагин. Он обладает избирательным коагулирующим действием на цилиндрический эпителий. Солковагин может быть использован только для:

* лечения зоны трансформации
* коагуляции кисты шейки матки
* коагуляции полипов цервикального канала
* коагуляции грануляционной ткани.
* лечения зоны трансформации
* коагуляции кисты шейки матки
* коагуляции полипов цервикального канала
* коагуляции грануляционной ткани.

Полипы цервикального канала небольших размеров могут быть коагулированы солковагином только в том случае, если при кольпоскопии основание полипа хорошо визуализируется и полностью исключено наличие полипов эндометрия и полипов верхней третьи цервикального канала.Солковагин не может быть использован для лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии, при наличии атипии.Широкое распространение в нашей стране получили такие методы лечения патологии шейки матки, как диатермокоагуляция и диатермоконизация. В основе диатермокоагуляции лежит использование высокочастотного тока, который вызывает термическое расплавление тканей. На поглощение термической энергии основано испарение межтканевой жидкости и коагуляция тканей. Диатермоконизацию проводят специальной петлей с иссечением ткани шейки матки в виде конуса с вершиной в цервикальном канале. При этом не требуется ушивание раны, шейка может остаться достаточно сформированной. На раневой поверхности после коагуляции образуется струп, который представляет собой очаг коагуляционного некроза. Он отторгается через 5-7 дней. Эпителизация начинается по периферии и завершается через 1,5 мес.

Для сравнения следует сказать, что за рубежом диатермокоагуляцию используют только при цервикальной интраэпителиальной неоплазии, а диатермоконизацию при раке т 81Ш. У нас в стране используют диатермокоагуляцию и диатермоконизацию при эктопиях лейкоплакиях, эндометриозе, эктропионе, с чем и может быть связано большое число посткоагуляционных осложнений. Возможные осложнения диатермокоагуляции:

* кровотечение
* стенозы и стриктура канала шейки матки
* экстравазаты, телеангиоэктазии и субэпителиальные гематомы
* эндометриоз
* нарушение трофики тканей
* образование грубых рубцов
* нарушение репродуктивной функции:
* бесплодие (шеечный фактор)
* выкидыш (из-за истмико-цервикальной недостаточности)
* преждевременные роды
* дистоция шейки матки в родах.
* обострение воспалительных процессов внутренних половых органов в родах
* нарушения менструапльного цикла
* болевой синдром
* длительное течение репаративных процессов
* рак шейки матки
* лейкоплакия шейки матки
* рецидивы заболевания
* термические ожоги.

Частота рецидивов заболевания после диатермокоагуляции достигает 55%. Таким образом накоплен большой опыт по изучению осложнений диатермокоагуляции, свидетельствующий о значительной травматичности данного метода и риске развития многих осложнений.

Поэтому, данный метод, особенно с использованием старого оборудования следует считать мало приемлемым для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки. В настоящее время появилась возможность использовать электрический ток с минимальной травматизацией ткани шейки матки. Современный атравматичный метод основан на эффекте преобразования электротока в радиоволны. Деструкция достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей при проникновении в них высокочастотных радиоволн, исходящих из электрода. Благодаря этому, клетки, встречающиеся на пути волн, подвергаются испарению. При этом не повреждается окружающая ткань. Для радиоволновой хирургии используют ток, частота которого выше 550МНг. Радиоволновый диапазон тока используют в аппарате Сургитрон (США). Фильтрованная волна дает возможность провести чистый разрез. Полностью выпрямленная волна дает возможность производит разрез и коагуляцию. Частично выпрямленная волна обеспечивает гемостаз. Поверхностное прижигание осуществляется искрой переменного тока. Все эти параметры и возможности аппарата Сургитрон позволяют выполнять любые лечебные манипуляции на шейке матки (разрез, коагуляция доброкачественных заболеваний шейки матки, конизация шейки матки и гемостаз при кровотечении).При этом осложнения, характерные для диатермокоагуляции, практически отсутствуют. Аппарат Сургитрон можно использовать при лечении всех доброкачественных заболеваний шейки матки.

Достаточно успешно для лечения доброкачественных заболеваний шейки матки используется и криодеструкция, позволяющая с помощью низких температур достигать высокого терапевтического эффекта.Степень, глубину, быстроту охлаждения можно регулировать, подавая разное количество паров газа и изменяя длительность криовоздействия. Криовоздействие проводят по методу одного или двухциклового воздействия. К недостаткам метода относятся - незначительная глубина воздействия, невозможность локального удаления патологического участка с минимальной травматизацией подлежащих тканей, относительно высокая частота рецидивов заболевания шейки матки после проведения терапии. Достоинствами метода являются:

* безболезненность процедуры
* бескровность манипуляции
* возможность применения в амбулаторных условиях
* не деформирует шейку матки
* не оказывает отрицательного влияния на процесс раскрытия шейки матки во время родов.

Криодеструкцию можно рекомендовать при лечении зоны трансформации, эндометриоза шейки матки и лейкоплакии. Следует подчеркнуть, что при лечении лейкоплакии и эндометриоза шейки матки данный метод не всегда эффективен, ему следует предпочесть лазерокоагуляцию. Противопоказаниями для проведения криодеструкции являются онкологические заболевания шейки матки. Наиболее эффективным и менее опасным в плане развития осложнений методом лечения доброкачественных заболеваний шейки матки является лазерная хирургия. Чаще всего для лечения заболеваний шейки матки используют углекислый лазер. Лазерное излучение приводит к быстрому нагреванию тканей и испарению клеточных структур. При этом подлежащая здоровая ткань практически не повреждается. Зона некроза ничтожно мала, процессы эпителизации проходят намного быстрее и без осложнений, характерных для диатермокоагуляции. Лазерная хирургия может быть использована при любых доброкачественных заболеваниях шейки матки. Преимуществом данного метода является не только не большое число осложнений, но и возможность контролировать глубину и размеры деструкции патологического участка шейки матки. Достоинством данного метода является то, что он не дает Рубцовых изменений шейки матки, процессы эпителизации происходят за короткие сроки по сравнению с другими методами лечения. Таким образом, данные практики лечения доброкачественных заболеваний шейки матки свидетельствуют о необходимости дифференцированного подхода к выбору метода лечения с учетом характера заболевания, показаний и противопоказаний, эффективности и атравматичности.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

5. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

6. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

7. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Заболеваемость раком шейки матки во второй половине 90-х гг.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) является самой редкой локализацией

2. Тяжелая степень дисплазии шейки матки характеризуется морфологическими изменениями в эпителии

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) степень дисплазии не определяется количеством пораженных слоев эпителия

3. Внутриэпителиальный рак шейки матки имеет морфологические признаки злокачественности

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) в губчатом слое

4. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

5. Отличительной чертой внутриэпителиального рака шейки матки является все перечисленное, кроме

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет правильного ответа

6. Скрининг методом для выявления патологии шейки матки в современных условиях является

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) оценка жалоб пациентки

7. Микроинвазивный рак шейки матки называют "компенсированным" в связи с тем, что он имеет

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. Микроинвазивный рак шейки матки по своему клиническому течению сходен

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. При внутриэпителиальном раке шейки матки у молодых пациенток методом выбора лечения является

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) радиоволновая хирургия

10. Тяжелая дисплазия эпителия шейки матки - это

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) вариант нормы

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-г |
| 2-г | 7-г |
| 3-г | 8-г |
| 4-а | 9-г |
| 5-г | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная 46 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 5 беременностей: 2 нормальных родов, 3 мед. аборта без осложнений. Последний раз у гинеколога была 6 лет назад. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 2-2 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки I ст.

2.расширенная кольпоскопия,.биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное сканирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.

1. Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.
2. Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией .
3. Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа.

**Задача № 2**

Больная 40 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на постоянные слизисто-гнойные бели и контактные кровянистые выделения из половых путей. Менструальная функция не нарушена. В анамнезе 2 родов и 9 больничных абортов. Вторые роды окончились наложением полостных акушерских щипцов, осложнившихся разрывом шейки матки. После родов диагностированы цервицит, эрозия шейки матки, по поводу чего произведена диатермокоагуляция. При влагалищном исследовании: шейка матки эрозирована, гипертрофирована, деформирована вследствие послеродовых разрывов, наружный зев зияет, матка и придатки без патологических изменений, параметрии свободны. При расширенной кольпоскопии выявлена обширная зона трансформации с большим количеством открытых и закрытых желез, участком эктопии на передней губе, лейкоплакии на 12 часах..

1. Поставьте предварительный?
2. Ваша тактика?

3. Какое дополнительное обследование требуется больной?

4. Методы лечения?

5. Прогноз?

**Эталон ответа к задаче № 2**

1. Рак шейки матки
2. Полное клинико-лабораторное обследование, кольпоскопия
3. Биопсия шейки матки
4. Диатермоконизация шейки матки, радикальная операция
5. Серьезный

**Задача № 3**

Больная 35 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 3-4 см, контактно кровоточит. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки II ст.
2. расширенная кольпоскопия,.биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное сканирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.
3. Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.
4. Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией .
5. Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа.

**Задача №4**

Больная 50 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. При осмотре: Шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее мелкобугристая опухоль в виде "цветной капусты" 5-5 см. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки увеличен, плотное. Область придатков свободна. Своды влагалища болезненные. В малом тазу определяется инфильтрат, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки III ст.
2. расширенная кольпоскопия,.биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное сканирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.
3. Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.
4. Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией .
5. Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа.

**Задача №5**

Больная 30 лет обратилась в ж/к с жалобами на кровянистые выделения из влагалища после коитуса. В анамнезе 7 беременностей: 1 нормальных родов, 6 мед. аборта без осложнений. Вагинально: НПО б/о. Шейка гипертрофирована, плотная, подвижна. Тело матки не увеличено. Область придатков свободна. Своды влагалища свободные, б/б. В малом тазу опухолей и инфильтратов не определяется, ампула кишки свободная, слизистая эластична.

1. Предварительный диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какое лечение Вы предлагаете?
4. Объем операции?
5. В чём заключается простая кольпоскопия?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки I ст.
2. расширенная кольпоскопия,.биопсия шейки матки с гистологическим исследованием, фракционное диагностическое выскабливание, лимфография, ФЛГ грудной клетки, УЗИ, радиоизотопное сканирование, цистоскопия, общеклиническое обследование.
3. Комбинированный метод лечения: оперативное лечение + лучевая терапия после операции.
4. Расширенная экстирпация матки с лимфаденэктомией .
5. Осмотр стенок влагалища, сводов, покровного эпителия влагалищной части шейки матки, формы наружного зева, зоны стыка эпителиев под увеличением в 20-30 раз при помощи кольпоскопа.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8.**

1. Освоить методы диагностики фоновых, предраковых заболеваний шейки матки и рака шейки матки:

• Цитологическое исследование;

• Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;

• Кольпоскопию;

• Цервикоскопию;

• Ректовагинальное исследование.

2. Участвовать в проведении кольпоскопии, цервикоскопии, УЗИ малого таза, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.

3. Уметь интерпретировать данные цитограмм, кольпофотографий.

4. Составить план лечения больных с различными стадиями рака шейки матки.

5. Участвовать в операциях РДВ, конизации шейки матки, гистерэктомии, расширенной гистерэктомии.

6. Уметь разработать план ведения больной:

7. Приобрести достаточный объем практических навыков и умений в амбулаторной гинекологии.

8. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.

9. Уметь клинически интерпретировать данные кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики

10. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК.

11. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований гинекологической больной.

# 1.Занятие №12

**Тема занятия:** **«Доброкачественные заболевания эндометрия. Классификация, патогенез. Клиника. Методы диагностики и лечения. Принципы гормонотерапии».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение изучаемой проблемы:** В настоящее время имеет место рост рака эндометрия, особенно в группе женщин молодого репродуктивного возраста. Своевременное выявление фоновых и предраковых процессов эндометрия, адекватная их терапия являются профилактикой онкологической патологии и смертности от онкогинекологических заболеваний.

**Цели обучения:**

**-Общая цель** – Совершенствовать знания врачей-курсантов по диагностике и лечению различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного, пременопаузального, постменопаузального возраста.

УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.

**-Учебная цель**

Обучающийся должен знать: современную классификацию гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1994г.), вопросы реабилитации больных ГПЭ.

Обучающийся должен уметь: обследовать пациенток с ГПЭ и дифференцировать различные патоморфологические варианты гиперпластических процессов эндометрия

Обучающийся должен владеть: современными методами гормональной консервативной терапии различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия (гестагены, антагонисты гонадотропинов, агонисты Гн-РГ и др.). Разобрать обоснование хирургических методов лечения различных патоморфологических вариантов гиперпластических процессов эндометрия

**5.Место проведения практического занятия:** учебная комната, палаты гинекологического отделения, смотровая.

**6. Оснащение занятия:**

* таблицы и слайды, комплект методических разработок семинарского занятия, набор тестов и задач по текущей теме.

**7.Структура содержания темы:**

**Хронокарта занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация темы:**

1.Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:

1.1. Особенности эндометрия как ткани-мишени

1.2.Эндометрий в течение нормального менструального цикла

1.3.Возрастная инволюция эндометрия.

1.4. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: Влияние экзогенных гормонов на эндометрий, Влияние ВМК на эндометрий, Изменение эндометрия при беременности.

1.5. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: Морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия. Морфологическая картина аденоматоза эндометрия. Морфологическая характеристика полипов эндометрия: Классификация Хмельницкого О. К. (1994):

 Железистый полип функционального типа характеризуется зрелым типом строения, циклическими изменениями в течение цикла. Различают секреторный, пролиферативный, гиперпластический варианты.

 Железистый полип эндометрия базального типа – наиболее частый вариант полипов в репродуктивном возрасте. Состоит из незрелого эндометрия базального слоя, гормонально мало зависим. Различают индифферентный, гиперпластический, пролиферативный варианты.

 Пролиферирующий железистый полип характеризуется активной пролиферацией эпителия.

 Аденомиоматозный полип - в строении участвуют гладкомышечные волокна.

 Аденоматозный полип характеризуется явлениями тканевого и структурного атипизма.

 Стромальный эндометриальный полип – редкий вариант полипа как проявление стромального эндометриоза. Необходима дифференциальная диагностика с полиповидной эндометриальной саркомой.

1.6.Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов. Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.

2. Классификация гиперпластических процессов эндометрия.

 Классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)

1. Эндометриальная гиперплазия;

2. Эндометриальные полипы;

3. Атипическая гиперплазия эндометрия.

 Классификация Б. И. Железнова (1977) 1) железистая (железисто-кистозная) гиперплазия эндометрия; 2) гиперплазия с секреторным превращением; 3) гиперплазия базального слоя; 4) стромальная гиперплазия.

 Классифиация Я. В. Бохмана (1985) 1) фоновые процессы эндометрия (железистая гиперплазия, эндометриальные полипы); 2) предрак эндометрия (атипическая гиперплазия эндометрия).

Современная классификация патологических процессов эндометрия (ВОЗ, 1993)

1. Гиперплазия эндометрия (пролиферация эндометриальных желез без клеточной атипии).

1.1 Простая гиперплазия эндометрия

1.2 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия

2. Атипическая гиперплазия эндометрия (имеются проявления клеточной дисплазии).

2.1 Простая гиперплазия эндометрия

2.1 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия.

Классификация основана на разделении понятий клеточный атипии (дисплазии) и тканевой (структурной) атипии, т.е. аденоматоза. В рамках понятия тканевой атипии выделяется простая гиперплазия эндометрия, характеризующаяся ненарушенным соотношением железистого и стромального компонентов и аденоматозная (комплексная) гиперплазия. Последняя проявляется в выраженном тканевом атипизме, т.е. нарушении архитектоники эндометрия за счет чрезмерной пролиферации желез и уменьшения стромального компонента. Клеточная атипия (дисплазия) может сопровождать любой морфологический вариант строения эндометрия.

3. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.

4. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия:

1. Раздельное диагностическое выскабливание (РДВ) полости матки является ведущим методом диагностики патологии эндометрия и первым этапом лечения гиперпластических процессов.

2. Аспирационная биопсия эндометрия Цитологическая диагностика аспирата выявляет лишь степень клеточной дисплазии. Однако Pipelle – аспирационная биопсия, в результате которой получают биоптат эндометрия, может быть рекомендована в качестве мониторинга состояния эндометрия в ходе гормонотерапии.

3. Гистероскопия, предваряющая плановое РДВ, позволяет изучить состояние эндометрия, провести топическую диагностику патологического процесса.

4. Ультразвуковой метод исследования - скрининг ГПЭ. Имеется высокая степень корреляции (70-90%) данных трансвагинальной эхографии с гистологической картиной удаленного эндометрия. Гистеросальпингоультрасонография, то есть введение гиперэхогенных растворов (эховист, левовист) в полость матки в момент ультразвукового исследования, позволяет уточнить характер внутриматочной патологии.

5. Диагностическую лапароскопию и определение базального уровня эстрадиола целесообразно проводить при рецидивирующих ГПЭ для исключения гормонально активных опухолей яичников, СПКЯ.

6. Исследование аспирата из полости матки с количественным определением иммуноглобулинов M, G, A. При хроническом эндометрите уровень суммарных иммуноглобулинов превышает показатели здоровых женщин в 100 раз и в 3 раза - при остром эндометрите.

5.Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

Ведение больных с гиперпластическими процессами эндометрия предполагает определенную последовательность:

1 этап – остановка кровотечения путем симптоматического, гормонального или хирургического гемостаза (раздельное диагностическое выскабливание);

2 этап – контроль состояния эндометрия гормональными препаратами в течение 6 месяцев после РДВ с оценкой эффективности лечения (УЗИ, биопсия эндометрия);

3 этап – диспансерное наблюдение в течение 1 года после стойкой нормализации цикла или стойкой постменопаузы при простой гиперплазии эндометрия, 2 лет – при аденоматозной гиперплазии эндометрия. При наличии факторов риска патологии эндометрия (хроническая ановуляция, метаболический синдром) срок диспансерного наблюдения не регламентируется.

На всех этапах ведения больных с ГПЭ проводится лечение (при их наличии) метаболического синдрома, хронического эндометрита

5.1.Мероприятия первого этапа – остановка кровотечения.

Негормональный гемостаз Негормональная гемостатическая терапия продолжается при хорошем гемостатическом эффекте - 7 дней. Если после трех дней ее проведения отсутствует клинический эффект или кровянистые выделения (даже скудные) продолжаются более 7 дней проводится гормональный гемостаз.

5.2 Мероприятия второго этапа (контроль состояния эндометрия после РДВ).

Ведение больных на этом этапе определяется рациональным выбором: 1) режима гормонотерапии, 2) типа гормонального средства, 3) продолжительности лечения и контроля за состоянием эндометрия.

Выбор режима гормонотерапии. Различают циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.

Выбор режима гормонотерапии зависит от ряда факторов: 1) морфологического варианта патологии эндометрия; 2) возраста пациентки; 3) наличия сопутствующих пролиферативных процессов молочной железы, матки, эндометриоза; 4) характера течения ГПЭ, его склонности к рецидивированию; 5) типа используемого гормонального средства; 6) сопутствующей экстрагенитальной патологии, наличия метаболического синдрома и, наконец, от материального положения больной. Все перечисленное позволяет предложить следующий вариант индивидуализации режимов гормонотерапии при ГПЭ:

Циклический режим

1. Простая гиперплазия эндометрия в репродуктивном возрасте (до 45-47 лет);

2. Регуляция цикла и профилактика рецидивов при сохраняющейся хронической ановуляции.

Контрацептивный режим

1. Простая гиперплазия эндометрия в пременопаузе;

2. Сопутствующие простой гиперплазии миома матки, мастопатия.

Непрерывный режим

1. Атипическая гиперплазия эндометрия в любом возрасте;

2. Отсутствие эффекта или неполный эффект от циклической гормонотерапии простой гиперплазии эндометрия;

3. Сопутствующие эндометриоз, мастопатия, миома матки;

4. При использовании следующих типов гормональных препаратов: антиэстрогенов, антагонистов гонадотропинов, аналогов гонадотропин-рилизинг гормона.

Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ. При лечении гиперпластических процессов эндометрия используются следующие группы гормональных препаратов: гестагены, комбинированные оральные контрацептивы, антигонадотропины, антиэстрогены, агонисты Гн-РГ. Их действие выражается: 1) в секреторной трансформации эндометрия (при назначении гестагенов только во вторую фазу цикла); 2) в децидуализации эндометрия с последующего атрофией (КОК, применения гестагенов в контрацептивном или непрерывном режиме); 3) в атрофии эндометрия без первого этапа децидуализации (антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).

6.Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.

Хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками или эндоскопическая аблация эндометрия выполняется при наличии следующих показаний:

1) аденоматозная гиперплазия эндометрия в пери- и постменопаузе;

2) рецидивирование аденоматоза;

3) отсутствие эффекта от консервативного лечения аденоматоза;

4) рецидивы простой гиперплазии эндометрия в пери- и постменопаузе;

5) наличие противопоказаний к гормонотерапии

7.Диспансеризация больных с ГПЭ (мероприятия третьего этапа).

Диспансерное наблюдение за больными с ГПЭ осуществляется на протяжении 12 месяцев при простой гиперплазии эндометрия или 24 месяца при аденоматозных его изменениях. Сохраняющаяся ановуляция, наличие метаболических нарушений предполагают динамическое длительное наблюдение за пациенткой, не регламентируемое сроками.

На этапе диспансеризации рекомендуются следующие профилактические мероприятия:

1) Коррекция веса и метаболических нарушений (контроль уровня глюкозы, липидов крови 1 раз в год);

2) Транвагинальная эхография два раза в год;

3) Вакуум-кюретаж эндометрия (Pipelle) один раз в год;

При сохраняющейся ановуляции в репродуктивном возрасте периодически назначаются гестагены во вторую фазу цикла; при наличии мастопатии, миомы матки, потребности контрацепции целесообразно назначение КОК . Условием снятия с диспансерного учета является нормализации цикла или стойкая постменопауза.

Патоморфологические варианты патологических процессов эндометрия

1. «Активная форма железистой гиперплазии эндометрия» является следствием абсолютной гиперэстрогении.

2. «Покоящаяся форма железистой гиперплазии эндометрия» возникает в условиях хронической ановуляции при низком уровне эстрогенов.

3. «Базальная гиперплазия эндометрия» чаще носит очаговый характер и сопровождает хронический эндометрит. Для диагностики этого состояния выскабливание следует производить на 6-7 дни цикла. Клинически это состояние эндометрия выражается длительными болезненными месячными вследствие замедленного отторжения эндометрия.

4. «Переходный эндометрий» характеризует состояние эндометрия в пременопаузе. Сочетает в себе картину нефункционирующего эндометрия и покоящейся формы железистой гиперплазии эндометрия. В дальнейшем превращается в атрофичный эндометрий.

5. «Гиперпластический смешанный эндометрий»; «Гиперплазия с секреторным превращением» отражает воздействие гестагенов (эндо- или экзогенных) на исходно гиперплазированный эндометрий.

6. «Ультраменструальная гиперплазия» возникает на фоне персистенции полноценного желтого тела. Дифференциальная диагностика проводится с беременностью малых сроков только на основании клиники, поскольку морфологических различий в удаленном эндометрии нет.

7. «Полипоз эндометрия» характеризуется образованием поверхностных выступов на слизистой. Гистологически эквивалентен железистой гиперплазии эндометрия.

8. Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов.

9. «Нефункционирующий (покоящийся) эндометрий» нередко сочетается с «гипопластическим эндометрием» и отражает низкую эстрогенпродуцирующую функцию яичников.

10. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия. «Эндометрий в фазе обратного развития» диагностируется на 4-5 день цикла и характеризуется неглубоким отторжением функционального слоя эндометрия с последующей регенерацией из сохранившихся маточных желез. Это состояние эндометрия является следствием медленного падения плазменного прогестерона (гиполютеинизм).

11. «Dysmenoreha membranocea» - отражает нарушение десквамации эндометрия без его предварительного распада и аутолиза. При этом эндометрий отторгается крупными кусками или слепком, что сопровождается альгодисменореей. Гистологически определяется сильное развитие компактного слоя, децидуализация стромы со скудным развитием желез. Одной из причин данной морфологической картины может быть персистенция желтого тела с медленным падением уровня гормонов.

**9. Вопросы для самоподготовки**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:

2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.

3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.

4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия эндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациия Хмельницкого О. К. (1994)

5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия

6. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов:

 «Активная форма железистой гиперплазии эндометрия»

 «Покоящаяся форма железистой гиперплазии эндометрия»

 «Базальная гиперплазия эндометрия»

 «Переходный эндометрий»

 «Гиперпластический смешанный эндометрий»; «Гиперплазия с секреторным превращением»

 «Ультраменструальная гиперплазия»

 «Полипоз эндометрия»

 Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов.

 «Нефункционирующий (покоящийся) эндометрий», «гипопластический эндометрий»

7. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.

 «Эндометрий в фазе обратного развития»

 «Dysmenoreha membranocea»

8. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. (классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)

9. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.

10. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия

11. Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.

12. Выбор режима гормонотерапии: циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.

13. Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ: гестагены, антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).

14. Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.

15. Диспансеризация больных с ГПЭ

**10.Тестовые задания по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Особенностями нормального менструального цикла являются

а) овуляция

б) образование желтого тела в яичке

в) преобладание гестагенов во второй фазе цикла

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

2. Механизм действия гормонов на клетку обусловлен наличием

а) простагландинов

б) рецепторов

в) специфических ферментов

г) всего перечисленного

д) ничего из перечисленного

3. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать

а) с беременностью (прогрессирующей)

б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

в) с подслизистой миомой матки

г) верно б) и в)

д) со всем перечисленным

4. Отсутствие эффекта от диагностического выскабливания матки у больной с нарушением менструального цикла часто свидетельствует

а) о наличии внутреннего эндометриоза тела матки

б) о неполном удалении содержимого полости матки

в) о наличии хронического (базального) эндометрита

г) верно а) и б)

д) о всем перечисленном

5. Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6. Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3) лечение сопутствующей соматической патологии 4) проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется: 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат.

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. Женщины с ДМК составляют группу риска 1) по невынашиванию и перенашиванию беременности 2) по развитию плацентарной недостаточности и аномалиям родовых сил 3) по развитию опухолей гениталий 4) по развитию опухолей молочных желез

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) по всему перечисленному

г) верно 4

д) ни по чему из перечисленного

9. Методы исследования, используемые обычно при ДМК 1) ТФД 2) гистероскопия 3) диагностическое выскабливание матки 4) лапароскопия

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. Принципы лечения ДМК у больных 1) применение лечебно-диагностического выскабливания матки в репродуктивном и климактерическом периодах жизни женщины 2) нормализация менструальной функции в детородном возрасте 3) прекращение менструальной функции в пременопаузе 4) применение витаминотерапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-а |
| 2-б | 7-а |
| 3-д | 8-в |
| 4-д | 9-а |
| 5-в | 10-в |

**11. Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

**Задача № 1**

В гинекологическое отделение поступила больная 53 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 3 года. Было 4 беременности: 3 срочных родов, 1 мед. аборт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Простая гиперплазия эндометрия
2. УЗИ, МРТ
3. Да
4. Экстирпация матки без придатков
5. Благоприятный

**Задача №** **2**

Больная 60 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из влагалища. Менопауза 10 лет. Было 2 родов. В 30 лет лечилась по поводу аднексита. Последние 5 лет по поводу кровотечения дважды было диагностическое выскабливание полости матки и диагностирован полипоз эндометрия. Получала 17 ОПК. Состояние удовлетворительное. Повышенного питания. В зеркалах: Шейка "сочная", слизистая без видимой патологии. Вагинально: НПО б/о. Влагалище свободное, шейка цилиндрическая. Тело матки несколько увеличено, плотное. Область придатков без особенностей. Диагноз? Что необходимо для уточнения диагноза?

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Простая гиперплазия эндометрия. Гормональная опухоль яичника
2. УЗИ, МРТ, гормональный профиль
3. Да
4. Экстирпация матки с придатками
5. Благоприятный

**Задача №** **3**

М. 47 лет, По поводу ациклических кровотечений произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически: фиброзный полип, эндометрий в фазе пролиферации.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Простая гиперплазия эндометрия. Гормональная опухоль яичника

2. УЗИ, МРТ, гормональный профиль

3. Да

4. Экстирпация матки с придатками

5. Благоприятный

**Задача № 4**

Л. 16 лет, нарушение месячных с менархе по типу гиперменструального синдрома. По поводу длительного маточного кровотечения, анемии (Hb 60 г/л), произведено диагностическое выскабливание матки. В соскобе аденоматозная гиперплазия эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Простая гиперплазия эндометрия. Гормональная опухоль яичника

2. УЗИ, МРТ, гормональный профиль

3. Да

4. Экстирпация матки с придатками

5. Благоприятный

**Задача № 5**

В гинекологическое отделение поступила больная 60 лет с кровотечением из половых путей.

Менопауза 10 года. Было 1 беременности: 1срочных родовт. Гинекологические заболевания отрицает. Состоит на учете у эндокринолога по поводу ожирения III, сахарного диабета. При поступлении было произведено фракционное диагностическое выскабливание. Гистология соскоба: полипоз эндометрия.

1. Диагноз
2. Методы обследования?
3. Показано ли хирургическое лечение?
4. Объем хирургического лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Простая гиперплазия эндометрия
2. УЗИ, МРТ
3. Да
4. Экстирпация матки без придатков
5. Благоприятный

**12. Перечень практических умений по изучаемой теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10.**

1. Овладеть лечебно-диагностическими процессами, для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме гинекологическим больным с патологией эндометрия

2. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ

3. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований гинекологической больной с патологией эндометрия

4. Уметь разработать план ведения больной с патологией эндометрия

5. Уметь определить показания, противопоказания, алгоритмы и дозы назначения гормональных препаратов в зависимости от вида патологии эндометрия

6. Уметь составить алгоритм контроля лечения

7. Уметь осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность у больных гормонально обусловленными заболеваниями репродуктивной системы

8. Уметь проводить профилактику патологии эндометрия

**1.Занятие № 13**

**Тема**: **«Современные принципы диагностики и лечения трофобластической болезни».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы:** Современная концепция трофобластической болезни (ТБ) позволяет рассматривать простой, пролиферирующий, инвазивный пузырный занос (ПЗ) и хориокарциному (ХК) как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний.

ТБ – сравнительно редкое заболевание, судить о истинной частоте трудно, потому что приводятся только госпитальные данные. Общая заболеваемость в мире, вероятно, может достигать 150 000 наблюдений в год. Эксперты ВОЗ полагают, что один ПЗ приходится на 1000 родов, а у 2 женщин из 100 000 после родов или аборта возникает ХК.

Возраст больных ТБ от 20 до 40 лет, реже до 20 лет и после 40 лет.

Наиболее часто патология трофобласта встречается в Азии, заболеваемость в европейских странах в 30-40 раз ниже. Так, в Индии:

1 ПЗ приходится на 228 беременностей;

1 инвазивный ПЗ – 606 беременностей;

1 ХК – 953 –995 беременностей.

**Цели обучения:**

**-Общая цель** - использовать теоретические знания по вопросу современных и наиболее рациональных методов лечения трофоблатической болезни.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.

**-Учебная цель –**

Обучающийся должен знать: дифференциальный подход к лечению данной патологии, морфологическую классификацию трофоблатической болезни ВОЗ.

Обучающийся должен уметь: использовать теоретические знания по проблеме при планировании лечения трофоблатической болезни в зависимости от гистотипа опухоли и возраста больной, представить алгоритм обследования и дифференциальную диагностику.

Обучающийся должен владеть: хирургическими методами лечения трофоблатической болезни.

**5.Место проведения семинарского занятия** определяется особенностью изучаемой дисциплины и формой занятия (учебная комната, палата в стационаре, кабинет УЗИ).

**6.Оснащение занятия**

а) иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, задачи, практические задачи, заключения УЗИ, ЦДК, цитологического, гистологического и радиоиммунологического обследования, КТ и МРТ – снимки, данные исследования ХГ в сыворотке крови.

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы**:

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация**

Современная концепция трофобластической болезни (ТБ) позволяет рассматривать простой, пролиферирующий, инвазивный пузырный занос (ПЗ) и хориокарциному (ХК) как последовательную цепь биологически взаимосвязанных заболеваний.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ТБ – сравнительно редкое заболевание, судить о истинной частоте трудно, потому что приводятся только госпитальные данные. Общая заболеваемость в мире, вероятно, может достигать 150 000 наблюдений в год. Эксперты ВОЗ полагают, что один ПЗ приходится на 1000 родов, а у 2 женщин из 100 000 после родов или аборта возникает ХК.

Возраст больных ТБ от 20 до 40 лет, реже до 20 лет и после 40 лет.

Наиболее часто патология трофобласта встречается в Азии, заболеваемость в европейских странах в 30-40 раз ниже. Так, в Индии:

1 ПЗ приходится на 228 беременностей;

1 инвазивный ПЗ – 606 беременностей;

1 ХК – 953 –995 беременностей.

Увеличение заболеваемости ТБ в развивающихся странах Азии связано с высокой фертильностью, большим числом беременностей с короткими интервалами между ними, что сопровождается иммунодефицитным состоянием.

ФАКТОРЫ РИСКА

1. Недостаток каротина в пище;

2. Дефицит витамина А;

3. Возраст беременной выше 35 лет в 2 раза повышает риск полного ПЗ, после 40 – в 7,5 раза.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ВОЗ

Пузырный занос (ПЗ) – имеет 2 разновидности: полный и частичный. Общими морфологическими признаками для обеих форм являются отек отдельных или всех ворсин и гиперплазия трофобласта.

Полный ПЗ характеризуется:

1. Отсутствием плода;

2. Выраженным отеком и увеличением плацентарных ворсин;

3. Отчетливой гиперплазией обоих слоев трофобласта;

4. Утратой васкуляризации материнской соединительной ткани за счет сдавления центральной цистерной сформированной из отечных ворсин.

Частичный ПЗ:

1. Наличием плода с тенденцией к ранней гибели;

2. Частичным отек ворсин плаценты с образованием цистерны;

3. Частичной гиперплазией трофобласта (обычно только синцитиотрофобласта);

4. Наличием части неповрежденных ворсин;

5. Исчезновением васкуляризации ворсин вслед за гибелью плода.

Инвазивный ПЗ – опухоль или опухолевидный процесс с инвазией миометрия, гиперплазией трофобласта и сохранением плацентарной структуры ворсин. Возникает обычно в результате полного ПЗ, но бывает и на фоне неполного ПЗ. В ХК прогрессирует не часто; может метастазировать, но не проявляет прогрессии истинного рака, может даже спонтанно регрессировать. Термины – «злокачественный ПЗ», «деструирующий ПЗ» применять не рекомендуется.

Хориокарцинома, связанная с беременностью (ХК) – это карцинома, возникающая из обоих слоев трофобласта. Плод может родится живым или мертвым, возможно прерывание беременности на разных сроках. Предшественником ХК может быть и эктопическая беременность и ПЗ. От термина «хорионэпителиома» в настоящее время решено отказаться.

Трофобластическая опухоль плацентарного места – возникает из трофобласта плацентарного ложа и состоит преимущественно из клеток цитотрофобласта. Бывает низкой и высокой степени злокачественности. Термин «трофобластическая псевдоопухоль» в настоящее время не используется.

Реакция плацентарного места – относится к физиологическим находкам трофобластических и воспалительных клеток в области ложа плаценты. Термин «синцитиальный эндометрит» употреблять не рекомендуется.

Гидропическая дегенерация – состояние при котором плацентарные ворсины расширяются, содержание жидкости в них и в строме увеличивается, но гиперплазии трофобласта не наблюдается. Указанное состояние следует отличать от ПЗ, и оно не связано с увеличением риска ХК. Термины «молярная дегенерация», «гидатидоморфная дегенерация» и «гидропические изменения» применять не рекомендуется.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

1. Длительность латентного периода более 4 месяцев;

2. Длительность клинических симптомов свыше 6 месяцев;

3. Роды, как исход предшествующей беременности;

4. Размеры матки, соответствующие 7-недельной беременности к началу лечения;

5. Наличие метастазов и их локализация;

6. Титр ХГ в моче 100 000 МЕ/л и более к началу лечения

ДИАГНОСТИКА ТБ

1. Жалобы (кровянистые выделения из половых путей различного характера; бели – серозные, гнойные; боли в низу живота и в поясничной области возникают при прорастании до серозы; острые приступообразные боли в животе связаны с перфорацией матки или перекрутом ножки лютеиновой кисты; боли в грудной клетке с кашлем и кровянистой мокротой вследствие легочных метастазов; тяжелые головные боли, сопровождающиеся ослаблением или потерей зрения, рвотой, появлением парезов и др. неврологических симптомов связаны с метастазами в головной мозг).

2. Анамнез (менструальная, детородная функция, сопутствующие заболевания и т.д.).

3. Клиническое обследование (клинический анализ крови с подсчетом тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов и т.д.; определение размеров матки, они больше размеров при данном сроке беременности – у 81%; матка мягкая; преэклампсия на ранних сроках беременности – у 27%; неукротимая рвота беременных – у 25%; тиреотоксикоз – у 7%; эмболия ветвей легочной артерии во время или после эвакуации ПЗ - у 2%) .

4. Гинекологический осмотр (участки цианоза слизистой влагалища и шейки матки, размеры матки, ее форма, болезненность, состояние яичников и параметриев).

5. Биохимические исследования ( функции печени, уровня креатинина, коагулограмма и др.).

6. УЗИ (увеличение размеров матки, отсутствие плода, нет сердечных сокращений у плода, не определяются части плода, наличие гомогенной мелкокистозной ткани, текалютеиновые кисты яичников диаметром более 6 см при ППЗ у 50%, после эвакуации ПЗ исчезают самостоятельно в течение 2 – 4 месяцев).

7. Эндоскопический метод ( гистероскопия, лапароскопия).

8. Рентгенологический метод – занимает важное место в комплексной диагностике. а). Рентгенография грудной клетки позволяет обнаружить и охарактеризовать метастазы в легких. В процессе лечения повторяется каждые 3 месяца для контроля за динамикой процесса. б). ГСГ – для уточнения диагноза при отрицательном гистологическом исследовании соскоба, а также контроль ХТ.

9. Гистологический метод. Выделяют три вида ПЗ: а). простой; б). пролиферирующий; в). инвазивный. При полном ПЗ отсутствуют элементы эмбриона или плода, отмечается диффузные отек ворсин хориона и гиперплазия эпителия. При частичном ПЗ наблюдаются различные размеры ворсин хориона, очаговые отек с образованием полостей и гиперплазия эпителия; неровная поверхность ворсин за счет очаговой гиперплазии, включения трофобласта в строме ворсин, наличие элементов эмбриона или плода. По количеству соотношения клеточных компонентов трофобласта различают 3 гистотипа ХК: а). смешанный; б). цитотрофобластический; в). синцитиальный.

10. Определение кариотипа. Самый частый кариотип при полном ПЗ – 46,ХХ (90%), причем все хромосомы отцовские. Такой кариотип образуется при оплодотворении яйцеклетки, не содержащей или имеющей поврежденное ядро. После оплодотворения гаплоидный набор хромосом сперматозоидов удваивается. В 10% случаев кариотип при ППЗ – 46,ХУ. При этом все хромосомы также отцовские. В отличие от хромосом ДНК митохондрий имеет материнское происхождение. При частичном ПЗ, как правило, наблюдается триплодия, то есть клетки несут 69 (69,ХХХ; 69,ХХУ; 69,ХУУ) хромосом. Дополнительный набор хромосом имеет отцовское происхождение. Триплодия встречается в 90 –93% случаев ЧПЗ. У плода при ЧПЗ также имеются признаки триплодии: внутриутробная задержка и многочисленные пороки развития, например синдактилия и гидроцефалия.

11. Биологический и радиоиммунологический метод. Трофобластические опухоли, подобно нормальной плаценте, секретируют 3 гормона: хорионический гонадотропин, хорионический соматомаммотропин и хорионический тиреотропин. Определение ХГ в моче и крови, β -субъединицы ХГ, β – глобулина сыворотки крови, ТТГ, Т3, Т4. Чувствительность иммунологического тестирования намного выше биологического.

12. Компьютерная томография (органов брюшной полости, головного мозга).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

1. Самопроизвольный аборт;

2. Внематочная беременность;

3. Миома матки;

4. Рак шейки матки;

5. Рак матки.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Удаление ПЗ производят с помощью вакуум-аспирации вне зависимости от величины матки.

2. Динамическое наблюдение за уровнем ХГ сыворотки крови (нормализация должна произойти в сроки 6-8 нед., иногда до 16 нед).

3. При выявлении повышения или стабилизации уровня ХГ в сыворотке крови при 2-ух повторных исследованиях в течение 3 нед. После эвакуации ПЗ проводят УЗИ бр.полости и м/таза и R-легких.

4. При отсутствии признаков болезни (по данным обследования) определяют уровень ХГ крови 1 раз в 2 нед. до нормализации показателей.

5. Последующее наблюдение осуществляют на основании определения уровня ХГ через каждые 6 нед. первые 6 мес., затем через каждые 8 нед. в последующие 6 мес. Рекомендуется ведение менограммы и предохранение от беременности в течение 1 года после нормализации ХГ. На 2 году после эвакуации ПЗ уровень ХГ определяют 1раз в 4 мес., 3 и 4 год – 1 раз в год.

6. При повторном выявлении стабилизации или повышения уровня ХГ и отсутствия других проявлений болезни (повторно УЗИ и R-легких) больным с низким риском резистентности назначают ХТ.

7. При первичном выявлении стабилизации или повышения уровня ХГ после эвакуации ПЗ и наличии других признаков болезни (данные УЗИ и R-легких) рекомендуется проведение ХТ в соответствии с оценкой риска по шкале ВОЗ.

8. При метастазах в головной мозг следует проводить облучение головного мозга по схеме: на весь головной мозг – при разовых дозах 2-3 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 30 Гр и локальными полями на опухолевый очаг при разовой дозе 2 Гр до суммарной дозы 10 Гр. При проведении облучения с целью предотвращения или уменьшения отека головного мозга необходимо проводить дегидратационную терапию.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1. Клиническая симптоматика, диагностика и методы лечения трофобластической болезни.

2. Современная концепцию трофобластической болезни.

3. Эпидемиологи и факторы риска.

4.Морфологическую классификацию трофобластической болезни (ВОЗ):

• полный пузырный занос,

• частичный пузырный занос,

• инвазивный пузырный занос,

• хориокарцинома,

• трофобластическая опухоль плацентарного ложа,

• эпителиондная Трофобластическая опухоль,

• реакция плацентарного места,

• гидропическая дегенерация.

5. Прогностические факторы риска и метастазирование трофобластической болезни (ТБ).

6. Классификация хориокарциномы по стадиям ТNМ и группировка по стадиям.

7. Дифференциальная диагностика хориокарциномы с:

• самопроизвольным абортом,

• внематочной беременностью,

• миомой матки, раком шейки матки,

• раком эндометрия.

8. Методы диагностики трофобластической болезни:

• жалобы,

• анамнез,

• клиническое обследование,

• гинекологический осмотр,

• биохимические исследования,

• определение кариотипа,

• УЗИ,

• эндоскопические методы,

• рентгенологические методы,

• гистологический метод,

• радиоиммунологический метод,

• компьютерная томография.

9. Современные принципы лечения пузырного заноса и хориокарциномы.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**:

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1. Для диагностики трофобластической болезни наиболее эффективно определение:

а) хорионического гонадотропина

б) трофобластического -глобулина

в) хорионического соматотропина

г) верно а и б

д) всего перечисленного

2. Наиболее часто хориокарцинома возникает после

а) абортов

б) пузырного заноса

в) нормальных родов

г) преждевременных родов

д) после 40 лет

3. Патогенетические варианты хориокарциномы

а) хориокарцинома после нормальной беременности

б) хориокарцинома после патологической беременности

в) хориокарцинома в постменопаузе

г) верно а и г

д) верно все перечисленное

4. Наличие лютеиновых кист у больных хориокарциномой матки влияет на прогноз

а) благоприятно

б) не благоприятно

в) не имеет влияния

г) неизвестно

д) нет правильного ответа

5. Химиотерапия у больных после удаления пузырного заноса

а) не рекомендуется

б) обязательно

в) зависит от морфологической картины

г) на усмотрение врача, в зависимости от клинических и лабораторных данных

д) не имеет значения

6. Больным с хориокарциномой в зависимости от распространенности процесса целесообразно проводить

а) монохимиотерапию

б) полихимиотерапия

в) противовоспалительную терапию

г) верно а и б

д) все перечисленное

7. Международная классификация по системе TNM обозначает 1) T-опухоль (тумор) 2) N-регионарные лимфатические узлы таза 3) М-отдаленные метастазы 4) G-дифференцировка опухоли

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8. В классификации по стадиям TNM используются дополнительные символы 1) G-степень дифференцировки 2) C-большой фактор надежности 3) r-для классификации рецидивов 4) f-для обозначения принадлежности к женскому организму

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9. Под трофобластической болезнью матки подразумевают 1) пузырный занос 2) инвазивный пузырный занос 3) хориокарциному 4) трофобластическую опухоль плацентарного места

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. В диагностике трофобластической болезни используется метод исследования 1) ультразвуковой 2) рентгенологический 3) гистологический 4) лабораторный (определение хорионического гонадотропина)

а) верно 1,2,3

б) верно 1,2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-г |
| 2-б | 7-в |
| 3-г | 8-а |
| 4-б | 9-в |
| 5-г | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

**Задача № 1**.

Больная 32-х лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с жалобами на слабость, умеренные кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе год назад искусственное прерывание беременности при сроке 12 недель в связи с пузырным заносом. В послеоперационном периоде лечение не проводилось, больная к врачу не обращалась. При осмотре: кожные покровы бледные, гемоглобин 104 г/л, пульс 76 уд/мин. Живот не вздут, мягкий безболезненный. При консультации гинеколога высказано предположение о наличии у больной хориокарциномы.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?

3. Хориокарцинома наиболее часто развивается после:

А. Эктопической беременности

Б. Родов

В. Неразвивающейся беременности

Г. Пузырного заноса

Д. Позднего индуцированного выкидыша

4. Локализация метастазов хориокарциномы матки возможна, кроме:

А. Лимфоузлы малого таза

Б. Печень

В. Легкие

Г. Головной мозг

Д. Желудочно-кишечный тракт

5. Основной метод лечения хориокарциномы:

А. Хирургический

Б. Дистанционная лучевая терапия

В. Полихимиотерапия

Г. Гормональная терапия

Д. Симптоматическая терапия

**Эталон ответа:**

1. Хориокарцинома
2. МРТ органов малого таза
3. Г.
4. А.
5. В.

**Задача №** 2.

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Рак эндометрия
2. Госпитализировать, провести диагностическое выскабливание
3. Гиперплазия эндометрия
4. Дальнейшее лечение в зависимости от результатов гистологии
5. Серьезный

**Задача № 3**

Больная В., 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормонотерапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 10 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Рак эндометрия
2. Госпитализировать, провести диагностическое выскабливание
3. Гиперплазия эндометрия
4. Дальнейшее лечение в зависимости от результатов гистологии
5. Зависит от результатов гистологического исследования

**Задача № 4**

Больная 30 лет поступила в отделение с жалобами на длительные кровянистые выделения из половых путей, общую слабость, повышение температуры до 38,5. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4 дня, умеренные, безболезненные. Последние нормальные месячные в январе. Беременностей - 4, родов – 2, нормальных, 2 артифициальных аборта. В феврале этого года был пузырный занос. Считает себя больной с февраля, когда через неделю после выскабливания по поводу пузырного заноса появились кровянистые выделения, которые постепенно усилива¬лись. 10 марта была госпитализирована и ввиду обильного кровотечения, было произведено повторное выскабливание стенок полости матки. При гистологическом исследовании соскоба были обнаружены остатки элементов пузырного заноса. Выделения прекратились, больная была выписана. Через 10 дней вновь появились кровянистые выделения. С 18 мая температура повысилась до 38,5°, появилась слабость и больная госпитализирована в отделение. ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожные покровы, слизистые бледные с желтушным оттенком. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения из зева кровянистые в незначительном количестве. Слизистая шейки цианотична. На передней стенке влагалища в нижней трети имеется образование сине-багрового цвета 1x1,5 см. Наружный зев закрыт. Матка увеличена до 10 недель беременности, неравномерной консистенции, подвижная, безболезненная. С обеих сторон в области придатков определяются образования 6х6, 6х8 см., эластичной консистенции, безболезненные, подвижные. Своды глубокие, параметрии свободные.

1. Предварительный диагноз?

2. Тактика ведения?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Прогноз в отношении репродуктивной функции?

**Эталон ответа:**

1. Трофобластическая болезнь
2. Госпиталиация в онкологическое отделение
3. Миома матки, аденомиоз
4. Комбинированное лечение, хирургическое, полихимиотерапия
5. Сомнительный

**Задача №** **5**.

Больная Л., 60 лет, менопауза 10 лет. При УЗ исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 4-5 мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваши действия?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Какой метод лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа:**

1. Рак эндометрия
2. Госпитализировать, провести диагностическое выскабливание
3. Гиперплазия эндометрия
4. Дальнейшее лечение в зависимости от результатов гистологии
5. Серьезный

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-7, ПК-9, ПК-11.**

1. Освоить методы диагностики в трофобластической болезни:

• Осмотр в зеркалах;

• Цитологическое исследование;

• Гистероскопия;

• Кольпоскопия;

• Лапароскопия;

• Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;

• Ректовагинальное исследование.

2. Участвовать в проведении лапароскопии, УЗИ малого таза, гистероскопии, кольпоскопии, цистоскопии, ректероманоскопии, гистеросальпингографии, лимфографии, пельвиографии, урографии.

3. Уметь интерпретировать данные клинико-инструментальных методов обследования, данные радиоиммунологического исследования хорионического гонадотропина, хорионического соматотропина, эстрогенов.

4. Освоить принципы химиотерапии при пузырном заносе и хориокарциноме.

5. Участвовать в операциях надвлагалищной ампутации матки, гистерэктомии, расширенной гистерэктомии

1. **Занятие № 14**

**Тема: «Методы функциональной диагностики менструального цикла. Тесты функциональной диагностики».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское.

**3.Методы обучения:** метод проблемного изложения, объяснительно-иллюстративный.

**4.Значение темы**: Знание этапов нейрогуморальной регуляции менструального цикла позволит на должном уровне проводить диагностику заболеваний встречающихся в гинекологической эндокринологии, в то время как владение основами интерпретации методов функциональной диагностики позволит проводить дифференциальную диагностику между наиболее часто встречающимися заболеваниями в гинекологической эндокринологии.

**Цели обучения:**

**- общая** (обучающийся должен владеть следующими профессиональными компетенциями: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**- учебная:**

Знать: уровни регуляции менструального цикла и методы функциональной диагностики, как и функциональные пробы применяемые с целью выявления нарушений нейрогуморальной регуляции менструального цикла

Уметь: Интерпретировать данные полученные в результате проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб для дальнейшей верификации уровня нарушения нейрогуморальной регуляции менструального цикла.

Владеть: Техникой проведения тестов функциональной диагностики и функциональных проб.

**5.Место проведения семинарского занятия**: учебная комната.

**6.Оснащение занятия:** Таблица (тесты функциональной диагностики. Компьютерная презентация « Нейрогуморальная регуляция менструального цикла», муляж женской промежности)

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 10 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 15 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работаобучающихся:  а) разбор историй болезни  б) разбор курируемых пациентов; | 200 | Работа:  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

### 8.Аннотация (краткое содержание темы):

### Нейрогуморальная регуляция менструального цикла

Регуляция нормального менструального цикла осуществляется на уровне специализированных нейронов головного мозга, которые получают информацию о состоянии внутренней и внешней среды, преобразуют ее в нейрогормональные сигналы. Последние через систему нейротрансмиттеров поступают в нейросекреторные клетки гипоталамуса и стимулируют секрецию ГнРГ. ГнРГ через локальную кровеносную сеть гипоталамо-гипофизарной воротной системы проникает непосредственно в аденогипофиз, где обеспечивает цирхоральное выделение и выброс гликопротеиновых гонадотропинов: ФСГ и ЛГ. Они поступают в яичники по кровеносной системе: ФСГ стимулирует рост и созревание фолликула, ЛГ — стероидогенез. Под влиянием ФСГ и ЛГ яичники продуцируют эстрогены и прогестерон при участии ПРЛ, которые, в свою очередь, обусловливают циклические преобразования в органах-мишенях: матке, маточных трубах, влагалище, а также в коже, волосяных фолликулах, костях, жировой ткани, головном мозге.

Функциональное состояние репродуктивной системы регулируется определенными связующими звеньями между составляющими ее подсистемами:  
а) длинной петлей между яичниками и ядрами гипоталамуса;  
б) длинной петлей между гормонами яичников и гипофизом;  
в) ультракороткой петлей между гонадотропин-рилизинг-гормоном и нейроцитами гипоталамуса.  
Взаимоотношения между этими подсистемами основаны на принципе обратной связи, которая имеет как отрицательный (взаимодействие типа «плюс—минус»), так и положительный (взаимодействие типа «плюс—плюс») характер. Гармоничность процессов, происходящих в репродуктивной системе, определяется: полноценностью гонадотропной стимуляции; нормальным функционированием яичников, особенно правильным протеканием процессов в граафовом пузырьке и формирующемся затем на его месте желтом теле; правильным взаимодействием периферического и центрального звеньев — обратной афферентацией.

### Роль простагландинов в регуляции репродуктивной системы женщины

Простагландины представляют особый класс биологически активных веществ (ненасыщенные гидроксилированные жирные кислоты), которые обнаруживаются практически во всех тканях организма. Простагландины синтезируются внутри клетки и освобождаются в тех же клетках, на которые они действуют. Поэтому простагландины называют клеточными гормонами. В организме человека отсутствует запас простагландинов, так как они при поступлении в кровоток инактивируются за короткий период. Эстрогены и окситоцин усиливают синтез простагландинов, прогестерон и пролактин оказывают тормозящее воздействие. Мощным антипростагландиновым действием обладают нестероидные противовоспалительные препараты.

Роль простагландинов в регуляции репродуктивной системы женщины:

1. Участие в процессе овуляции. Под воздействием эстрогенов содержание простагландинов в клетках гранулезы достигает максимума к моменту овуляции и обеспечивает разрыв стенки зрелого фолликула (простагландины повышают сократительную активность гладкомышечных элементов оболочки фолликула и уменьшают образование коллагена). Простагландинам также приписывается способность к лютеолизу — регрессу желтого тела.  
2. Транспорт яйцеклетки. Простагландины оказывают влияние на сократительную активность маточных труб: в фолликулиновой фазе вызывают сокращение истмического отдела труб, в лютеиновой — его расслабление, усиление перистальтики ампулы, что способствует проникновению яйцеклетки в полость матки. Кроме этого, простагландины воздействуют на миометрий: от трубных углов по направлению ко дну матки стимулирующий эффект простагландинов сменяется тормозящим и, таким образом, способствует нидации бластоцисты.  
3. Регуляция менструального кровотечения. Интенсивность менструаций определяется не только структурой эндометрия к моменту его отторжения, но и сократительной активностью миометрия, артериол, агрегацией тромбоцитов.

Указанные процессы тесным образом связаны со степенью синтеза и деградации простагландинов.

**Специальные гинекологические обследования**

***Осмотр наружных половых органов***

Гинекологическое обследование начинается с осмотра наружных половых органов, который проводится в гинекологическом кресле. Женщина укладывается в спинно-ягодичное положение с разведенными бедрами. Оценивается характер и степень волосяного покрова, развитие больших и малых половых губ, высота и форма промежности (высокая, низкая, корытообразная), состояние половой щели (сомкнута или зияет), при натуживании можно определить опущение стенок влагалища. Необходимо обратить внимание на окраску слизистой преддверия влагалища, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных ходов, выводных протоков больших желез преддверия влагалища, характер влагалищного отделяемого. После осмотра наружных половых органов следует осмотреть область ануса. Состояние наружных половых органов может свидетельствовать о разрывах промежности в предыдущих родах, половая щель при этом зияет и стенки влагалища даже при легком напряжении опускаются.

***Осмотр с помощью влагалищных зеркал***

Осмотр с помощью влагалищных зеркал является обязательной частью каждого гинекологического обследования. Он позволяет оценить состояние слизистой влагалища, цвет, складчатость, характер влагалищных выделений, форму влагалищной части шейки матки, состояние наружного маточного зева, наличие воспалительных изменений на слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки.

***Бимануальное (двуручное) влагалищное обследование***

Бимануальное обследование проводится в стерильных перчатках, перед исследованием женщине предлагается опорожнить мочевой пузырь. Прямая кишка должна быть опорожнена заранее.

Влагалищное обследование производится путем введения второго и третьего пальцев правой руки во влагалище. Кисть второй руки располагается со стороны брюшной стенки, при сближении рук можно определить величину, положение, консистенцию, подвижность, болезненность матки. Переместив пальцы в своды, можно обнаружить увеличенные придатки. Нормальные трубы и яичники обычно не прощупываются. При воспалительных заболеваниях придатков можно обнаружить увеличенные, иногда болезненные образования в области придатков. При влагалищном обследовании определяют состояние влагалища, его объем, растяжимость, глубину сводов, величину, форму влагалищной части шейки матки (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями), отмечают наличие кондиломатозных разрастаний. Важно обследовать состояние наружного зева (закрыт или открыт), подвижность шейки. Через задний свод и заднюю стенку влагалища можно определить состояние околоматочной клетчатки и наличие или отсутствие деформаций костей таза. При этом виде обследования можно получить много информации, а иногда и поставить диагноз.

***Ректальное обследование***

Ректальное обследование проводится у девственниц и при сужении, сдавлении опухолью влагалища. Обследования проводится вторым пальцем правой руки, палец обязательно смазывается перед этим вазелином. Левая рука помещается над лоном, при сближении рук можно определить положение, консистенцию, величину матки и придатков. Перед ректальным обследованием предварительно должен быть опорожнен мочевой пузырь и прямая кишка.

***Ректовагинальное обследование***

Ректовагинальное обследование выполняется введением второго пальца во влагалище, а третьего в прямую кишку, это комбинированное обследование применяется в онкогинекологии при подозрении на патологические изменения в параметральной клетчатке и прямокишечно-маточном пространстве при раке яичников, шейки матки и тела матки.

**Тесты функциональной диагностики**

Тесты функциональной диагностики используются для определения гормональных состояний яичников. В связи с изменениями гормонального уровня происходит изменение физико-химических свойств слизи, циклические изменения в эпителии влагалища. Тесты функциональной диагностики используются в обследовании женщин при нарушениях менструального цикла, бесплодии.

***Феномен зрачка***

Феномен зрачка связан с изменениями количества и качества слизи в шеечном канале в зависимости от гормональной насыщенности и тонуса шейки матки. На 8–9-й день менструального цикла в расширившемся наружном отверстии канала шейки матки появляется прозрачная слизь. При осмотре в зеркалах наружный зев, заполненный слизью, напоминает глаз птицы или зрачок, симптом носит название по имени автора «симптом Голубевой». Количество слизи и диаметр наружного зева увеличиваются и достигают максимума перед овуляцией, после овуляции слизь отторгается и в позднюю лютеиновую фазу наружный маточный зев у рожавших женщин принимает форму щели. Тест оценивается по трехбалльной системе, в оценке учитывается диаметр наружного отверстия шеечного канала. К моменту овуляции феномен достигает максимальной выраженности, диаметр наружного зева 0,3–0,35 см, что связано с максимальной продукцией эстрогенов. Наличие слабовыраженного феномена зрачка в течение всего менструального цикла свидетельствует о снижении эстрогенов, сохранение его в течение всего менструального цикла может указать на гиперэстрогению, что случается при персистенции фолликула. При старых разрывах, деформациях шейки, эрозиях тест читается не отчетливо.

***Феномен папоротника (феномен арборизации)***

Феномен папоротника основан на способности шеечной слизи при высушивании образовывать кристаллы. Причиной кристаллизации является изменение физико-химических свойств слизи под воздействием высокой эстрогенной насыщенности. При осмотре в зеркалах материал из шеечного канала получают с помощью анатомического пинцета, полученную слизь наносят на предметное стекло и высушивают, оценку кристаллизации производят при микроскопии под малым увеличением. За 2–3 дня до овуляции слизь кристаллизуется, образуя характерный рисунок листа папоротника. Чем выше уровень эстрогенов, тем крупнее рисунок листьев, отходящих от основного ствола под углом 90о. После овуляции на фоне полноценной функции желтого тела и хорошей прогестероновой насыщенности кристаллизация исчезает и высушенная слизь представляется в форме глыбок. Феномен позволяет ретроспективно судить о прошедшей овуляции. Наличие феномена папоротника в течение всего менструального цикла свидетельствует об ановуляции. Отсутствие его в течение цикла может косвенно подтверждать наличие эстрогенной недостаточности.

***Феномен растяжения шеечной слизи***

Феномен растяжения шеечной слизи меняется в течение всего менструального цикла. Прозрачная тягучая слизь появляется к 8–9-му дню менструального цикла. Корнцангом или пинцетом слизь получают из канала шейки матки, инструмент извлекают и осторожно растворяют бранши инструмента, слизь растягивается. По длине растяжения можно говорить о продукции эстрогенов. Растяжение на 10–12 см соответствует высокому уровню эстрогенов, что отмечается перед овуляцией. Через 48–72 часа после овуляции слизь утрачивает способность к растяжению и рвется на первом сантиметре. Оценка состояния шеечной слизи может дать косвенное представление о наличии или отсутствии овуляции.

***Тест базальной (ректальной) температуры***

Тест базальной температуры основан на гипертермическом эффекте, который наблюдается во вторую фазу менструального цикла (высокий уровень ЛГ, прогестерона раздражает центр терморегуляции). При повышении секреции прогестерона во вторую фазу цикла отмечается повышение базальной температуры на 0,4–0,8 оС , что свидетельствует о произошедшей овуляции и хорошей функции желтого тела. Температуру измеряют термометром, специально отведенным для этого, утром натощак, не поднимаясь с постели, около 7 часов утра в течение 5–7 минут, погрузив термометр на 5–7 см за сфинктер прямой кишки. Полученные данные в течение 1–2 месяцев записывают, а затем изображают графически. У здоровых женщин базальная температура в фолликулиновую фазу цикла ниже 37 оС, после овуляции повышается до 37,1–37,3 оС и иногда до 37,5 оС. Перед началом подъема температуры отмечается кратковременное ее снижение на 0,2–0,3 оС, что соответствует времени овуляции. Перед началом менструации за 1–2 дня, когда желтое тело погибает и отмечается спад гормонов, базальная температура вновь снижается. Монотонная температура в пределах 36,5–36,9 оС свидетельствует об ановуляторном цикле. Стойкое повышение температуры при задержке менструации в случае регулярного менструального цикла может быть признаком наступившей беременности. При нормально протекающей беременности базальная температура остается повышенной, особенно в первую половину беременности, снижение базальной температуры во время беременности свидетельствует об угрозе прерывания. При проведении этого теста погрешности могут возникнуть при обострении хронических инфекций.

***Кольпоцитология (исследование отделяемого влагалища на гормональный фон)***

Кольпоцитологическое исследование влагалищных мазков основано на циклических изменениях эпителия влагалища под влиянием половых стероидов. Эти изменения характеризуются появлением в мазках поверхностных клеток — это крупные полигональной формы клетки с пикнотическим ядром. При повышении эстрогенов количество этих клеток увеличивается. В мазках могут определяться промежуточные клетки (веретенообразные с прозрачной цитоплазмой) и парабазальные (овальные с крупным ядром). Количественное соотношение клеток в мазках и их характеристика являются основой кольпоцитологической диагностики. Материал получают с боковых стенок верхней трети влагалища с помощью палочки с ватным концом и наносят на предметное стекло тонким слоем. Исследованию подлежат клетки, самостоятельно отторгшиеся (эксфолиировавшиеся). Несоблюдение этого требования может привести к ошибке в оценке гормонального состояния. За 2 дня до исследования необходимо рекомендовать женщине воздержаться от половой жизни, не спринцеваться, не вводить во влагалище лекарств. При анализе следует учитывать возраст и день менструального цикла. Для полной картины гормонального состояния мазки следует взять 4 раза в течение менструального цикла (на 6–7-й; 12–13-й; 16–17-й; 23–25-й дни при 28-дневном менструальном цикле). В окраске используют полихромные методы. Вычисляют следующие параметры:

* процентное соотношение поверхностных, промежуточных и парабазальных клеток;
* кариопикнотический индекс — это процентное соотношение клеток с пикнотическим ядром к клеткам, имеющим непикнотические ядра;
* эозинофильный индекс — это процентное отношение эозинофильноокрашенных поверхностных клеток к клеткам базофильной окраски. Эозинофильное окрашивание характерно для высокого уровня эстрогенов.

По клеточному составу влагалищных мазков можно оценить степень эстрогенной насыщенности. Различают 4 типа мазков.

**Первый тип мазка** — в нем преобладают базальные клетки с крупными ядрами, могут встречаться лейкоциты. Такая картина характерна для выраженной эстрогенной недостаточности (реакция 1).

**Второй тип мазка** — среди парабазальных клеток с крупными ядрами встречаются отдельные клетки промежуточного и базального слоя. Лейкоциты единичные. Эта картина характерна для умеренной эстрогенной недостаточности (реакция 2).

**Третий тип мазка** — состоит преимущественно из клеток промежуточного слоя, иногда встречаются поверхностные клетки. Это характерно для незначительной эстрогенной недостаточности (реакция 3).

**Четвертый тип мазка** — преобладают хорошо очерченные полигональной формы большие клетки поверхностного эпителия с маленьким ядром. Мазок свидетельствует о хорошей эстрогенной насыщенности (реакция 4).

Кольпоцитологическое обследование в сочетании с другими тестами функциональной диагностики позволяет составить четкое представление о наличии или отсутствии овуляции в менструальном цикле.

Вышеперечисленные тесты функциональной диагностики широко используются в обследовании женщин при нарушениях менструального цикла, бесплодии, а феномен зрачка, феномен папоротника и тест базальной температуры часто используются при естественных методах контрацепции.

**Функциональные пробы**

Функциональные пробы применяют для уточнения состояния различных уровней регуляции репродуктивной системы. Известно, что введенные в организм гормоны действуют так же, как эндогенные.

***Пробы с гестагенами***

Применяется для выяснения степени дефицита эстрогенов. Часто проводят при аменорее. Проба заключается во введении прогестерона по 10–20 мг в сутки в течение 3–5 дней или норколута по 5 мг в день в течение 8 дней, иногда используется 17-оксипрогестерон капронат по 125 мг однократно внутримышечно. Появление кровотечения через 24–48 часов после окончания пробы расценивается, как показатель умеренной эстрогенной недостаточности. Отсутствие кровотечения (отрицательная проба) свидетельствует о выраженной эстрогенной недостаточности или о маточных причинах аменореи.

***Проба с эстрогенами и гестагенами***

Применяется при маточной форме аменореи для выяснения степени дефицита эстрогенов. Введение эстрогенов (фолликулина 20 000 ед, синэстрола 2 мг, микрофоллина 0,1 мг в течение 8–10 дней, а затем гестагенов в течение 5–7 дней) через 2–4 дня вызывает менструалоподобную реакцию, положительная проба указывает на гипофункцию яичников, отсутствие менструалоподобной реакции — отрицательная проба — свидетельствует о маточной форме аменореи.

***Проба с гонадотропином***

Проба применяется для установления причины ановуляции при подозрении на первичную яичниковую недостаточность. Для пробы используют пергонал 150 мл внутримышечно в течение 5–7 дней или профазе (хориогонический гонадотропин) по 1500–3000 ед в течение 3 дней. Уровень содержания эстрадиола в крови определяют до и после введения препарата. При положительной пробе уровень эстрадиола увеличивается в 3–5 раз. Отсутствие увеличения уровня эстрадиола (отрицательная проба) свидетельствует о первичной неполноценности яичника.

***Проба с кломифеном***

Проводится при заболеваниях, сопровождающихся ановуляцией. Перед проведением пробы с помощью оральных контрацептивов в течение полного цикла вызывают менструалоподобную реакцию. С 5-го по 9-й день от начала менструалоподобной реакции назначают кломифен по 50 мг 2 раза в день. Это приводит к выбросу ФСГ, ЛГ и созреванию фолликулов в яичнике, что сопровождается выделением стероидных гормонов. Положительная проба указывает на сохранение активности системы гипоталамус–гипофиз–яичники. На фоне пробы с кломифеном измеряется базальная температура. Менструалоподобная реакция должна наступить через 25–30 дней после приема кломифена. При отрицательной пробе наблюдается монофазная температура, отсутствие менструалоподобной реакции, повышения уровня эстрадиола, что позволяет думать о нарушении функциональной способности гипоталамуса и гипофиза.

***Проба с дексаметазоном***

Проводится у женщин с клиническими проявлениями вирилизации для установления источника повышенного уровня андрогенов. Источником андрогенов могут быть яичники (при эндокринных заболеваниях) и надпочечники. Назначают внутрь 0,5 мг дексаметазона 4 раза в сутки в течение 3 дней. До и после проведения пробы определяют содержание 17-кетостероидов. Это малая дексаметазоновая проба. При большой пробе больной назначают 8 мг дексаметазона в сутки (в 4 приема) в течение 3 суток. Проба считается положительной при снижении содержания 17-кетостероидов на 50–75% по сравнению с исходным уровнем, что указывает на гиперплазию коркового вещества надпочечников. Отрицательная проба (отсутствие снижения 17-кетостероидов) говорит об яичниковом происхождении андрогенов.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

- Назвать уровни регуляции менструального цикла;

-Второй уровень регуляции менструального цикла и его влияние на ниже лежащие структуры;

-Физиологическая продолжительность менструации;

-Гормоны вырабатываемые на третьем и четвертом уровне регуляции;

-Влияние простагландинов и глюкокортикостероидов на регуляцию менструального цикла;

-Методы функциональной диагностики применимые в гинекологии;

-Показания для проведения бимануального влагалищного исследования и ректоабдоминального влагалищного исследования.

**10Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Основная триада жалоб гинекологических больных

1. Боли, тошнота, кровотечения
2. Бели, боли в пояснице, бесплодие
3. Повышение температуры тела, боли, бели
4. Боли, бели, кровотечения
5. Бели, кровотечения, бесплодие

2. Какие виды кольпоскопии существуют

1. Простая и расширенная
2. Сложная и простая
3. Двойная
4. Моно и биконтрастная
5. Все перечисленные

3.Для диагностики каких заболеваний показана пункция брюшной полости через задний свод влагалища

1. Прервавшаяся трубная беременность
2. Разрыв капсулы кистомы яичника
3. Апоплексия яичника
4. Перфорация пиосальпинкса
5. Все перечисленное

4.Какой наиболее благоприятный период для раздельного диагностического выскабливания стенок матки при гиперпластических процессах в эндометрии

1. 1 фаза менструального цикла
2. Перед менструацией
3. Середина менструального цикла
4. Сразу после менструации
5. Все перечисленное

5.Для диагностики каких заболеваний показана гистеросальпингография

1. Субмукозная миома матки
2. Трубное бесплодие
3. Аномалии развития матки
4. Аденомиоз
5. Все перечисленное

6.Какие эндоскопические методы диагностики вы знаете? Выберите неправильный ответ.

1. Кульдоскопия
2. УЗИ
3. Гистероскопия
4. Лапароскопия
5. Кольпоскопия

7.В каких случаях производится ректо-абдоминальное исследование?

1. Во всех при гинекологическом осмотре
2. У девственниц
3. При воспалении придатков матки
4. При миоме матки
5. При бесплодии

8.В каких случаях производится зондирование матки?

1. Перед раздельным диагностическим выскабливанием стенок матки
2. Перед введением ВМС
3. При диагностике атрезии цервикального канала
4. При диагностике субмукозной миомы матки
5. Во всех перечисленных

9.Форма шейки матки у нерожавших женщин?

1. Коническая
2. Бочкообразная
3. Цилиндрическая
4. Продолговатая
5. Шаровидная

10.Какой эпителий покрывает влагалищную часть шейки матки?

1. Цилиндрический
2. Кубический
3. Многослойный плоский
4. Призматический
5. Атипический

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-б |
| 2-а | 7-б |
| 3-д | 8-д |
| 4-б | 9-а |
| 5-д | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

# Задача № 1

Пациентка 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется. При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

1. Беременность.
2. Маточная и внематочная беременность, заболевания ЖКТ (гастрит и др.).
3. Анализ мочи на β-ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
4. При подтверждении прогрессирующей трубной беременности экстренно в сопровождении медицинского работника госпитализировать больную в гинекологическое отделение.Лечебно-диагностическая лапароскопия
5. Пять.

# Задача № 2

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
  2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
  3. Направить больную в гинекологический стационар.
  4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
  5. Пять.

# Задача № 3

Пациентка 26 лет ,жалобы на задержку очередной менструации на 25 дней, тошноту и извращение вкуса.

Анамнез: Нарушение менструальной функции отмечает впервые.

Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: Состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм рт.ст. , PS 72 в мин.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

При влагалищном исследовании патологических изменений не выявлено.

## Наиболее вероятный диагноз?

## С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

## Тактика врача женской консультации?

## Какова оптимальная тактика врача в условиях стационара?

## Сколько этажей регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Беременность.
  2. Маточная и внематочная беременность, заболевания ЖКТ (гастрит и др.).
  3. Анализ мочи на β-ХГ. УЗИ гениталий трансвагинально.
  4. При подтверждении прогрессирующей трубной беременности экстренно в сопровождении медицинского работника госпитализировать больную в гинекологическое отделение.Лечебно-диагностическая лапароскопия
  5. Пять.

**Задача №4**

Больная 50ет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования в стационаре?
5. Сколько уровней регуляции менструального цикла?

# Эталон ответа

* 1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
  2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
  3. Направить больную в гинекологический стационар.
  4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного.
  5. Пять.

**Задача №5**

Больная 25лет обратилась к гинекологу-эндокринологу с жалобами на отсутствие менструаций в течение 3-х лет, болезненность при половом акте, выпадение волос, сухость кожи и слизистых оболочек, слабость, депрессию, плохую память.

Из анамнеза: 3 года т.н. были преждевременные роды, которые осложнились тяжёлым гестозом, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и коагулопатическим маточным кровотечением 2200 мл. Ребёнок умер.

При осмотре: АД 100/60 мм рт.ст., PS 60. ИМТ = 16,9. Кожа сухая. Отсутствует волосяной покров в подмышечных впадинах и на лобке.

Рост волос на голове по женскому типу крайне скудно (носит парик).

Молочные железы – 5 по Таннеру, атрофичны, выделений из сосков нет.

При гинекологическом исследовании: Наружные половые органы развиты правильно. Клитор нормальных размеров.

PS. Слизистая входа во влагалище и влагалища блеклая, истончена, легко ранима при дотрагивании инструментом. Шейка матки цилиндрическая. Выделения светлые, слизистые, скудные.

PV. Матка маленькая. Своды свободные. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Патогенез данного заболевания?
5. Лечение?

# Эталон ответа

1. Синдром Шихана.
2. Опухоль гипофиза. Психогенная аменорея.
3. Анализ крови: ФСГ, ЛГ, Прл, ТТГ, АКТГ, Эстрадиол. КТГ головного мозга. УЗИ гениталий.
4. Некроз гипофиза вследствие массивной кровопотери в родах.
5. Заместительная гормональная терапия. Витаминотерапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**-**Оценить степень выраженности симптома «зрачка»;

**-**Интерпретация графика базальной температуры;

**-**Оценка функциональной пробы с гестагенами ;

**-**Оценка функциональной пробы с дексаметазом;

**1.Занятие № 15**

**Тема: «Нарушения менструального цикла. Аменорея центрального генеза».**

**2. Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), **исследовательский.**

**4**.**Значение темы**: Актуальность выбора методов лечения расстройств менструального цикла – напрямую вытекает из высокой частоты встречаемости (15-20% в структуре гинекологической заболеваемости), склонности к рецидивам, влияющим на качество здоровья и жизни пациентки. Несвоевременная и в неполном объеме проведенная терапия может значительно снизить трудоспособность, и в ряде случаев – да же привести к полной её потере. Это касается и рецидивирующих кровотечений в различных возрастных группах и расстройств менструального цикла ассоциированных с бесплодным браком, невынашиванием и нейро-эндокринными нарушениями.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам лечения расстройств менструального цикла.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**- учебная:**

знать основные методы лечения расстройств менструального цикла, принципы гормонального лечения

уметь выявлять показания и противопоказания к гормональной терапии

владеть способностью назначать гормональную терапию при расстройствах менструального цикла.

**5. Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6. Оснащение занятия**

* + - 1. Таблицы по классификации методов лечения расстройств менструального цикла
      2. Слайды по схемам гормональной терапии

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 2. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 5. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 6. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 7. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.

Лечение основных не гинекологических заболеваний.

Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы). При назначении лечения нарушений менструального цикла врач отталкивается от причины его вызвавшей. И в каждом отдельном случае лечение будет подобрано индивидуально.

Чаще всего используются следующие методы лечения:

Коррекция режима работы и отдыха, с уклоном на уменьшение стрессов и нормализацию питания. Психотерапия, физиотерапия.

Лечение основных не гинекологических заболеваний.

Гормональная терапия. Лечение гормонами зависит от вида нарушения менструального цикла. Применяют препараты эстрогена и гестагенов (комбинированные препараты или монотерапия), гормоны щитовидной железы (левотироксин), глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон).

Хирургические виды лечения применяют при опухолевых процессах, врожденных пороках развития женских половых органов, опухолях в ЦНС, макроаденоме гипофиза и некоторых других патологиях.

Кроме этого применяются следующие группы лекарственных средств:

Препараты, снимающие боль при менструациях: обезболивающие препараты (ибупрофен), спазмолитики (папаверин).

Препараты, снижающие выработку пролактина гипофизом (бромокриптин), экстракт плодов прутняка обыкновенного (Agnus сastus). Их используют при аменорее и предменструальном синдроме.

Противовоспалительные препараты, антибиотики (при инфекционных заболеваниях женской половой сферы).

Гормональная терапия нарушений менструального цикла направлена на нормализацию нейрогормональных взаимоотношений, лежащих в основе клинических проявлений патологии. Основными принципами гормональной терапии являются замещение недостающей функции эндокринной железы при ее первичном нарушении (заместительная терапия) или стимуляция деятельности железы тройными гормонами, если патология является следствием нарушения регуляторных влияний (стимулирующая терапия). Однако это разделение на стимулирующую и заместительную терапию в значительной мере условно, так как заместительная терапия по отношению к одной железе может быть стимулирующей к зависимой от нее железе.

Для гормональной терапии нарушений менструального цикла имеются определенные схемы, которые могут быть положены в основу лечения. Однако схема отражает только основной принцип лечения, который в каждом конкретном случае должен быть индивидуализирован.

1.Заместительная терапия.

Заместительная терапия показана при первичном понижении деятельности яичников (гипоплазия яичников), вызывающем аменорею II степени, или после кастрации.

Создание маточного менструального цикла является вариантом заместительной терапии. При выраженной гипоплазии матки и отсутствии достаточной пролиферации эндометрия с помощью эстрогенов и прогестерона можно воспроизвести эндометриальный цикл, т. е. создать выраженную пролиферацию эндометрия до состояния, соответствующего средней фолликулиновой фазе цикла, а затем получить путем введения прогестерона секреторные преобразования. Кроме того, периодическое введение гормонов в определенном ритме (если гипоплазия яичников вызвана нарушением регуляторных влияний) изменяет функциональное состояние гипоталамо-гипофизарной системы и приводит к дальнейшему самостоятельному налаживанию пускового механизма менструального цикла.

Циклическая заместительная терапия должна проводиться не менее 3-5 циклов подряд.

2.Стимулирующая терапия.

Стимулирующая терапия имеет целью налаживание овуляторного менструального цикла. Она применяется в тех случаях, когда аменорея и другие нарушения цикла являются следствием регуляторных влияний, и неэффективна при поражении паренхимы яичников.

Стимулирующая терапия может быть направлена на: а) восстановление функции яичников введением гонадотропных гормонов; б) восстановление функции гипоталамических центров, регулирующих деятельность гипофиза, что достигается введением ударных доз эстрогенов и прогестерона, введением препаратов нестероидной природы типа кломифена.

3.Лечение гонадотропинами.

Принцип лечения гонадотропными гормонами заключается в том, чтобы вызвать созревание фолликулов яичника при помощи фолликулостимулирующего гормона, а затем создать фазу желтого тела лютеинизирующим гормоном. В ряде случаев, например, при некоторых ановуляторных циклах, когда имеется достаточный рост и развитие фолликулов, рекомендуется проводить лечение только препаратами с лютеинизирующим действием, в качестве которых используется хорионический гонадотропин (ХГ). ХГ рекомендуется вводить через день по 1500 ЕД с 12-го дня цикла 3-4 раза.

4.Лечение ударными дозами прогестерона и эстрогенов.

При отсутствии выраженной атрофии половых органов и, в частности атрофии эндометрия, можно рекомендовать ударные дозы прогестерона и прогестерона с эстрогенами. При этом в следующих за лечением циклах может закрепиться правильная цикличность деятельности гипоталамических центров, достигнутая во время лечения. Ударные дозы прогестерона рекомендуются преимущественно при наличии нормального состояния половых органов при выраженных пролиферативных мазках, что является косвенным признаком пролиферации эндометрия и наличия достаточно развитых фолликулов. При наличии атрофических изменений в половых органах необходима предварительная эстрогенная терапия до возможно более высоких степеней пролиферации. Соотношение доз эстрогенов с прогестероном должно быть 1/20 или 1/30.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Какие методы применяются при лечении нарушений менструального цикла.

2). Основные принципы гормональной терапии.

3). Препараты выбора при нарушениях менструального цикла.

4). Какое значение имеет восстановление режима труда и отдыха у женщин репродуктивного возраста при нарушениях менструального цикла.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.К тестам функциональной диагностики относятся все нижеперечисленные, кроме:

а)кариопикнотический индекс (КПИ);

б)симптом «зрачка»;

в)измерение базальной температуры;

г)проба с гестагенами;

д)симптом папоротника.

2. Тесты функциональной диагностики позволяют определить:

1. двухфазность менструального цикла;
2. уровень эстрогенной насыщенности организма;
3. наличие овуляции;
4. полноценность лютеиновой фазы цикла;
5. все перечисленное.

3. Кариопикнотический индекс – это процентное отношение:

1. эозинофильных поверхностных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
2. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к общему числу клеток в мазке;
3. базальных и парабазальных клеток влагалищного эпителия к общему числу клеток в мазке;
4. поверхностных клеток влагалищного эпителия с пикнотическими ядрами к эозинофильным поверхностным клеткам;
5. ничто из перечисленного.

4. Тест базальной температуры основан:

а)на воздействии эстрогенов на гипоталамус;

б)на влиянии простагландинов на гипоталамус;

в)на влиянии прогестерона на терморегулирующий центр гипоталамуса;

г)ни на чем из перечисленного.

д)все верно

5. Тест функциональной диагностики, указывающий на гиперэстрогению:

1. длина растяжения цервикальной слизи 2-3 см;
2. базальная температура тела 37ºС;
3. кариопикнотический индекс 50-60% и более;\*
4. атрофический эндометрий.
5. нет верного ответа

6. О полноценности лютеиновой фазы менструального цикла свидетельствует:

а)повышение базальной температуры в первую фазу цикла;

б)повышенпролиферативные процессы в эндометрии во вторую фазу цикла;

в)симптом «зрачка» (+ + +).

г)все перечисленное

д)ничего из перечисленного

7. Монотонная кривая базальной температуры характерна:

а)для двухфазного менструального цикла;

б)для двухфазного менструального цикла с укорочением в)лютеиновой фазы до 5 дней;

г)для ановуляторного менструального цикла;

д)ни для чего из перечисленного;

8. Показателем недостаточности функции желтого тела на графике базальной температуры (при 28-дневном менструальном цикле) является продолжительность второй фазы менее:

1. 4-6 дней;
2. 6-8 дней;
3. 8-10 дней;
4. 10-12 дней.
5. нет верного ответа

9. Положительный симптом «зрачка» в течение всего менструального цикла свидетельствует:

а)о наличии гиперандрогении;

б)об укорочении II фазы цикла;

в)о наличии ановуляторного цикла;

г)обо всем перечисленном;

д)ни о чем из перечисленного.

10. Для ановуляторного менструального цикла характерно:

1. циклические изменения в организме;
2. длительная персистенция фолликула;
3. преобладание гестагенов во второй фазе цикла;
4. преобладание гестагенов в первой фазе цикла.
5. нет верного ответа

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-г | 6-б |
| 2-д | 7-в |
| 3-б | 8-г |
| 4-в | 9-в |
| 5-в | 10-б |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача№1**

У девушки 14 лет обильные, со сгустками, нерегулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Составьте план обследования больной.
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какова лечебная тактика?
5. Существует ли альтернативный метод остановки кровотечения у девушек-подростков?

**Эталон ответа:**

1. Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи на фоне врожденного заболевания крови. Постгеморрагическая анемия I степени.
2. Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, УЗИ гениталий, вагиноскопия, консультация невропатолога, гематолога, педиатра.
3. С дисфункциональным маточным кровотечением пубертатного периода, патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью.
4. Начать симптоматическую гемостатическую терапию, гормональная регуляция цикла, терапия основного заболевания: коррекция нарушений свертывающей системы крови врачом гематологом.
5. При отсутствии эффекта от симптоматической терапии необходимо гормональный гемостаз, в случае крайней необходимости – своевременное решение хирургического гемостаза (удаление функционального слоя эндометрия, по возможности под гистероскопическим контролем). При наличиии п/показаний для гормональной терапии – эмболизация маточных артерий.

**Задача№2**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Эталон ответа:**

1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода (климактерическое кровотечение).
2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
3. Направить больную в гинекологический стационар.
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.
5. Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования. При отсутствии изменений – динамический амбулаторный мониторинг. При фоновых заболеваниях – гормонотерапия и динамическое наблюдение, включая морфологический контроль (пайпель-биопсия, офисная гистероскопия). При онкологическим процессе – химио, гормоно-, лучевая-терапия, радикальное оперативное вмешательство по индивидуальным показаниям.

**Задача№3**

Больная, 21 год, обратилась к врачу гинекологу с жалобами на не регулярные менструации с задержками от 1 до 6 мес., рост волос на лице, вокруг сосков на грудных железах, на передней брюшной стенке и нижних конечностях. Живет половой жизнью 2 года не предохраняясь, беременность не наступала. Муж обследован - здоров. Принимала гормональное лечение - эффект отсутствовал.

При объективном исследовании рост волос по мужскому типу, конституция нормостеническая.

P.S.: Шейка матки чистая. Выделения молочные.

Р.V.: матка обычных размеров, яичники с обеих сторон увеличены 3х4 см. безболезненны при исследовании.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования?
5. Лечение?

**Эталон ответа :**

1. Гипеандрогения
2. С гормон продуцирющими опухолями надпочечников
3. Направить на лечение в стационар
4. Обследование на гормоны
5. Гормональное лечение

**Задача № 4**

У пациентки Д., 44 лет, через 2 недели после операции экстирпации матки с придатками по поводу распространенного наружно-внутреннего эндометриоза появились жалобы на слабость, частые смены настроения, приливы жара до 20 раз в сутки, плохой сон, подавленное настроение. Обратилась к гинекологу в ж/к..

Соматические заболевания в анамнезе отрицает. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии без особенностей. Влагалище в виде слепого мешка, слизистая влагалища без воспалительных явлений. Матка и придатки отсутствуют. Инфильтратов нет. Выделения слизистые, очень скудные.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Посткастрационный синдром.
2. С заболеваниями щитовидной железы, психическими заболеваниями.
3. УЗИ щитовидной железы, пальпация молочных желез и маммография, определение уровня глюкозы, липопротеидов, ФСГ, ТТГ, Т3, Т4, Е2; коагулограмма, консультация эндокринолога.
4. При отсутствии противопоказаний – назначение ЗГТ комбинированными эстроген-гестагеновыми препаратами.
5. При условии применения ЗГТ прогноз благоприятный. Профилактика заключается в своевременной диагностике и адекватной терапии заболеваний, приводящих к гистерэктомии с придатками. В случае удаления придатков в репродуктивном возрасте после операции показано проведение ЗГТ (при отсутствии противопоказаний).

**Задача № 5**

Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций на 6 месяцев, которые до этого были регулярными.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4) Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**Эталон ответа:**

1) Аменорея II

2) Начать обследовать: тест на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, консультация окулиста, невропатолога, терапевта, исследование «полей зрения», снимок «турецкого седла», исследование на гормоны

3) Да, в зависимости от выявленной причины

4) Беременность

5) При выявлении гормонопродуцирующих опухолей яичников.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. Произвести бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные
2. Получить объективную информацию о заболевании
3. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания
4. Определить показания к госпитализации
5. Оценить тяжесть состояния больной
6. Выработать план ведения больной
7. Определить необходимость применения специфических  
   методов исследования
8. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
9. Взятие мазков на онкоцитологию
10. Проведение и интерпретация данных "УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное
11. Зондирование полости матки
12. Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и стенок матки

**1.Занятие № 16**

**Тема: Патогенез, клиника, диагностика яичниковой формы аменореи. Патогенез, клиника, диагностика маточной формы аменореи.**

**2.Место проведения семинарского занятия**

учебная комната,

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4. Значение темы** Частота аменореи в последние годы увеличивается по ряду причин: влияние стрессовых факторов, психоэмоциональные перегрузки, чрезмерные физические нагрузки во время занятий спортом или танцами в подростковом возрасте, значительные колебания массы тела, нерациональное использование гормональных препаратов и др. У женщин, имеющих в анамнезе аменорею, чаще, чем в популяции, выявляют эндокринное бесплодие, привычную потерю беременности, аденокарциному эндометрия, рак молочных желёз, атеросклероз и остеопороз.

**Цели обучения:**

**- общая:** ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

**-учебная**: обучающийся должен

знать основные клинические формы аменорей,

уметь собрать жалобы и гинекологический анамнез, оценить менструальный календарь, проводить, читать и оценить тесты функциональной диагностики,

владеть современными методами диагностики и лечения аменореи.

**5.Место проведения семинарского занятия**

учебная комната,

**6.Оснащение занятия** слайды по теме занятия, алгоритмы обследования при различных формах аменореи, инструментарий для проведения тестов функциональной диагностики.

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация**

|  |
| --- |
| Нарушения менструального цикла возникают при повреждении одного или нескольких звеньев в нейрогуморальной регуляции цикла, при этом этиология нарушений может быть различной, включающей наследственные и генетические факторы, психотравмы, психоэмоциональные и физические перегрузки, поражения ЦНС (опухоли, травмы) и др.  По клиническому симптомокомплексу нарушения менструального цикла условно делят на две большие группы: аменорея и дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК).  **Аменорея – отсутствие менструаций,** может быть физиологической и патологической. Патологическая аменорея может быть первичной и вторичной.  **Первичная** аменорея – отсутствие менархе у девушек в 16 лет при нормальном и своевременном развитии вторичных половых признаков.  Первичная аменорея может быть выявлена и в 14 лет при условии отсутствия развития вторичных половых признаков.  **Вторичная** аменорея – прекращение менструаций у женщин репродуктивного возраста на 6 и более месяцев.  В основе патогенеза патологической аменореи лежат нарушения функции системы гипоталамус – гипофиз – яичники – матка. В зависимости от уровня поражения в этой системе выделяют аменорею центрального (гиперпролактинемический гипогонадизм, синдром Шихана и др.) и периферического генеза (синдром Шерешевского-Тернера, тестикулярная феминизация и др.).  **Клиническая классификация аменорей** (В.П.Сметник**,** Л.Г.Тумилович**,** 2005):  Первичная аменорея с задержкой или отсутствием полового развития  1. Пороки развития гонад  1.1.Дисгенезия гонад  2. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы  2.1.Конституциональная задержка полового развития  2.2.Изолированный гипогонадизм  3. Органические нарушения гипоталамо-гипофизарной системы  3.1.Ольфактогенитальная дисплазия  3.2.Опухоли гипоталамуса и гипофиза  ***Первичная аменорея без задержки полового развития***  1. Пороки развития влагалища и матки  1.1.Гинатрезии  1.2.Аплазия матки  Вторичная аменорея  1. Маточные формы  2. Яичниковые формы  2.1. Синдром резистентных яичников  2.2. Синдром истощения яичников  2.3. Аутоиммунные поражения яичников  2.4. Ятрогенные нарушения функции яичников  3. Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы  3.1. Аменорея на фоне потери массы тела  3.2. Психогенная аменорея  3.3. Аменорея спортсменок  3.4. Синдром гиперторможения гонадотропной функции гипофиза (ятрогенная форма)  4. Органические нарушения гипоталамо-гипофизарной системы  4.1. Синдром «пустого» турецкого седла  4.2. Послеродовой гипопитуитаризм  Яичниковая аменорея возникает при отсутствии нормальной гормональной функции яичников, в то время как функция гипофиза и гипоталамуса сохранена в полном объеме яичниковая аменорея. Нарушения могут быть связаны с различными причинами. Врожденное нарушение в структуре яичников (чаще всего генетически обусловленном), а также возникновение нарушений до наступления полового созревания приводят к возникновению первичной аменореи (менструальная функция при этом даже не начиналась – месячных не было ни разу). Среди врожденных форм первичной яичниковой аменореи наиболее распространена аменорея в виде синдрома Шерешевского – Тернера, реже встречаются хромосомные нарушения в чистом виде и смешанная форма хромосомных нарушений. Синдром Шерешевского – Тернера встречается в 1–2 случаях на 3000 новорожденных девочек. Признаки заболевания обнаруживаются у ребенка с рождения: дети отличаются малым ростом и массой тела, у них бочкообразная грудная клетка, короткая и широкая шея, птоз (опущение верхнего века), высокое верхнее небо, низкое расположение ушей. Отмечаются частые дефекты развития внутренних органов. Во взрослом возрасте рост таких женщин не превышает 140см. Резко выражены признаки полового недоразвития – вторичные половые признаки и молочные железы отсутствуют, влагалище и матка недоразвиты, очень низкая экскреция эстрогенов с резким увеличением содержания в крови гормонов гипофиза. Яичниковая аменорея. «Чистая» форма дисгенезии гонад представляет собой синдром, выражающийся в резко выраженном недоразвитии половых органов и организма в целом, при этом другие аномалии характерные для синдрома Шерешевского – Тернера отсутствуют, Встречается намного реже предыдущего заболевания. «Смешанная» форма дисгенезии гонад также встречается очень редко, характеризуется интерсексуальным (наличием и женских, и мужских признаков) строением наружных половых органов, наличием недоразвитых матки и влагалища. На месте яичников при такой патологии с одной стороны располагается – рудиментарный яичник, а с другой – яичко. Часто у таких больных развиваются опухоли половых желез. При половом созревании преобладают признаки, характерные для мужского фенотипа. Лечение дисгенезии гонад представляет собой трудную задачу и зависит от возраста больной и формы заболевания. До полового созревания терапия направлена на увеличение роста больной (при синдроме Шерешевского – Тернера), что достигается применением гормональной терапии. Во взрослом возрасте терапия направлена на развитие вторичных половых признаков, в этой ситуации применяются половые гормоны (эстрогены). При смешанной форме дисгенезии половых желез еще до полового созревания необходимо оперативное лечение с пластикой половых органов. Опухоли яичников удаляются хирургическим путем с последующим гормональным лечением. Однако следует отметить, что терапия строго индивидуальна и подбирается эндокринологом и гинекологом совместно. Кроме дисгенезии гонад, к врожденной патологии яичников относятся синдром тестикулярной феминизации – ложный мужской гермафродитизм, женские черты при генетически мужском кариотипе. Заболевание связывают с генетическим дефектом, который вызывает снижение чувствительности рецепторов половых и других органов к андрогенным гормонам (отвечающим за развитие мужских половых признаков).  Другая врожденная яичниковая аномалия – синдром Мориса. У больных при этом типично женское телосложение с развитыми молочными железами. Характерно незначительное половое оволосение или его полное отсутствие. В свою очередь при неполном синдроме – мужской тип телосложения с увеличением клитора и отсутствием молочных желез. Лечение синдрома тестикулярной феминизации проводится только при неполной форме: оперативная кастрация с последующей терапией половыми гормонами (эстрогенами) и пластикой половых органов.  Яичниковая аменорея при недостаточной выработке половых гормонов может быть связана не только с генетическими нарушениями, но и с повреждением ткани яичников в детстве или даже во внутриутробном периоде (вследствие хронической интоксикации матери, инфекционных заболеваний детского возраста). В этом случае в период полового созревания наряду с отсутствием менструаций отмечается отсутствие вторичных половых признаков. Матка у таких женщин маленькая, влагалище узкое, большие и малые половые губы недоразвиты. Появление нарушений в структуре яичников возникает после полового созревания, чаще в результате перенесенных инфекционно воспалительных заболеваний или хронических интоксикаций, опухолей яичника, склеротических и кистозных изменений в структуре яичника. В таких случаях аменорея вторичная, а менструальная функция угасает постепенно. Также постепенно отмечается уменьшение размеров половых органов и молочных желез. Плюс ко всему в связи с пониженной функцией яичников отмечаются нервные расстройства. Такие же расстройства обычно сопровождают климакс – приливы жара, головокружение, ознобы, повышение сердцебиения, раздражительность, плаксивость и т.д. Лечение при развившейся в детском возрасте яичниковой аменорее надо начинать до периода полового созревания. Заключается это лечение в заместительной гормональной терапии в течение 1–2 лет. Кроме гормональной терапии, при сниженной функции яичников у девушек рекомендуются физиотерапевтические методы лечения: эндоназальный электрофорез с кальцием и вибрационный массаж паравертебральных точек пояснично-крестцового отдела. Сочетание данной терапии с диетой (при ожирении) и возможным устранением факторов, влияющих на снижение функции яичников, оказывает несравненно больший результат. Очень редко встречается нарушение менструальной функции (аменорея) с повышенной секрецией гормонов яичником, связанной с длительной продукцией гормонов фолликулом. Лечение гормональное (прогестероном).  **Вторичная яичниковая аменорея:**  1. Преждевременная яичниковая недостаточность (ранний климакс) развивается в 30-35 лет у женщин, ранее имевших нормальную менструальную функцию. Причина возникновения окончательно не известна. Считается, что определенная роль принадлежит инфекции, интоксикациям в детском и пубертатном возрасте. На фоне постепенного прекращения менструации в возрасте до 38 лет отмечается появление приливов, повышенной потливости, слабости, повышенной утомляемости, учащенного сердцебиения и других вегетативных нарушений. По результатам УЗИ выявляются уменьшение размеров матки и яичников, пониженное содержание эстрогенов в крови, повышенное — гонадотропных гормонов. Лечение: циклическая заместительная гормональная терапия.  Склерокистозные яичники, или синдром Штейна — Левенталя, характеризуется нарушением стероидогенеза в яичниках вследствие неполноценности энзимных систем. Клинически это проявляется аменореей или ациклическим кровотечением у больных с ожирением, бесплодием, гирсутизмом и двусторонним увеличением яичников при наличии правильного женского телосложения и хорошо развитых вторичных половых признаков. В склерокистозных яичниках происходит мощное развитие соединительной ткани в корковом и мозговом слоях, а также склероз стенок сосудов и гиперплазия элементов текаткани наряду с увеличением кистозно атрезирующихся фолликулов, что приводит к утолщению белочной оболочки в 8—10 раз. Эти изменения обусловливают ановуляцию.Гормональноактивные опухоли яичника в виде адренобластомы, липоидоклеточных опухолей и опухоли из гилюсных клеток могут вызывать аменорею в связи с тем, что они в большом количестве синтезируют тестостерон, который блокирует гонадотропную функцию гипофиза. Характерной особенностью является наступление аменореи у тех женщин, у которых до этого был нормальный менструальный цикл, на фоне внезапно появившейся дефеминизации и затем быстро прогрессирующей маскулинизации. Экскреция 17-кетостероидов, тестостерона и дегидроэпиандростерона, как правило, повышена. Кроме того, в яичниках из недифференцированных половых клеток может развиться дисгерминома. Не являясь гормональноактивной, опухоль возникает у инфантильных девушек, быстро достигает больших размеров, вызывая аменорею, боли в животе, асцит. Новообразование, как правило, злокачественное, очень чувствительное к рентгенотерапии  Аменорея, возникающая в результате повреждения яичников ионизирующим облучением.  Посткастрационный синдром.  **Маточная форма**  1. Туберкулезный эндометрит приводит к разрушению эндометрия, образованию обширных синехий. Лечение — противотуберкулезными препаратами.  2. Травматическая аменорея (синдром Ашермана) — повреждение эндометрия в результате грубых выскабливаний стенок матки при аборте, после родов, при консервативной миомэктомии. Отмечаются аменорея, бесплодие, может возникнуть ранний климакс.  Лечение: противовоспалительная, рассасывающая терапия, при необходимости назначается хирургическое лечение.  3. Атрезия внутреннего зева — как порок развития. Следствием является развитие гематометры.  Лечение: спазмолитическая терапия, оперативное лечение (расширение внутреннего зева).  4. Ампутация или экстирпация матки. |

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1). Клинические формы нарушений менструальной функции.

2). Аменорея первичная, вторичная.

3). Формы первичной яичниковой аменореи.

4). Обследование пациенток с аменореей.

5). Вторичная яичниковая аменорея. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

6). Синдром Шерешевского-Тернера. Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

7). Причины маточной формы аменореи. Клиника. Лечение.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Что такое меноррагия?

А) Регулярные обильные менструации длительностью более 7 дней

Б) Нерегулярные менструации

В) Отсутствие менструации

Г) Болезненные менструации

Д) Редкие менструации, наступающие через 37 дней и более

2.Пациентки с физиологической аменореей нуждаются в

А)индукции овуляции

Б)циклической витаминотерапии

В)циклической гормонотерапии

Г)психотерапии

Д)в лечении не нуждаются

3.Что такое аменорея?

## А) Короткие менструации

Б)Редкие менструации

В)Скудные менструации

Г)Отсутствие менструаций

Д)Болезненные менструации

4. Для клиники синдрома Шерешевского-Тернера характерно все, кроме

А)низкого роста

Б)гипоплазии наружных половых органов

В)первичной аменореи

Г)рецидивирующих маточных кровотечений

Д)крыловидных складок кожи на шее

5. Что такое персистенция фолликула?

## А)Отсутствие овуляции

Б)Длительное существование зрелого фолликула

В)Длительное существование желтого тела

Г)Начало развития фолликула

Д)Разрыв зрелого фолликула

6. Диагноз синдрома поликистозных яичников ставится на основании следующих признаков

А)клинические, включая гормональные данные

Б)ультразвуковые

В)лапароскопические

Г)патоморфологические

Д)нет верного ответа

7.Прогестеронова проба при аменорее позволяет оценить

А)функцию желтого тела

Б)концентрацию в крови ФСГ и ЛГ.

В)наличие или отсутствия эндометрия в полости матки

Г)уровень эстрогенной насыщенности

Д) нет верного ответа

8.Важнейшими элементами патогенеза ПКЯ являются

А)нарушение секреции релизинг-гормона ЛГ в гипоталамусе

Б)нарушение выделения в гипофизе гонадотропных гормонов

В)нарушение фолликулогенеза и стероидогенеза в яичниках

Г)избыточное образование андрогенов в яичниках

Д) нет верного ответа

9.Причинами хронической ановуляции и аменореи являются

А)повышение уровня пролактина

Б)нарушение секреции андрогенов

В)гипоталамо-гипофизарная недостаточность или дисфункция

Г)синдром резистентных яичников

Д)все перечисленное в пунктах А), Б), В), Г)

10.При нормопонирующем двуфазном менструальном цикле симптом арборизации цервикальной слизи (+ - -) соответствует

А) 4-му дню менструального цикла

Б) 7-му дню менструального цикла

В) 10-му дню менструального цикла

Г) 13-му дню менструального цикла

Д) 16-му дню менструального цикла

**Ответы на тесты:**

1)а

2)д

3)г

4)г

5)б

6)г

7)в

8)в

9)д

10)а

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача № 1**

У пациентки Д., 44 лет, через 2 недели после операции экстирпации матки с придатками по поводу распространенного наружно-внутреннего эндометриоза появились жалобы на слабость, частые смены настроения, приливы жара до 20 раз в сутки, плохой сон, подавленное настроение. Обратилась к гинекологу в ж/к..

Соматические заболевания в анамнезе отрицает. При гинекологическом осмотре: наружные гениталии без особенностей. Влагалище в виде слепого мешка, слизистая влагалища без воспалительных явлений. Матка и придатки отсутствуют. Инфильтратов нет. Выделения слизистые, очень скудные.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?
2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?
3. Необходимо ли дополнительное обследование?
4. Лечение?
5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Посткастрационный синдром.
2. С заболеваниями щитовидной железы, психическими заболеваниями.
3. УЗИ щитовидной железы, пальпация молочных желез и маммография, определение уровня глюкозы, липопротеидов, ФСГ, ТТГ, Т3, Т4, Е2; коагулограмма, консультация эндокринолога.
4. При отсутствии противопоказаний – назначение ЗГТ комбинированными эстроген-гестагеновыми препаратами.
5. При условии применения ЗГТ прогноз благоприятный. Профилактика заключается в своевременной диагностике и адекватной терапии заболеваний, приводящих к гистерэктомии с придатками. В случае удаления придатков в репродуктивном возрасте после операции показано проведение ЗГТ (при отсутствии противопоказаний).

**Задача №** **2**

Женщина, 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу задержки менструаций на 6 месяцев, которые до этого были регулярными.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4) Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**Эталон ответа:**

1) Аменорея II

2) Начать обследовать: тест на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, кон сультация окулиста, невропатолога, терапевта, исследование «полей зрения», снимок «турецкого седла», исследование на гормоны

3) Да, в зависимости от выявленной причины

4) Беременность

5) При выявлении гормонопродуцирующих опухолей яичников.

**Задача № 3**

На приемк врачу обратилась девочка в возрасте 12 лет, с жалобами на распирающие боли внизу живота, головокружение, слабость. Оволосение по женскому типу, вход во влагалище закрыт  
тонкой перегородкой, через которую просвечивается гемолизированная кровь.

1) Диагноз?

2) Тактика врача?

3) Будет ли необходимо лечение

4) Дифференциальный диагноз

5) необходимо ли хирургическое лечение?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I. Перегородка влагалища.
2. Обследование, госпитализация в гинекологическое отделение. Хирургическое лечение.
3. Да
4. Другие причины аменореи
5. Да

**Задача № 4**

В женскую консультацию обратилась больная 24 лет с жалобами на отсутствие месячных в течение 7 месяцев, повышенный рост волос на лице и туловище, бесплодие. Менструации с 16 лет, нерегулярные, по 3 - 4 дня, безболезненные, скудные. Последняя менструация 7 месяцев назад. Половая жизнь с 22 лет, в браке. Беременностей – 0, от беременности не предохранялась. Больная повышенного питания. На лице, бёдрах, по белой линии живота усиленный рост волос.

Наружные половые органы развиты правильно.

Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения серозные.

Тело матки нормальной величины, плотное, безболезненное, подвижное. В области придатков с обеих сторон определяются увеличенные, плотные яичники. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Каков прогноз течения заболевания и профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Гиперандрогения
2. Гормон продуцирующей опухолью надпочечников
3. Да
4. Гормонально лечение
5. Прогноз благоприятный

**Задача № 5**

Больная 18 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на отсутствие менструаций. Родилась недоношенным ребёнком с массой 1500 кг. Менструации не было ни одного раза. Половой жизнью не живёт.

Больная ростом 152 см., диспропорционального телосложения, грудная клетка бочкообразной формы, деформация ушных раковин, низкий рост волос, крыловидная складка на шее. Молочные железы не развиты, рост волос на лобке и в подмышечных впадинах скудный. Живот мягкий, безболезненный.

Тело матки рудиментарное 1,5 х 1,0 см., плотное, придатки не определяются.

1. Предположительная причина возникших у пациентки симптомов?

2. С чем необходимо производить дифференциальный диагноз?

3. Необходимо ли дополнительное обследование?

4. Лечение?

5. Необходимо ли хирургическое лечение?

**Эталон ответа:**

1. Синдром Шерешевского – Тернера
2. С аменорей других генезов
3. Да
4. Гормональное лечение
5. Нет

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1) Перечислить ТФД (тесты функциональной диагностики).

2) О чём свидетельствует феномен «зрачка» **(+ + +)** на 38 день менструального цикла?

3) Методика проведения ТФД «Кристаллизация слизи из цервикального канала».

4) Оценить ТФД «Кристаллизация слизи из цервикального канала».

5) Для чего используют феномен «папоротника»?

6) Методика проведения ТФД «Измерение базальной температуры».

7) Оценить график базальной температуры.

8) Оценить менструальный календарь.

9) Оценить результат анализа мочи на β-ХГ.

**1.Занятие № 17**

**Тема: «АМК. Определение, классификация, этиология. Клиника, диагностика, выбор лечебной тактики».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4.Значение темы:**

Актуальность изучения этой темы обусловлена высокой частотой этой патологии среди всех гинекологических заболеваний. Перед гинекологом часто встает задача диагностирования и лечения аномального маточного кровотечения (АМК). Жалобы на АМК составляют более трети всех предъявляемых при визите к гинекологу. Тот факт, что половиной показаний к гистерэктомии в Соединенных Штатах бывает АМК, указывает на то, какой серьезной может быть эта проблема.

Невозможность обнаружить какую-либо гистологическую патологию в 20% удаленных при гистерэктомии образцах свидетельствует о том, что причиной таких кровотечений могут стать потенциально излечимые гормональные или соматические состояния.

В репродуктивном возрасте АМК составляет 10 - 30%, в перименопаузе достигает 50%. АМК являются одной из основных причин железодефицитных анемий, снижают работоспособность и качество жизни женщин. АМК занимают 2-е место среди причин госпитализации женщин в гинекологические стационары, служат показанием для 2/3 производимых гистерэктомий и аблаций эндометрия.

Каждый гинеколог должен стремиться найти наиболее подходящий, экономически оправданный и успешный метод лечения АМК. Точная диагностика и адекватное лечение зависят от знания самых вероятных причин этой патологии.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам аномальных маточных кровотечений, их диагностики, лечению, профилактики.

УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.

**- учебная:**

знать основные виды аномальных маточных кровотечений, диагностические и лечебные мероприятия

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторных и инструментальных обследований

владеть консервативными и хирургическими методами лечения.

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения. Операционная гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**

* + - 1. Таблицы со схемой выполнения лечебно-диагностического выскабливания и гистероскопии
      2. Слайды по классификации АМК
      3. Ультразвуковые снимки
      4. Учебные видеофильмы

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 255 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) в смотровом кабинете: демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования.  г) в операционной: демонстрация куратором практических навык диагностической и хирургической гистероскопии, различных методик биопсии эндометрия, выскабливания слизистой матки |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 315 |  |

1. **Аннотация** (краткое содержание темы).

Аномальное[маточное кровотечение](https://meduniver.com/Medical/Neotlogka/431.html) (АМК) — обобщающий термин, служащий для описания маточных кровотечений, выходящих за пределы параметров нормальной менструации у женщин детородного возраста. К АМК не относят кровотечения, если их источник расположен ниже матки (например, кровотечения из влагалища и вульвы).

То, что понимают под нормальной менструацией, несколько субъективно, и часто отличается у разных женщин, а тем более в разных культурах. Несмотря на это, нормальной менструацией (эуменореей) считают маточное кровотечение длительностью 4–8 дней, общей кровопотерей от 40 до 80 мл и частотой каждые 24-38 дней. Общий объем кровопотери за период нормальной менструации составляет не более 80 мл, хотя точный объем сложно определить клинически из-за большого содержания в менструальных выделениях отторгнутого слоя эндометрия. Нормальная менструация не причиняет серьезных болевых ощущений и не требует от пациентки замены гигиенической прокладки или тампона чаще 1 раза в час. В нормальных менструальных выделениях отсутствуют видимые сгустки. Следовательно, АМК - любое маточное кровотечение, выходящее за рамки вышеизложенных параметров.

**Код(ы) МКБ-10:**N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации  
N92.0 Обильные, частые менструации при регулярном цикле  
N92.1 Обильные, частые менструации при нерегулярном цикле  
N92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде  
N92.3 Овуляторные кровотечения  
N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузальном периоде  
N92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций  
N92.6 Нерегулярные менструации неуточненные  
N 93 Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища  
N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища  
N93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное

Причины возникновения.

Причины АМК имеют возрастные особенности.  У молодых девушек АМК чаще связаны с наследственными нарушениями системы гемостаза и инфекциями. Приблизительно 20% подростков и 10% женщин репродуктивного возраста с обильными менструациями  имеют  заболевания крови (коагулопатии), такие как болезнь Виллебранда, тромбоцитопения, реже острую лейкемию, а также заболевания печени. В репродуктивном возрасте среди причин АМК можно выделить органические нарушения эндо- и миометрия (субмукозная миома матки, аденомиоз, полипы, гиперплазия и рак эндометрия), а также неорганическая патология (нарушения свертывающей системы крови, внутриматочные устройства, хронический эндометрит, овуляторная дисфункция, прием лекарственных препаратов - некоторые антибиотики, антидепрессанты, тамоксифен, кортикостероиды). Во многих случаях причиной являются эндокринопатии и нервно-психическое напряжение (например, синдром поликистозных яичников, гипотиреоз, гиперпролактинемия, ожирение, анорексия, резкая потеря веса или экстремальные спортивные тренировки). Кровотечения «прорыва» на фоне приема гормональных препаратов чаще наблюдаются у курящих женщин, что связывают со снижением уровней  стероидов в кровотоке из-за усиления их  метаболизма в печени. В перименопаузе АМК возникают на фоне ановуляции и различной органической патологии матки. С возрастом увеличивается вероятность злокачественных поражений эндо- и миометрия.

В 2010 г. Международной федерацией гинекологов и акушеров (FIGO) предложено принять в качестве формального соглашения следующую номенклатуру причин АМК "PALM-COEIN": полип, аденомиоз, лейомиома, малигнизация, гиперплазия-коагулопатия, нарушение овуляции, нарушения в структуре эндометрия, ятрогенные причины, а также неклассифицируемые  причины в том случае, если конкретный диагноз не установлен после стандартного исследования.

В классификационной системе представлены 9 основных категорий в виде следующих аббревиатур:  
polyp (полип) (АМК-Р);  
adenomyosis (аденомиоз) (АМК-А);  
leiomyoma (лейомиома) (AМК-L);  
malignancy (малигнизация) и hyperplasia (гиперплазия) (AМК-М)- группа РАLM;  
coagulopathy (коагулопатия) (АМК-С);  
ovulatory dysfunction (овуляторная дисфункция) (AМК-O);  
endometrial (эндометриальное) (AМК-E);  
iatrogenic (ятрогенное) (AМК-I);  
not yet classified (еще не классифицировано) (AМК-N)- группа категорий COEIN .

Клинические проявления.

В зависимости от характера нарушений выделяют различные симптомы АМК:

– нерегулярные, длительные маточные кровотечения   (менометроррагии);

– чрезмерные (более 80 мл) или длительные менструации (более 8 дней) с регулярным интервалом в 24–38 дней (обильные менструальные кровотечения (ОМК));

 – нерегулярные, межменструальные кровянистые выделения из матки, как правило (межменструальные кровотечения (ММК));

– частые менструации с интервалом менее 24 дней (полименорея)

Методы диагностики АМК:

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;  
- физикальное обследование: вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование;  
- трансвагинальное ультразвуковое исследование (ТВУЗИ) для оценки состояния полости матки и эндометрия – первая линия обследования (УД I,А).

 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- общий анализ крови (ОАК);

- определение содержания прогестерона ИФА методом (во вторую фазу цикла – за 7 дней до предполагаемой менструации или на 21-23 день цикла у женщин с регулярным циклом для определения овуляторного или ановуляторного цикла);

- коагулология: исследование агрегации тромбоцитов, определение волчаночного антикоагулянта в плазме крови, определение АЧТВ в плазме крови, определение количества Д-димера в плазме крови (у женщин с анамнезом тяжелых менструальных кровотечений после начала менархе или при наличии личного или семейного анамнеза АМК);

- МРТ малого таза (пороки развития матки);

- гистероскопия для оценки состояния полости матки, эндометрия, миометрия (УД I, А);

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- сбор жалоб, анамнеза;

- физикальное обследование (вес/индекс массы тела, пальпация щитовидной железы, осмотр кожи, пальпация живота, гинекологическое исследование);

- ОАК (6 параметров);

- ОАМ;

- коагулограмма (ПВ, фибриноген, АЧТВ, МНО);

- биохимический анализ крови (общий белок, АлАТ, АсАТ, глюкоза, общий билирубин);

- определение группы крови по системе ABO цоликлонами;

- определение резус-фактора крови;

- реакция Вассермана в сыворотке крови;

- определение антигена p24 ВИЧ в сыворотке крови ИФА-методом;

- определение HbeAg вируса гепатита В в сыворотке крови ИФА-методом;

- определение суммарных антител к вирусу гепатита C в сыворотке крови ИФА-методом;

- ТВУЗИ органов малого таза;

- ЭКГ.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- гистероскопия (у женщин с АМК при подозрении на полип эндометрия, гиперплазию эндометрия, на субмукозный миоматозный узел);

- диагностическое выскабливание полости матки (эндометрия) под контролем гистероскопа (УД II-2A) с последующим гистологическим исследованием биоптата, показана женщинам:

старше 40 лет с АМК; при отсутствии эффекта медикаментозной терапии АМК; молодым женщинам АМК с факторами риска рака эндометрия (УД II-2A); у женщин с редкими менструациями и ановуляторными циклами; у женщин с АМК с семейным риском неполипозного рака толстой или прямой кишки; у женщин с персистирующей АМК неясного генеза, по поводу которого было принято безуспешное лечение;

- МРТ малого таза:

миома матки (перед проведением терапевтической эмболизации сосудов миомы матки); пороки развития матки.  
Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи:

- изучение жалоб и анамнеза;

- физикальное обследование (оценка дыхания, АД, пульса, осмотр и пальпация живота).

Диагностические критерии:   
Жалобы:

- нарушение менструального цикла – отсутствие менструаций, редкие менструации, нерегулярные менструации, обильные менструации, скудные менструации, длительные менструации, короткие менструации, менструации периодически усиливаются, периодически уменьшаются, редкие светлые промежутки; кровотечение из половых путей, вызывающее слабость.

Анамнез:

- нарушение менструального цикла с менархе (ювенильные кровотечения) признак дисфункции яичников (АМК-О);

- нарушение менструального цикла после медицинского аборта или других внутриматочных манипуляций может свидетельствовать о наличии синехий, хроническом эндометрите, т.е. эндометриальном факторе (АМК-Э);

- дисменорея, коричневые выделения из половых путей за 1-2 дня до менструации признак аденомиоза (АМК-А);

- нарушение менструального цикла после приема гормональных контрацептивов признак ятрогенного фактора (AМК-I);

- в анамнезе тяжелые кровотечения, начиная с менархе, послеродовые кровотечения или кровоизлияния в результате удаления зубов; проявления других кровотечений или при нарушениях коагуляции в семейном анамнезе признак коагулопатического кровотечения (АМК-С).

Физикальное обследование  
Осмотр кожных покровов:

- бледность кожных покровов и слизистых оболочек (признак анемии);

- синяки, петехии (признаки коагулопатии);

- стрии, гирсутизм (признаки гормональных нарушений);

- ИМТ (наличие дефицита веса или ожирения);

- пальпация живота (гепатоспленомегалия при коагулопатии);

- вагинальное исследование (при миоме матке – матка увеличена, бугристая, либо пальпируются узлы; при эндометриозе – ретропозиция матки, ограничение ее подвижности, чувствительность при движении за шейку матки, увеличение матки перед менструациями, ассиметрия матки);

- осмотр в зеркалах (при АМК шейка чистая).  
Лабораторные исследования  
Общий анализ крови: снижение гемоглобина.  
Определение содержания прогестерона – снижение прогестерона свидетельствует о ановуляторном цикле (АМК-О).  
Исследования нарушений свертывания крови – повышенная агрегация тромбоцитов, положительные волчаночные антитела, возрастание показателей АЧТВ, возрастание Д-димера – признаки коагулопатии (АМК-К).

Инструментальные исследования:   
ТВУЗИ: наличие полипов эндометрия/цервикального канала, субмукозной лейомиомы, аденомиоза, гиперплазии эндометрия;  
Гистероскопия: наличие подслизистого миоматозного узла, либо полипа, либо синехий, либо гиперплазии;  
МРТ органов малого таза: наличие узлов и их расположение (субсерозный, интрамуральный с центропитальным или центробежным ростом), пороки развития матки.  
Показания для консультации специалистов:

- консультация онколога (при выявлении атипической гиперплазии);

- консультация гематолога (при выявлении коагулопатии).

Методы  лечения АМК.

Лечение АМК осуществляется на основании современных международных и российских клинических рекомендаций. Принципы терапии  АМК преследуют 2 основные цели: остановку кровотечения и профилактику его рецидивов. В каждом конкретном случае при назначении медикаментозной терапии  учитываются не только эффективность препаратов, но и возможные побочные эффекты, возраст женщины, заинтересованность в беременности или контрацепции. При АМК, не связанных с органической патологией,  используются нехирургические методы лечения (негормональные и гормональные препараты).

Согласно рекомендациям NICE (2007), для медикаментозного лечения маточных кровотечений используются:

- ЛНГ – ВМС для длительного лечения (УД I, A), транексамовая кислота (УД I,А) или НПВС (УД I,А), КОК (УД II-1,В);

- норэтистерон (15 мг) с 5-го по 26-й день менструального цикла или прогестагены длительного действия (УД II-2,B);

- АМК – А – аденомиоз. Медикаментозное лечение: прогестагены (ДНГ, ЛНГ- ВМС), КОК в непрерывном режиме, аГнРГ ;

- АМК – L – лейомиома. Лечение планируется на основе размеров, количества и расположения узлов на основе УЗИ . Медикаментозное лечение АМК – L – лейомиома при 2,3 – 7 типе миомы: транексамовая кислота, ингибиторы ЦОГ, КОК, прогестагены в непрерывном режиме;

- АМК – М: при гиперплазии эндометрия без атипий – прогестагены

- Негормональные препараты, такие как НПВП и антифибринолитики, могут эффективно применяться для лечения тяжелых менструальных кровотечений, которые являются циклическими или предсказуемыми во времени (УД I-А);

- КОК, ДМПА и ЛНГ-ВМС значительно уменьшают менструальные кровотечения и должны быть использованы для лечения женщин с АМК, желающих получить эффективную контрацепцию (УД I-А);

- Циклические прогестины, принимаемые в лютеиновой фазе, не эффективно уменьшают кровопотерю и, следовательно, не должны использоваться в качестве специфического лечения тяжелых менструальных кровотечений (УД I-Е);

- Даназол и агонисты ГнРГ эффективно уменьшают менструальные кровотечения и могут быть использованы в случаях, когда другие медицинские или хирургические методы лечения потерпели неудачу или противопоказаны (УД I-C).

Пациентки, принимающие агонисты ГнРГ в течение более 6 месяцев, должны дополнительно получать гормональную терапию возврата, если только она уже не была назначена с момента начала приема агонистов.

При наличии органической патологии (аденомиоз, миома матки, полипы эндометрия, атипическая гиперплазия эндометрия) могут применяться хирургические методики лечения.

Хирургические методы лечения АМК включают:

- выскабливание полости (слизистой) матки;

- полипэктомия (удаление полипа матки с помощью гистероскопа);

- гистерорезектоскопия;

- миомэктомия;

- гистерэктомия;

- аблацию эндометрия.

Показания к хирургическому лечению женщин с АМК:

- неэффективность медикаментозной терапии;

- невозможность применения лекарственной терапии (из-за побочных эффектов, противопоказаний);

- выраженная анемия;

- сопутствующая патология матки (миома матки больших размеров, гиперплазия эндометрия).

Рекомендуемый объем хирургического лечения согласно классификационной системе PALM-COEIN:

- полипэктомия: АМК – Р (показание: полипы);

- гистерорезектоскопия: (показания: АМК – L – лейомиома при 0,1,2 типе миoмы (УД I-2, B);

- эмболизация маточных артерий (показания: АМК – L лейомиома 2 – 7 типов (УД I-2, B);

- аблация эндометрия (показание: АМК – L (УД I-2, B);

- гистерэктомия (показание: гистологически подтвержденный рака эндометрия (УД I,A).

Дальнейшее ведение:

- осмотр акушера-гинеколога один раз в 6 месяцев.

- УЗИ исследование один раз в 6-12 месяцев.

Проведение в целях профилактики рецидива кровотечения длительной гормонотерапии (в зависимости от причины кровотечения).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1). Параметры нормального менструального цикла. Клинические формы нарушений менструальной функции.

2). Классификация АМК

3). Этиология АМК (в соответствии с классификацией PALM-COEIN)

4). Возможные причины АМК по типу обильных менструальных кровотечений

5). Возможные причины АМК по типу межменструальных кровотечений

6). Методы обследования больных с АМК при подозрении на внутриматочную патологию

7). Методики обследование пациенток с АМК при подозрении на нарушение овуляции

8). Инструментальные методы обследования больных при АМК

9). Методики обследования больных с ОМК

10). Лечение больных с полипами эндометрия

11). Методы консервативного лечения АМК

12). Методы хирургического лечения АМК

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1.Что такое АНОМАЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ?

1. маточное кровотечение, првышающее параметры нормального менструального цикла по длительности, частоте или объему кровотечения
2. Нерегулярные и очень обильные менструации
3. Отсутствие менструации
4. Болезненные менструации
5. Редкие менструации, наступающие через 36 дней и более

2. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТ:

а) окситоцин

б) КОК,

б) агонисты гонадолиберина,

в) настойку пустырника,

г) метилтестостерон,

д) все перечисленное верно

3. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЮТСЯ:

а) тяжелое состояние больной, анемия III степени,

б) тяжелое заболевание печени,

в) ревматизм, активная фаза,

г) подозрение на выраженную патологию эндометрия по УЗИ,

д) верно все перечисленное.

1. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОСТАНОВКИ ОСТРОГО АМК У БОЛЬНОЙ В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) экстирпации матки,

б) выскабливание слизистой матки,

в) гормональный гемостаз,

г) назначение утеротоников,

д) все ответы правильные.

1. МЕТОДОМ ВЫБОРА ОСТАНОВКИ ОСТРОГО АМК У БОЛЬНОЙ ПЕРИОДА МЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) экстирпации матки,

б) выскабливание слизистой матки,

в) гормональный гемостаз,

г) назначение утеротоников,

д) эмболизация маточных артерий

6. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ АМК ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА:

а) полипы эндометрия,

б) гипотиреоз,

в) воспалительные заболевания органов малого таза,

г) овуляторная дисфункция,

д) болезнь Виллебранда.

7. КАКАЯ ВНУТРИМАТОЧНАЯ ПАТОЛОГИЯ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ АМК?

а) миома матки

б) полипы эндометрия,

в) аденомиоз

г) рак эндометрия

д) все перечисленное верно

8. КАКИЕ ВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИМЕНЯЮТСЯ ПРИ АМК?

а) Зондирование матки

б) Цитологическое исследование аспирата из полости матки

в) Ультразвуковое исследование

г) Лапароскопия

д) Общий анализ крови

9.Морфологическая характеристика эндометрия при длительной персистенции фолликула?

1. Атрофический эндометрий
2. Ранняя пролиферативная фаза эндометрия
3. Секреторная фаза эндометрия
4. Железистая гиперплазия эндометрия
5. Все перечисленное

10. Какая лечебно-диагностическая операция производится при кровотечении в ПОСТМЕНОПАУЗЕ?

1. Гистеросальпингография
2. Лапароскопия
3. Выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба
4. Тотальная гистерэктомия с придатками с последующим гистологическим исследованием удалённого препарата
5. Сальпингоовариэктомия

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-а | 6-г |
| 2-б | 7-д |
| 3-д | 8-в |
| 4-в | 9-г |
| 5-б | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача № 1**

Больная И. 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровотечение из половых путей. Менструации с 14 лет, установились сразу по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация была 2 месяца назад. В течение последнего года месячные приходят через 2-3 месяца. Половая жизнь с 20 лет, брак первый, родов 2, абортов 2 без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 уд/мин, А/Д-115/75 мм.рт.ст. Правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожа и слизистые бледные. Со стороны внутренних органов патологии нет. Осмотр в зеркалах: Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии,наружный зев щелевидын, из матки - обильные кровянистые выделения.

Вагинально: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка немного больше нормы, округлой формы, в нормальном положении, плотной консистенции, безболезненная. Придатки не пальпируются, своды свободные. Выделения из шейки матки обильные.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Тактика врача женской консультации?
4. План обследования больной в условиях стационара?
5. Лечение?

**Эталон ответа:**

1. Аномальное маточное кровотечение перименопаузального периода.
2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Внематочная беременность.
3. Направить больную в гинекологический стационар.
4. Сбор анамнеза и гинекологический осмотр, лабораторные методы (общий и биохимический анализы крови, анализ крови на ХГЧ), УЗИ органов малого таза.
5. При подозрении на внутриматочную патологию - проведение гистероскопии с возможным выскабливания стенок матки (или биопсии эндометрия) и последующим гистологическим исследованием соскоба.

**Задача №** **2**

У девушки 16 лет обильные, со сгустками, регулярные менструации через 28 дней по 8-10 дней, безболезненные. Жалуется на слабость, головокружение. В анамнезе носовые кровотечения с раннего детского возраста. Менархе в 13 лет. Обследована на 7-ой день маточного кровотечения. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 82 удара в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст., гемоглобин 90 г/л. Живот мягкий, безболезненный. Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, девственная плева цела. При ректо-абдоминальном исследовании: матка нормальных размеров, безболезненная; придатки матки с обеих сторон не увеличены, выделения из половых путей кровянистые, обильные.

1.Предполагаемый диагноз?

2.Составьте план обследования больной.

3.С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?

4.Какова лечебная тактика?

5. Методом выбора остановки острого АМК у девушек-подростков является?

**Эталон ответа:**

1. Хронические АМК по типу ОМК, не исключается на фоне врожденного заболевания крови. Постгеморрагическая анемия I степени.
2. Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови (ХГЧ, ТТГ), УЗИ органов малого таза, консультация невропатолога, гематолога, педиатра.
3. Необходимо исключить беременность, органическую патологию органов малого таза, травмы половых органов
4. Диагностика и лечение заболевания крови, во время месячных - прием гемостатических препаратов, при отсутствии противопоказаний возможно назначение КОК.
5. Гормональный гемостаз на фоне гемостатических препаратов.

**Задача №** **3**

У пациентки 55 лет с ожирением и сахарным диабетом на фоне постменопаузы (постменопауза в течение 5 лет) неожиданно появились кровянистые выделения из половых путей. Больная доставлена в гинекологический стационар. При гинекологическом осмотре выявлено: в зеркалах – слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений. Шейка матки без видимой патологии. Выделения из матки кровянистые в умеренном количестве без сгустков. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, зев закрыт. Тело матки нормальных размеров и консистенции, подвижно, безболезненно, грушевидной формы. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, безболезненные.

1. Предположительный диагноз?

2. Необходимое обследование больной для уточнения диагноза?

3. Какие гинекологические заболевания в данном возрасте могут сопровождаться маточным кровотечением?

4. Тактика врача гинекологического отделения по оказанию неотложной помощи?

5. От чего зависит дальнейшая тактика ведения больной?

**Эталон ответа:**

1.Маточное кровотечение в постменопаузе.

2.Общеклинические анализы крови и мочи, ЭКГ, УЗИ органов малого таза, мазки на атипические клетки с шейки матки.

3.Рак матки, рак шейки матки, гормонпродуцирующая опухоль яичника, полипы и гиперплазия эндометрия.

4.Проведение гистероскопии с обязательным фракционным лечебно-диагностическим выскабливаниемслизистой матки и гистологическим исследованием соскобов.

5.Отрезультата гистологического исследования соскобов.

**Задача № 4**

Больная 39 лет обратилась к гинекологу в женскую консультацию с жалобами на обильные длительные (около 10 дней) со сгустками и болезненные месячные, слабость. Из анамнеза: данные жалобы беспокоят больную около года. Менструации с 15 лет, установились через 6 месяцев, продолжительность менструального цикла 30 дней, месячные по 7-10 дней, обильные, болезненные (боли носят схваткообразный характер). Последняя менструация была около 10 дней назад. Половая жизнь с 24 лет, в браке. Беременность – 1, закончилась срочными родами. Контрацепция барьерная.

При осмотре: кожные покровы бледные. АД 115/70 мм. рт. ст., пульс 90 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки цилиндрической формы, зев щелевидный, выделения слизистые. Тело матки увеличено до 6-7 недель беременности, шаровидное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План необходимого дообследования?
4. Лечение при наличии субмукозной миомы матки?
5. Варианты лечения при аденомиозе

**Эталон ответа:**

1. Хронические аномальные маточные кровотечения по типу ОМК.
2. Миома матки, аденомиоз, беременность.
3. Общий и биохимический анализы крови, анализ крови на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, аспирационная биопсия эндометрия, жидкостная онкоцитология из шейки матки, кольпоскопия, при подозрении на внутриматочную патологию - гистероскопия.
4. проведение гистерорезектоскопии, миомэктомии
5. введение левоноргестрел-содержащей ВМС, назначение гестагенов или агионистов гонадолиберина. При отсутствии эффекта - оперативное лечение.

**Задача № 5**

Больная 43 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на обильные месячные и периодически возникающие межменструальные кровянистые выделения из половых путей. Вышеописанные жалобы беспокоят больную последние 6-8 месяцев.

Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились сразу, цикл 29-30 дней, месячные по 5 дней, обильные, иногда болезненные. в течение последних 3-х месяцев отметила появление необильных межменструальных кровянистых выделений. Последняя нормальная менструация была около 3-х недель назад. Половая жизнь с 25 лет. Беременностей – 3, 2 из них закончились срочными родами, 1 – медикаментозным абортом. Контрацепция - прерванный половой акт.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. АД 120/70 мм. рт. ст., пульс 80 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. В зеркалах: наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища и шейки матки без видимой патологии. Выделения на момент осмотра слизистые. Вагинально: тело матки нормальных размеров, плотное, безболезненное, подвижное. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. План обследования?
4. Лечение?
5. тактика при подозрении на полип эндометрия по УЗИ?

**Эталон ответа:**

1. хронические аномальные маточные кровотечения по типу ОМК и ММК.
2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Рак шейки матки. Подслизистая миома матки. прервавшаяся беременность.
3. Общий и биохимический анализы крови, анализ крови на ХГЧ, УЗИ органов малого таза, аспирационная биопсия эндометрия, жидкостная онкоцитология из шейки матки, кольпоскопия, при подозрении на внутриматочную патологию - гистероскопия.
4. Лечение зависит от результатов обследования.
5. необходимо проведение гистероскопии и полипэктомии с обязательным гистологическим исследованием удаленной ткани.

**12. Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. Произвести гинекологический осмотр, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные
2. Получить объективную информацию о заболевании
3. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания
4. Определить показания к госпитализации
5. Оценить тяжесть состояния больной
6. Выработать план ведения больной
7. Определить необходимость применения инструментальных и лабораторных методов исследования
8. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
9. Взятие мазков на онкоцитологию с шейки матки
10. Проведение и интерпретация данных "УЗИ у гинекологических и онкологических больных"
11. Зондирование полости матки
12. Выскабливание слизистой матки
13. Проведение гистероскопии
14. Взятие аспирационной и пайпель-биопсии эндометрия

**1.Занятие № 18**

**Тема: «Патология периода перименопаузы. Принципы ЗГТ (показания, противопоказания, Мониторинг)».**

**Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**2.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский.

**3.Значение темы**: Перименопауза – обязательный и естественный этап в жизни каждой женщины. Наступление которого с паническим ужасом ожидают большинство дам. Вызвано наступающим дефицитом женских половых гормонов, что сказывается на функционировании многих органов и систем. Использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ) позволяет женщине оставаться активной, бодрой и жизнерадостной, да же перешагнув «порог зрелости»! В России только около 1% дам применяют ЗГТ, на Западе – почти каждая четвертая!

**4. Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам диагностики патологии перименопаузы, принципах ЗГТ.

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать клинику, диагностику патологии перименопаузы, основные принципы ЗГТ

Обучающийся должен уметь: выявлять показания и противопоказания к ЗГТ

Обучающийся должен владеть: способностью назначать ЗГТ при патологии перименопаузы.

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**

* + - 1. Таблицы по классификациий патологии перименопаузы
      2. Таблицы, слайды попринципам ЗГТ

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 255 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 315 |  |

**8.Аннотация**.

Климактерический период (пременопаузальный) — от 45 лет до наступления менопаузы. Согласно гипотезе, выдвинутой в 1958 г. В. М. Дильманом и развитой в его последующих работах (1968—1983), в этот период наблюдается старение гипоталамуса, что проявляется повышением порога его чувствительности к эстрогенам, постепенным прекращением пульсирующего ритмичного синтеза и выделения ГТ-РГ. Нарушается меха­низм отрицательной обратной связи, увеличивается выделение гонадотропинов (повышение содержания ФСГ с 40 лет, ЛГ с 25 лет). Нарушения функции гипоталамуса усугубляют нарушения гонадотропной функции ги­пофиза, фолликуло- и стероидогенеза в яичниках. Увеличивается образова­ние в тканях мозга катехоламинов. Вероятно, происходят возрастные изме­нения в рецепторном аппарате — уменьшение эстрадиоловых рецепторов в гипоталамусе, гипофизе и тканях-мишенях. Нарушение передачи нервных импульсов связано с возрастными дегенеративными изменениями в окон­чаниях дофамин- и серотонинергических нейронов гипоталамуса и надгипоталамических структур. Ускоряется процесс гибели ооцитов и атрезии примордиальных фолликулов, уменьшается число слоев клеток гранулезы и тека-клеток. Уменьшение образования эстрадиола в яичниках нарушает ову-ляторный выброс ЛГ и ФСГ, не происходит овуляция, не образуется желтое тело. Постепенно снижается гормональная функция яичников и наступает менопауза.

Менопауза — это последняя менструация, которая в среднем насту­пает в возрасте 50,8 года. Постменопаузальный период начинается после менопаузы и длится до смерти женщины. В Постменопаузальный период уровень ЛГ возрастает в 3 раза, а ФСГ — в 14 раз по сравнению с секрецией в репро­дуктивный период. В глубокой постменопаузе уменьшается образование дофамина, серотонина, норадреналина. Основным путем синтеза эстрогенов становится внеяичниковый (из андрогенов), а основным эстрогеном стано­вится эстрон: 98% его образуется из андростендиона, секретирующегося в строме яичников. В дальнейшем только 30% эстрогенов образуется в яич­никах, а 70% —в надпочечниках. Через 5 лет после менопаузы в яичниках обнаруживаются единичные фолликулы; уменьшается масса яичников и матки. К 60 годам масса яичников уменьшается до 5,0 г, а объем до 3 см3 (в репродуктивном возрасте объем яичников в среднем равен 8,2 см ). Менопауза - естественный физиологический процесс угасания репродуктивной системы женщины, генетически предопределенный возрастным диапазоном » 50 лет. Постменопауза - классическое дефицитное состояние.

Гормональная характеристика перименопаузы

1. Генетически обусловленное снижение чувствительности гипоталамуса к эстрогенам

2. Прекращение цирхорального ритма синтеза люлиберина

3. Ановуляция

4. Развитие прогестерондефицитных состояний

5. Резкое повышение уровня гонадотропинов

6. Прогрессивное нарастание атрезии фолликулов

7. Дистрофия гранулезы

8. Экстрагландулярный путь образования эстрогенов - эстрон

9. Эстрогендефицитные состояния

Образ жизни и сохранение здоровья женщины в постменопаузе

1. Умеренные физические нагрузки,контроль веса.

2. Уменьшение потребления кофе, сахара, соли.

3. Регулярное употребление продуктов, богатых витаминами Д, Е, В, кальцием ( сыр, орехи. зеленые овощи, рыба, соя).

4. Отказ от вредных привычек: алкоголь, курение.

5. Регулярный умственный труд.

6. Контроль: АД, сахара крови, холестерина, глазного давления, степени минерализации кости: 50 лет и 70 лет.

Показания к заместительной гормональной терапии

1.Ранняя менопауза ( до 40 лет )

2.Длительные периоды вторичной аменореи

3.Первичноя аменорея

4.Искусственная менопауза

5.Ранние вазомоторные синдромы

6.Наличие урогенитальных расстройств

7.Риск остеопороза:

* Ранняя менопауза;
* Периоды олигоменореи
* Отсутствие ЗГТ в постменопаузе первые 5 лет
* Семейный анамнез
* Химиотерапия рака
* Сахарный диабет
* Длительное использование кортикостероидов
* Низкая масса тела ( до 60 кг )
* Европейская раса, светлая кожа
* Избыточные физические нагрузки
* Избыточное потребление мяса

Противопоказания к проведению ЗГТ

1. Рак молочной железы в анамнезе

2. Рак эндометрия в анамнезе

3. Тяжелая дисфункция печени

4. Эстрогензависимые опухоли в анамнезе

5. Острый тромбоз

6. Порфирия

7. Менингиома ( не показаны гестагены )

Особые обстоятельства при назначении ЗГТ

1. Миома матки

2. Эндометриоз

3. Мастопатия

4. Мигрень

5. Венозный тромбоз и эмболия в анамнезе

6. Рак яичников и шейки матки в анамнезе

6. Эпилепсия

7. Желчекаменная болезнь

8. Повышенный риск рака молочной железы

Особые показания для назначения парентеральной ЗГТ

1. Заболевания печени, поджелудочной железы

2. Тромбоэмболия в анамнезе

3. Мигрень

4. Врожденная гипертриглицеридемия

Не противопоказана ЗГТ

* Пролактинома
* Меланома
* Аденома печени
* Варикозное расширение вен
* Сахарный диабет
* Отосклероз
* Гипертония
* Гиперплазия эндометрия
* Серповидноклеточная анемия

Классификация урогенитальных расстройств

*легкая степень (16 %)* - атрофический вагинит, диспареуния, поллакиурия, никтурия, цисталгия

*средняя степень (80 %)* - легкая + стрессорная недержание мочи

*тяжелая степень (4 %)*- средняя + неудержание мочи при позыве

Стратегия заместительной гормональной терапии

*Краткосрочные показания к проведению ЗГТ ( лечение 2-3 года):*

Наличие проблем:

1. нейровегетативных,
2. психологических,
3. урогенитальных,
4. косметических

*Долговременные показания к проведению ЗГТ ( лечение 5-7 лет)*

Профилактика:

1. остеопороз
2. депрессия
3. болезнь Альцгеймера
4. рак толстого кишечника,
5. рак поперечно- ободочной кишки

*Профилактическое применение ЗГТ (без симптомов)*

1. Улучшение качества жизни при отсутствии противопоказаний к проведению ЗГТ

Выбор оптимального режима ЗГТ

*Условия выбора режима ЗГТ:*

1. Период жизни женщины (перименопауза или постменопауза )

2. Наличие интактной матки

*Режимы ЗГТ:*

1. Непрерывный 2. Циклический

Непрерывный режим - монотерапия эстрогенами, андрогенами, гестагенами или постоянная комбинация эстрогенов с гестагенами, андрогенами. Непрерывный комбинированный режим не дает пролиферацию эндометрия и МПР. Назначается в постменопаузе или при отсутствии матки. Обладает лучшим протективным эффектом на органы мишени: матка, молочные железы.

*Препараты*- комбинированные: ливиал\*, клиогест, паузогест, гинодиан - депо

монокомпонентные: эстрогены - прогинова, эстрафем, климара,премарин, овестин; гестагены - норколут, дюфастон, утрожестан

Циклический режим - постоянная доза эстрогена комбинируется с гестагенами в последние 10-12 дней приема с последующим 7 дневным перерывом. Вызывает пролиферацию эндометрия с последующей МПР. Назначается в перименопаузе при наличии интактной матки. Обладает некоторым стимулирующим эффектом на органы мишени (миома матки, мастопатия, эндометриоз).

*Препараты-* Дивина, Фемостон, Климен, Климонорм, Цикло-прогинова

Выбор оптимальной дозы эстрогенов

Перименопауза: эстрадиол - 2,0 мг; коньюгированные эстрогены 0,625 мг; накожные формы эстрадиола 0,05 мг

Показания к низкодозированной ЗГТ ( эстрадиол 1 мг ):

1. Возраст старше 65 лет;

2. Нормальная минерализация кости;

3. Сопутствующая миома матки, эндометриоз, мастопатия;

4. Перименопауза с ощущениями, подобными побочной реакции на эстрогены;

Динамический мониторинг в процессе ЗГТ

1. Сбор жалоб, анамнез, влагалищный осмотр;

2. Онкоцитология шеечногоэпителия (1 раз в год);

3. УЗИ органов малого таза (2 раза в год);

4. Маммография ( 1 раз в 2 года до 50 лет , 1 раз в год после 50 лет);

5. Коагулограмма ( 1раз в год);

6. Сахар крови, липиды (по показаниям).

Особенности ЗГТ при различных вариантах климактерического синдрома

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Формы климактерического синдрома | Рекомендуемые гормоны | | | |
|  | эстрогены | гестагены | андрогены | бромо  криптин |
| 1.Типичный вариант | +++ | + | ++ | - |
| 2.Атипичные вариан-  ты:  а)кризовая форма | - | - | - | +++ |
| б) климактерическая  кардиомиопатия | +++ | - | - | - |
| в) циклическая  форма | +++ | + | - | - |
| г) депрессия | +++ | - | + | +++ |

Общие принципы заместительной гормональной терапии

1. Использование только натуральных эстрогенов у пациенток старше 40 лет;
2. Использование натуральных гестагенов при риске сердечно-сосудистых заболеваний;
3. Комбинация эстрогенов с гестагенами при наличии интактной матки ( за исключением операций по поводу эндометриоза, рака эндометрия);
4. Терапия системными эстрогенами (эстрадиол, эстрон ) до 65 лет; терапия периферическими эстрогенами ( эстриол ) пожизненно;
5. При отмене ЗГТ дозу эстрогенов постепенно уменьшать, дозу гестагенов увеличивать

Препараты, используемые для ЗГТ

1. *Монокомпонентные:*

***эстрогены***

эстриола сукцинат (овестин)

эстрадиол (прогинова, менорест, эстрожель, климара, дивигель)

эстрон (коньюгированные эстрогены, фолликулин)

1. *Комбинированные прапараты*

*монофазные* (эстрогены+прогестагены): клиогест, паузогест, климодиен, фемостон 1/5, анжелик

(эстрогены+андрогены) гинодиан-депо, (эстрогены + андрогены + гестагены) - ливиал

*циклические двухфазные* (эстрогены+прогестагены) цикло-прогинова, климонорм, дивина, фемостон 1/10, 1/20; (эстрогены+антиандрогены) климен

*трехфазные* (эстрогены+прогестагены) трисеквенс, триаклим

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1. Алгоритм ведения пациентки в перименопаузе.
2. Противопоказания к проведению ЗГТ
3. Особые обстоятельства при назначении ЗГТ.
4. Особые показания для назначения парентеральной ЗГТ.
5. “Новые показания” к заместительной гормональной терапии.
6. Стратегия заместительной гормональной терапии.
7. Краткосрочные показания к проведению ЗГТ
8. Долговременные показания к проведению ЗГТ
9. Профилактическое применение ЗГТ
10. Выбор оптимального режима ЗГТ.
11. Условия выбора режима ЗГТ.
12. Режимы ЗГТ: непрерывный, циклический.
13. Выбор оптимальной дозы эстрогенов.
14. Показания к низкодозированной ЗГТ.
15. Динамический мониторинг в процессе ЗГТ.
16. Особенности ЗГТ при различных вариантах климактерического синдрома.
17. Общие принципы заместительной гормональной терапии.

**10Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1.Главным эстрогенным гормоном в организме женщины в периоде постменопаузы является

а) эстрадиол

б) эстрон

в) эстриол

г) эстрадиол-дипропионат

д) нет верного ответа

2.При длительности постменопаузы 2,5 года какой режим ЗГТ является оптимальным

а) циклический

б) непрерывный

в) монокомпонентный

г) комбинированный

д) нет верного ответа

3.В случае удаления матки по поводу аденомиоза какой режим гормонотерапии является оптимальным: 1)циклический; 2)непрерывный; 3)монокомпонентный; 4)комбинированный

а) 1,4

б) 2,4

в) 3,2

г) 2

д) нет верного ответа

4.Противопоказаниями к назначению эстрогенов с лечебной целью является 1) фиброзно-кистозная мастопатия молочных желез 2) миома матки 3) эндометриоз 4) рак матки

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.Особенностями терапии ДМК у больных климактерического возраста является 1) проведение раздельного лечебно-диагностического выскабливания матки для верификации диагноза 2) терапия, направленная на подавление функции яичников 3) лечение сопутствующей соматической патологии 4) проведение циклической гормональной терапии

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

6.Для корригирующей терапии у больных с ДМК климактерического периода применяется 1) метилтестостерон 2) норколут 3) тестостерон-пропионат 4) эстрадиол-дипропионат

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.Показаниями к заместительной терапии женскими половыми гормонами являются 1) гипофункция яичников 2) ложный мужской гермафродитизм у больной с женским гражданским полом 3) синдром Шерешевского - Тернера 4) гипофизарный нанизм

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.Для клинических проявлений типичной формы климактерического синдрома наиболее характерно 1) сухость слизистых 2) боли в области сердца 3) остеопороз 4) ларингит

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

9.Для атипичной формы климактерического синдрома характерно 1) симпато-адреналовые кризы 2) трансформированный предменструальный синдром 3) тяжелое течение бронхиальной астмы 4) тяжелое течение сахарного диабета

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10.При лечении больных с климактерическим синдромом применяют 1) бальнеотерапию 2) витамины А и Е 3) шейно-лицевую гальванизацию 4) парлодел

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-а |
| 2-б | 7-в |
| 3-б | 8-а |
| 4-в | 9-в |
| 5-а | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

**Задача №1**

Л. 50 лет, менопауза 2 года. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ исследовании обнаружена толщина эндометрия 3 мм.

1. Показано ли диагностическое выскабливание полости матки

2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3. Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4. Какие препараты используют для ЗГТ

5. Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Эталон ответа:**

1. Нет, показаний для РДВПМ нет
2. ЗГТ назначить можно
3. Маммографию, Б\химический анализ крови (холестерин, АЛТ, АСТ), кровь на гормоны ФСГ\ЛГ, консультация терапевта.
4. Фемостон 1\5, комбинация эстрожель+прожестожель
5. УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

**Задача №2**

Л. 56 лет, менопауза 10 лет. При УЗ-исследовании органов малого таза обнаружена толщина эндометрия 5 мм.

1. Является ли такая толщина эндометрия патологией?
2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?
3. Показано ли РДВПМ?
4. Показано ли контроль УЗИ 3 месяца?
5. Ни чего не делать?

**Эталон ответа:**

1. Является пограничной между нормой и гиперплазией в этом возрасте
2. Нет, ЗГТ противопоказано
3. Да, показано
4. После выскабливания, на фоне лечения (если будет необходимо последнее по результатам гистологии), да УЗИ контроль необходим.
5. Нельзя

**Задача №3**

Л. 55 лет, менопауза 2 года. Гинекологические заболевания не обнаружены. Планирует заместительную гормональную терапию. Противопоказаний нет.

1. Показано ли диагностическое выскабливание полости матки перед ЗГТ?

2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3. Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4. Какие препараты используют для ЗГТ

5. Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Эталон ответа:**

1. Нет, показаний для РДВПМ нет
2. ЗГТ назначить можно
3. Маммографию, Б\химический анализ крови (холестерин, АЛТ, АСТ), кровь на гормоны ФСГ\ЛГ, консультация терапевта.
4. Фемостон 1\5, анжелик, циклопрогинова
5. УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

**Задача №4**

Л. 50 лет, менопауза 1 год. Планирует заместительную гормональную терапию в постменопаузе. При УЗ-исследовании обнаружена миома матки – одиночный интрамуральный узел 2 см в диаметре.

1. Показано ли диагностическое выскабливание полости матки?

2. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

3. Какие обследования необходимо провести дополнительно перед назначением ЗГТ

4. Какой препарат для ЗГТ будет предпочтительнее в данном случае?

5. Как часто необходимо проводить УЗИ контроль органов малого таза на фоне ЗГТ

**Эталон ответа:**

1. Нет, показаний для РДВПМ нет
2. ЗГТ назначить можно
3. Маммографию, Б\химический анализ крови (холестерин, АЛТ, АСТ), кровь на гормоны ФСГ\ЛГ, консультация терапевта.
4. Фемостон 1\10
5. УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

**Задача №5**

Л. 50 лет, менопауза хирургическая, матка и придатки удалены по поводу миомы. Планирует заместительную гормональную терапию.

1. Можно ли при таком статусе назначить ЗГТ?

2. Какие обследования можно провести дополнительно перед назначением ЗГТ

3. Какие препараты будут преимуществом в данном случае?

4. Контроль каких анализов необходимо проводить в данном случае в динамике?

5 На какой срок назначите препарат?

**Эталон ответа:**

1. ЗГТ назначить можно
2. Маммографию, Б\химический анализ крови (холестерин, АЛТ, АСТ), кровь на гормоны ФСГ\ЛГ, консультация терапевта.
3. Климара, Прогинова
4. Б\химический анализ крови, липидный спектр, гемостаз
5. Возможно на 5 лет

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-10.**

1. Умение построить алгоритм получения объективной информации о степени тяжести КС
2. Уметь определить показания, противопоказания, алгоритмы и дозы назначения гормональных препаратов в зависимости от степени тяжести КС
3. Уметь составить алгоритм контроля лечения КС
4. Уметь осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность у больных с КС.
5. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ с точки зрения функционального состояния репродуктивной системы
6. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований с точки зрения возможности проведения ЗГТ.

**1.Занятие № 19**

**Тема: «Гипергонадотропные нарушения репродуктивной системы – дисгенезия гонад, синдром истощения яичников».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский.

**3.Значение темы**

Обе формы представляют следствие генетически ассоциированного дефицита яичниковых гормонов. Если дисгенезия гонад – представляет собой I гипогонадизм, с нарушением развития гонад в раннем эмбриональном периоде и таких больных следует отнести в группу абсолютного риска по бесплодию. Вероятность рождения здоровых детей – весьма низка! Синдром истощения яичников (СИЯ) – как проявления II дефицита яичниковых гормонов! В основе так же лежат хромосомные аномалии, при которых любое экзогенное воздействие способствует развитию СИЯ, как проявления аутоиммуных расстройств. У большинства больных неблагоприятные факторы действовали в период внутриутробного развития (гестозы, инфекции, экстагенитальная патология). Только ЭКО с донорской яйцеклеткой – позволят этой категории женщин иметь детей! Категория больных – тяжелая, требующая пожизненного участия генетика и эндокринолога!

**4. Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы.

ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать: классификацию нарушений репродуктивной системы, диагностику, лечение,

Обучающийся должен уметь: выявлять различные виды гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы

Обучающийся должен владеть: основными видами лечения.

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**

* + - 1. Таблицы, слайды по основным видам гипергонадотропных нарушений
      2. Таблицы, плакаты по дисгенезии гонад

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 255 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 315 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Классификация нарушения половой дифференцировки:

1) дисгенезия половых желез (хромосомная обусловленность) формы: типичная, чистая, смешанная,

2)псевдогермафродитизм (генные факторы, тератогенные) формы: :женский (врождённая гиперплазия надпочечников, трансплацентарная вирилизация), мужской (тестикулярная феминизация),

3)истинный гермафродитизм (химеризм, мозаицизм, транслокация H-Y Aг), 4)реверсия пола.

Типичная форма дисгенезии гонад - 45х (тернеровский фенотип)

Патогномоничные признаки:- низкий рост, соматические аномалии развития (стигмы), отсутствие полового развития

Принципы лечения:

1.Формирование морфотипа, увеличение роста

2.Развитие вторичных половых признаков

3.Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

Чистая форма дисгенезии гонад (46 хх, 46ху, 46хх/45х)

Патогномоничные признаки: нормальный, высокий рост, отсутствие соматических аномалий, отсутствие полового развития

Принципы лечения:

1. Формирование морфотипа, увеличение роста,

2. Развитие вторичных половых признаков,

3. Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

4. Удаление гонад сразу после уточнения диагноза при ХУ дисгенезии

Смешанная форма дисгенезии гонад ( 46ху, мозаицизм с присутствием У - хромосомы)

Патогномоничные признаки: частичное проявление вирилизации, усиливающееся с возрастом, нормальный, низкий рост, отсутствие полового развития (частично имеет место проявление вторичного оволосения)

Принципы лечения:

1. Формирование морфотипа,

2. Развитие вторичных половых признаков,

3. Возмещение дефицита эстрогенов с целью улучшения качества жизни до возраста менопаузы

4. Удаление гонад сразу после уточнения диагноза.

Тестикулярная феминизация (46 ху)

Патогномоничные признаки: хорошая феминизация при скудном вторичном оволосении, нормальный рост, отсутствие соматических аномалий, аплазия матки, влагалища, повышение ЛГ, “мужской” уровень ТС, обнаружение типичного строения яичек при биопсии

Принципы лечения:

1. Удаление гонад после завершения полового развития, кольпопоэз,

2. Заместительная терапия эстрогенами

Адреногенитальный синдром (изолированная надпочечниковая гиперандрогения, 46хх)

Патогномоничные признаки: вирилизация на разных этапах жизни, (в/утробная, пубертатная, постпубертатная), повышение ДЭА-S, 17-КС, 17-ОНП, положительная дексаметазоновая проба, задержка полового развития

Принципы лечения:

1. Адекватные дозы глюкокортикоидов,

2. Хирургическая коррекция нарушенных половых органов

3. Стимуляция полового развития эстрогенами

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Классификация нарушения половой дифференцировки.
2. Дисгенезия половых желез (хромосомная обусловленность) формы: типичная, чистая, смешанная. Клиника, диагностика, лечение.
3. Псевдогермафродитизм (генные факторы, тератогенные) формы: :женский (врождённая гиперплазия надпочечников, трансплацентарная вирилизация), мужской (тестикулярная феминизация) Клиника, диагностика, лечение.
4. Истинный гермафродитизм (химеризм, мозаицизм, транслокация H-Y Aг) Клиника, диагностика, лечение. 4)реверсия пола. Клиника, диагностика, лечение.
5. Значение генетической и хромосомной патологии в развитии ряда заболеваний
6. Пренатальная диагностика наследственной и хромосомной патологии
7. Значение роли хромосомных аберраций в привычном самопроизвольном выкидыше, бесплодии
8. Целесообразность медико-генетического консультирования: установление диагноза, определение типа наследования в данной семье, прогнозирование, собеседованне по результатам обследования.
9. Цитогенетические методики (оценка хромосомного аппарата в культурах лимфоцитов, клетки околоплодных вод, культура фибробластов, изучение телец Барра в мазках и др.).
10. Биопсия хориона, кордоцентез, амниоцентез.
11. Ультразвуковые маркеры хромосомных дефектов плода.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. ФСГ стимулирует

а) рост фолликулов в яичнике

б) продукцию кортикостероидов

в) продукцию ТТГ в щитовидной железе

г) все перечисленное

д)нет верного ответа

1. Малые дозы эстрогенов

а) стимулируют продукцию ФСГ

б) подавляют продукцию ФСГ

в) усиливают продукцию ЛГ

г) подавляют продукцию ЛТГ

д))нет верного ответа

1. Основное действие эстрогенов на организм

а) блокируют рецепторы к окситоцину

б) прекращают (ослабляют) пролиферативные процессы в эндометрии

в) вызывают секреторные преобразования в эндометрии

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Эстрогены обладают следующим действием

а) способствуют перистальтике матки и труб

б) усиливают процессы окостенения

в) стимулируют активность клеточного иммунитета

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Лечение больных с синдромом истощения яичников должно быть направлено

а) на стимуляцию функции яичников

б) на получение менструальноподобной реакции

в) на уменьшение выраженности вегето-сосудистых расстройств

г) на все перечисленное

д) ни на что из перечисленного

1. Аменорея - это отсутствие менструации в течение

а) 4 мес

б) 5 мес

в) 6 мес

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

1. Объективные данные, имеющие значение в диагностике аменореи

а) масса тела, рост женщины

б) развитие половых органов

в) величина артериального давления, уровень сахара в крови

г) все перечисленные

д) ничего из перечисленного

1. Синдром Шерешевского - Тернера - это

а) "чистая" форма дисгенезии гонад

б) типичная форма дисгенезии гонад

в) "смешанная" форма дисгенезии гонад

г) ложный мужской гермафродитизм

д) ничего из перечисленного

1. Дисгенетическое яичко у больной с аменореей яичникового генеза склонно

а) к вирилизации

б) к малигнизации

в) к феминизации

г) ко всему перечисленному

д) ни к чему из перечисленного

1. При отрицательной пробе с гонадотропинами у больных с аменореей показано

а) проба с эстрогенами и гестагенами в циклическом режиме

б) лапароскопия и биопсия яичников

в) лапароскопия и удаление гонад

г) прогестероновая проба

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-а |
| 2-б | 7-в |
| 3-б | 8-а |
| 4-в | 9-в |
| 5-а | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача№1**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружены хорошо развитые молочные железы, скудное вторичное оволосение, женственный фенотип. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 4 см. При УЗ исследовании матка и придатки не визуализируются. Кариотип 46 XY, гормональное обследование ФСГ - 4,6 МЕ/л ; пролактин - 125 МЕ/л ; эстрадиол - 40 пМ/л.

1. Возможный диагноз?

2. План обследования таких пациенток

3. Причина данной аменореи

4. Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I
2. УЗИ органов малого таза, консультация генетика, эндокринолога, определение уровня гормонов крови, поля зрения, снимок «турецкого седла», гемостаз, клинический анализ крови.
3. С-м Мориса
4. Нет
5. Да, показана

**Задача№2**

У пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, обнаружен женственный фенотип, хорошо развитые молочные железы и достаточное вторичное оволосение. Наружные половые органы развиты по женскому типу, влагалище заканчивается слепо, длиной 2 см. При УЗ исследовании матка не визуализируется, яичники 2,8\*3,2\*1,5 см , в яичниках определяются эхонегативные образования диаметром 4-8 мм. Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 9,8 МЕ/л ; эстариол - 120 пМ/л ; пролактин - 360 МЕ/л ; тестостерон - 2,6 нМ/л .

1. Возможный диагноз?

2. План обследования таких пациенток

3. Причина данной аменореи

4. Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I
2. УЗИ органов малого таза, консультация генетика, эндокринолога, определение уровня гормонов крови, поля зрения, снимок «турецкого седла», гемостаз, клинический анализ крови.
3. Синдром Рокитанского-Майера-Кюстнера
4. Нет
5. Да, показана

**Задача№3**

У 16 летней пациентки, предъявляющей жалобы на первичную аменорею, чрезмерный рост волос на теле, множественные акне, обнаружен: гетеросексуальный морфотип, низкий рост (150 см), выраженный гипертрихоз, гипоплазия молочных желез. При осмотре наружных половых органов определятся персистенция урогенитального синуса, значительное увеличение клитора. При УЗ исследовании матка гипопластична, эндометрий не визуализируется, яичники 2,1\*1,8\*1,2 см . Кариотип 46 XX. Гормональное обследование: ФСГ - 1,2 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л ; тестостерон - 12,1 нМ/л; ДЭА-S (­), пролактин - 200 МЕ/л ; кортизол - 200 нМ/л.

1. Возможный диагноз?

2. План обследования таких пациенток

3. Причина данной аменореи

4. Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I
2. УЗИ органов малого таза, консультация генетика, эндокринолога, определение уровня гормонов крови, поля зрения, снимок «турецкого седла», гемостаз, клинический анализ крови.
3. Адреногенитальный синдром
4. Возможно
5. Да, показана

**Задача№4**

У 14 летней пациентки с отсутствием полового развития обращает на себя внимание низкий рост, множественные стигмы дисэмбриогенеза, наличие аутоиммунного тиреоидита с явлением гипотиреоза. При гинекологическом обследовании выявлено инфантильное строение наружных половых органов и матки. При УЗ исследовании: резкая гипоплазия матки, эндометрий не визуализируется, яичники в виде тяжей, фолликулярный аппарат отсутствует. Кариотип 45 X0. Гормональное обследование: ФСГ -80 МЕ/л ; эстрадиол - 10 пМ/л ; ТТГ - 13,6 мкМЕ/мл.

1. Возможный диагноз?

2. План обследования таких пациенток

3. Причина данной аменореи

4. Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I
2. УЗИ органов малого таза, консультация генетика, эндокринолога, определение уровня гормонов крови, поля зрения, снимок «турецкого седла», гемостаз, клинический анализ крови.
3. Типичная форма дисгенезии гонад, синдром Шерешевского-Тернера
4. Нет
5. Да, показана

**Задача№5**

Н. 26 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на отсуствие месячных в течение 6 месяцев, подъем АД, головокружение, головные боли, прибавку веса за последний год на 12 кг. Месячные с 14 лет, нерегулярные. Живет регулярной половой жизнью, беременностей - 0. Пациентка низкого роста (152 см), морфотип - евнухоидный, имеются стигмы дисэмбриогенеза. Кариотип 45 X/46 XX . При УЗ исследовании: матка гипопластична, эндометрий 2мм, яичники уменьшены в объеме, фолликулярный аппарат отсуствует. Имеются клинические признаки гипотиреоза. Гормональное обследование: ФСГ - 35 МЕ/л ; эстрадиол - 20 пМ/л.

1. Возможный диагноз?

2. План обследования таких пациенток

3. Причина данной аменореи

4. Возможно ли наступление беременности у данной пациентки?

5 Показана ли пациентке гормонотерапия для улучшения качества жизни?

**Эталон ответа:**

1. Аменорея I
2. УЗИ органов малого таза, консультация генетика, эндокринолога, определение уровня гормонов крови, поля зрения, снимок «турецкого седла», гемостаз, клинический анализ крови.
3. стертая форма дисгенезии гонад
4. Нет
5. Да, показана

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Овладеть лечебно-диагностическими процессами, для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме больным с гипергонадотропными нарушениями репродуктивной системы - дизгенезия гонад, синдром истощения яичников - в детском и подростковом возрасте

2. Уметь выявить специфические признаки хромосомного заболевания, определить необходимость применения адекватных методов исследования.

3. Уметь определить показания, противопоказания, алгоритмы и дозы назначения гормональных препаратов в зависимости от вида гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте

4. Уметь составить алгоритм контроля лечения гипергонадотропных нарушений репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте

5. Уметь осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность у больных с гипергонадотропными нарушениями репродуктивной системы

6. Овладеть методами определения и оценки физического и полового развития в детском и подростковом возрасте (половое развитие по Танеру, морфотип и морфограмма, индекс массы тела)

7. Овладеть методами оценки функционального состояния с учетом детского и подросткового возраста (Тесты функциональной диагностики, функциональная кольпоцитология, шкала Барона и Ферримана-Голвея, гормональный скрининг)

8. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования в детском и подростковом возрасте

9. Уметь клинически интерпретировать данные кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики в детском и подростковом возрасте

10. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ с точки зрения функционального состояния репродуктивной системы в детском и подростковом возрасте

**1.Занятие № 20**

**Тема: «Гиперандрогения надпочечникого генеза. Этиология, патогенез, клиника, принципы диагностики и лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский.

**4.Значение темы**

По данным многочисленных исследований, 46-77% нарушений менструального цикла, 60-74% эндокринного бесплодия и 21-32% невынашивания беременности в той или иной степени обусловлены гиперандрогенией. Развитие адреногенитального синдрома вызвано врожденной дисфункцией коры надпочечников. Около 90% - это больные с дефицитом С21-гидроксилазы! Высокий процент бесплодия и невынашивания – делают этих больных постоянными клиентками Центров репродукции и гинекологической эндокринологии. Положительные результаты в лечении данной патологии и возможность реализации репродуктивной функции – делают изучение данной проблемы ещё более востребованной

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам гиперандрогении надпочечникого генеза.

ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать этиологию, патогенез, клинику, принципы диагностики и лечения гиперандрогении надпочечникого генеза.

Обучающийся должен уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, ставить диагноз на их основании;

Обучающийся должен владеть способностью правильно назначить лечение.

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**

* + - 1. Таблицы по этиологии и патогенезу гиперандрогении надпочеченикого генеза
      2. Слайды по методам диагностики
      3. Таблицы по схемам лечения

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация**.

Гиперандрогения надпочечникого генеза - это формы адреногенитального синдрома - пубертатная и постпубертатная.

Нерезко выражены признаки вирилизации. Эти больные составляют 30% среди женщин, обратившихся с жалобами на бесплодие, гипоменструальный синдром, невынашивание, гипертрихоз.

Пубертатная форма адреногенитального синдрома.

Избыточное образование андрогенов начинается с наступлениеми пубертатного периода и совпадает с физиологической активацией функции надпочечников. Характерен быстрый рост, превышающий скачок роста, девушки оказываются выше своих сверстниц. Но затем зоны роста закрываются преждевременно под действием андрогенов, и рост останавливается. Телосложение: широкие плечи, суженный таз, отсутствие жировых отложений на бедрах и ягодицах, гипопластичные молочные железы - спортивный вид. Избыток андрогенов - анаболическое действие - хорошее развитие мускулатуры - спортивность, сила, выносливость (гребля, волейбол). Отсутствуют стрии на бедрах и ягодицах, характерные для пубертатного базофилизма, т.к. кортизол снижен. Постоянный симптом - гипертрихоз, обычно выражен не очень сильно: единичные волосы над верхней губой, бакенбарды, вокруг сосков, на белой линии, промежности, бедрах, голенях. Множественные угри, пористая жирная кожа лица и спины. Кожа смуглая, с участками гиперпигментации. Умеренная гипоплазия половых губ, матки, увеличенное расстояние от основания клитора до наружного отверствия уретры. Некоторые отмечают уменьшение размеров молочных желез после появления гирсутизма.

Менархе наступает в 14-16 лет, нерегулярные менструации со склонностью к задержкам. После первой менструации остальные могут отсутствовать. Характер менструального цикла и гипертрихоз коррелируют со степенью гиперандрогении. Постпубертатная форма адреногенитального синдрома. Молодые женщины, живущие половой жизнью, обращаются по поводу бесплодия, нерегулярные скудные менструации, гипертрихоз. Нередки самопроизвольные аборты в 7-10 недель. Вскоре после менархе - задержки менструаций, половое оволосение сразу приобрело избыточный характер - начало гиперандрогении в пубертате. Поэтому существует мнение о необоснованности выделения двух форм позднего адреногенитального синдрома. До определенного возраста нерезко выраженный дефицит С21-гидроксилазы в надпочечниках компенсируется. На фоне активации функции надпочечников (адренархе, стрессы, половая жизнь, беременность) выявляется дефицит ферментной системы и нарушается синтез стероидов в сторону гиперандрогении.

Избыток андрогенов тормозит выделение гонадотропинов и нарушает циклические процессы в яичниках:

1. Подавляется рост и созревание фолликулов на ранних стадиях фолликулогенеза, возникает аменорея.

2. Тормозится рост, созревание фолликулов и яйцеклетки, неспособной овулировать - ановуляция и олигоменорея.

3. Неполноценность желтого тела, НЛФ при регулярных менструациях.

При всех трех формах развивается бесплодие. Беременность может возникнуть, но обычно прерывается самопроизвольно на ранних стадиях, до образования плаценты из-за неполноценности желтого тела. Прерванию беременности способствует также склерозирование сосудов эндо-, миометрия и хориона. В эндометрии возникают разрывы сосудов с кровоизлияниями в децидуальную оболочку. Образуются гематомы и отслойка хориальной ткани. Частота невынашивания при АГС - 26%, в 17% происходит гибель зародыша и прекращение развития беременности.

Диагноз: врожденный адреногенитальный синдром поступает к врачам в первые годы жизни - к детским эндокринологам.

1. Анамнез. Наличие гипертрихоза, нарушение менструального цикла у родственниц (характерно для адреногенитального синдрома в отличие от других форм вирилизации). Раннее появление и быстрое развитие чрезмерного полового оволосения, задержка менархе, нерегулярные циклы с тенденцией к задержкам.

1. Телосложение. Патогномонично. Широкие плечи, суженный таз, гипертрихоз, угревая сыпь, умеренная гипоплазия молочных желез. Не характерно повышение массы тела (в отличие от других форм с гипертрихозом), подкожный жировой слой развит слабо. Типичный признак - увеличение расстояния между основанием клитора и наружным отверстием уретры. Степени гиперандрогении:

- вирилизация - гирсутизм, увеличение клитора.

- дефеминизация - исчезновение молочных желез, уменьшение подкожной жировой клетчатки.

- маскулинизация - залысины, изменение тембра голоса.

3. Гормональные исследования. 17-КС в моче до и после приема глюкокортикоидов (проба с дексаметазоном - положительная при снижении в 2 раза). Более точно - определение ДЭА, тестостерона, 17-оксипрогестерона. Снижение этих гормонов и метаболитов после пробы (снижение АКТГ) на 50% указывает на надпочечниковое происхождение андрогенов. Сложности в диагностике возникают, когда на фоне АГС развиваются поликистозные яичники, которые сами являются источником гиперандрогении. Снижение концентрации кортизола. Повышение уровня АКТГ.

Дифференциальная диагностика:

1. С поликистозными яичниками. Основная роль - УЗИ, лапароскопия. Проба с дексаметазоном отрицательная. Проба с КОК положительная (блокада стероидогенеза в яичниках).

2. С вирилизирующими опухолями надпочечников. При последних - внезапное начало и быстрый прогресс вирилизации: аменорея, атрофия молочных желез, увеличение клитора, нарастающий вирильный гипертрихоз, нередко одновременно с облысением. Отрицательная дексаметазоновая проба и резкое повышение уровня андрогенов и их метаболитов. УЗИ. мпьютерная томография.

3. С вирилизирующими опухолями яичников. Одностороннее увеличение яичников. УЗИ, лапароскопия. Относятся к андробластомам, злокачественность коррелирует со степенью дифференцировки клеточных элементов. Опухоли надпочечников же как правило доброкачественны.

Лечение:

1. Глюкокортикоиды. Принцип - подавление выделения АКТГ. Сегодня чаще применяют дексаметазон. Оптимальное время приема - 16 часов дня. Доза определяется под контролем 17-КС в моче, ДЭА, тестостерона, 17-ОКС в крови, уровень которых на фоне приема дексаметазона не должен превышать верхней границы нормы. Контролем также является базальная термометрия и изменение характера менструального цикла. Отсутствие эффекта от терапии указывает на формирование вторичных поликистозных яичников.

При отсутствии овуляции и полноценной второй фазы назначают кломифен по 50 мг в день с 5 по 9 дни цикла. Иногда дозу увеличивают до 100 мг в день.

На фоне такого лечения у женщин часто наступает беременность. После наступления беременности глюкокортикоидную терапию прерывать не следует во избежание самопроизвольного выкидыша или прекращения развития оплодотвороенной яйцеклетки.

Лечение гипертрихоза представляет значительные трудности, поскольку глюкокортикоиды при этом малоэффективны. Применяется ципротерон ацетат. Применение этого препарата у женщин с гипертрихозом независимо от генеза гиперандрогении показало, что он снижает содержание тестостерона в крови и моче, не подавляя адренокортикотропную и гонадотропную функцию гипофиза. Препарат тормозит образование дигидротестостерона из тестостерона в волосяных фолликулах, блокируя цитозолрецепторы тестостерона. Доза 50-150 мг/сут с 5 по 25 дни цикла в течение 4-6 месяцев. Еще более эффективен комбинированный препарат, содержащий этинилэстрадиол (0,035 мг) и ципротерон ацетат (2 мг) (Диане-35). За счет этинилэстрадиола препарат препятствует атрофическим процессам в молочных железах и матке и регулирует менструальный цикл. Препарат назначают с 5 по 25 дни цикла. В течение 4 - 6 месяцев подавляется рост волос на лице и туловище, ликвидируется жирная себорея и угревая сыпь. Чистый препарат ципротерон ацетата - Андрокур. После отмены препарата симптомы восстанавливаются.

Антиандрогенными свойствами обладает также верошпирон. Подавляет образование дигидротестостерона из тестостерона в коже, волосяных фолликулах и сальных железах. Уровень тестостерона в крови при лечении верошпироном в течение 4-6 месяцев по 25 мг 2 раза в день снижался на 80%. При этом снижения уровней АКТГ и гонадотропинов не отмечено.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1). Гиперандрогения надпочечникого генеза. Определение. Причины..

2). Клиника гиперандрогения надпочечникого генеза.

3). Методы диагностики.

4). Методы лечения гиперандрогения надпочечникого генеза

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Для клинической картины гиперандрогении надпочечникового генеза характерно:

А)раннее проявление вирильного синдрома;

Б) гирсутизм до и после начала первой менструации;

В) первая менструация может запаздывать или быть своевременной;

Г) гипоплазия молочных желез;

Д) все перечисленное.

2.Отрицательная дексаметазоновая проба (незначительное снижение экскреции 17-ОКС и 17-КС) свидетельствует о наличии:

А)опухоли коркового слоя надпочечников;

Б) адреногенитального синдрома (АГС);

В)внейро-обменноэндокринного синдрома;

Г)синдрома склерокистозных яичников.

Д) нет верного ответа

3. Примером ложного женского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)синдром Шерешевского-Тернера;

В)врожденный адреногенитальный синдром;

Г)синдром Штейна-Левенталя.

Д)нет верного ответа

4. Причины вирильного синдрома у девушки:

А)нарушение функции коры надпочечников;

Б)маскулинизирующие опухоли яичников;

В)маскулинизирующие опухоли коры надпочечников;

Г)врожденный адреногенитальный синдром;

Д)все перечисленные.

5.Характерные особенности телосложения при адреногенитальном синдроме:

А)увеличение ширины плеч;

Б)узкий таз;

В)укорочение конечностей;

Г)все перечисленное.

Д) нет верного ответа

6. У больных с тестикулярной феминизацией имеет место:

А)первичная аменорея;

Б)нормальное развитие молочных желез;

В)отсутствие матки;

Г)ложный мужской гермафродитизм;

Д)все перечисленное.

7.Примером ложного мужского гермафродитизма является:

А)синдром тестикулярной феминизации;

Б)врожденный адреногенитальный синдром;

В)синдром Штейна-Левенталя;

Г)синдром Шерешевского-Тернера.

Д)нет верного ответа

8. Синдром Шерешевского-Тернера – это:

А) «чистая» форма дисгенезии гонад;

Б)типичная форма дисгенезии гонад;

В)«смешанная» форма дисгенезии гонад;

Г) ложный мужской гермафродитизм;

Д)ничего из перечисленного.

9. Признак синдрома Шерешевского-Тернера – это:

А)фенотип женский;

Б)первичная аменорея;

В)недоразвитие матки;

Г)аплазия или гипоплазия гонад;

Д)все перечисленное.

10. При лечении больной с любой формой дисгенезии гонад, как правило, исключается восстановление:

А)менструальной функции;

Б)половой функции;

В)репродуктивной функции;

Г)всех перечисленных функций;

Д)ничего из перечисленного.

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-Д | 6-Д |
| 2-А | 7-А |
| 3-В | 8-Б |
| 4-Д | 9-Д |
| 5-Г | 10-Д |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

**Задача №1**

Пациентка, 23 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до 40-50 дней, безболезненные, умеренные. Нарушение регуляции менструального цикла отмечает в течение последних 2х лет. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Вагинально: Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Эталон ответа**

1. Гиперандрогения надпочечникого генеза.

2. УЗИ надпочечников, гениталий. Гормональное исследование.

3. Да, необходимо.

4. СПКЯ

5. На данном этапе не показано

**Задача №2**

Пациентка, 20 лет. Жалобы на нарушение менструального цикла. Месячные с задержками до месяца, безболезненные, умеренные. Объективно при осмотре среднего роста, правильного телосложения, на внутренних поверхностях бедер, вокруг ареол молочной железы имеются единичные волосяные фолликулы, на лице отмечает акне. Матка нормальных размеров, подвижная, плотная. Придатки не определяются. Выделения светлые.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Эталон ответа**

1. Гиперандрогения надпочечникого генеза.

2. УЗИ надпочечников, гениталий. Гормональное исследование.

3. Да, необходимо.

4. СПКЯ

5. На данном этапе не показано

**Задача № 3**

Пациентка К., 23 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе. Последние месячные 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. Половой жизнью не живет. При осмотре обращает внимание: рост 178 см, телосложение евнухоидное, ожирения, гипертрихоза, стрий, галактореи нет. При УЗ - обследовании: гипоплазия матки, эндометрий 4мм, яичники небольших размеров, фолликулярный аппарат обеднен. При гормональном обследовании: ФСГ 0,5 МЕ/л, ЛГ 2 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 120 мМЕ/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Эталон ответа**

1.СПКЯ

2.БУЗИ надпочечников, гениталий

3.Да

4.Гиперандрогения надпочечникого генеза

5.Нет не показано

**Задача №4**

Пациентка К., 24 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле, колебания АД. Беременностей не было, контрацепция барьерная. Последние месячные 3 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания в детском и подростковом возрасте. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галактореи нет. При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 14мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 5 МЕ/л, ЛГ 12 МЕ\л, ТТГ 1,5 мМЕ\л, ПРЛ 320 мМЕ/л, ТС 2,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Эталон ответа**

1. СПКЯ
2. УЗИ надпочечников, гениталий
3. Да
4. Гиперандрогения надпочечникого генеза
5. Нет не показано

**Задача №5**

Пациентка Р., 34 года, предъявляет жалобы на длительные задержки месячных с менархе, ожирение, обильный рост волос на теле. Последние месячные 7 месяцевназад. Соматический анамнез не отягощен. При осмотре обращает внимание: рост 168 см, ожирение с абдоминальным распределением жира, гипертрихоз, стрии бледные на бедрах, галакторея + . При УЗ - обследовании: матка нормальных размеров, эндометрий 2 мм, яичники увеличены в объеме, фолликулярный аппарат представлен мелкими фолликулами, доминантных фолликулов нет. При гормональном обследовании: ФСГ 2 МЕ/л, ЛГ 22 МЕ\л, ТТГ 3,5 мМЕ\л, ПРЛ 620 мМЕ/л, ТС 3,2нмоль/л. Кариотип 46 ХХ.

1.Предположительный диагноз

2. Методы обследования

3. Необходимо ли гормональное лечение

4. Дифференциальная диагностика

5. Показано ли хирургическое лечение на данной этапе

**Эталон ответа**

1. СПКЯ
2. УЗИ надпочечников, гениталий
3. Да
4. Гиперандрогения надпочечникого генеза
5. Нет не показано

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.**

1. Произвести бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные
2. Получить объективную информацию о заболевании
3. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания
4. Определить показания к госпитализации
5. Выработать план ведения больной
6. Определить необходимость применения специфических  
   методов исследования
7. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
8. Взятие мазков на онкоцитологию
9. Проведение и интерпретация данных "УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное

**1.Занятие № 21**

**Тема: «Бесплодный брак. Классификация бесплодия. Методы диагностики. Эндокринные формы бесплодия (диагностика, лечение)».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский.

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы).

Одним из наиболее важных и актуальных аспектов планирования семьи является лечение бесплодия, дающее возможность иметь желанных детей. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению частоты бесплодных браков. Причины, приводящие к увеличению числа бесплодных браков, многообразны. Наряду с наличием генетической детерминированности ряда эндокринных нарушений, ведущих к возникновению бесплодия, все большую роль играют социальные факторы и особенности репродуктивного поведения - раннее начало половой жизни, наличие нескольких половых партнеров, отсутствие контрацепции.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам бесплодного брака, методов диагностики бесплодия, эндокринных форм бесплодия.

ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.

**- учебная:**

знать причины бесплодия, классификацию форм бесплодия, принципы диагностики эндокринных форм бесплодия

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, гормонального обследования ставить диагноз на их основании;

владеть способностью правильно назначить лечение

**5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**:

1.таблицы, слайды по современным репродуктивным технологиям

2. таблицы по классификации бесплодия

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Бесплодие – это состояние пары, при котором по определенным причинам, происходящим или в организме женщины или у мужчины, либо у обоих партнеров, беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни без использования контрацепции, при условии детородного возраста супругов. Из сказанного следует, что для выяснения причин бесплодия необходимо параллельное обследование супругов. Методика обследования женщины: В анамнезе следует выяснить тип бесплодия, является оно первичным или вторичным. Первичное бесплодие означает, что женщина никогда не беременела ранее, а вторичное – беременности были. Необходимо выяснить количество и исходы предшествующих беременностей. При этом рекомендуется придерживаться терминологии, предлагаемой ВОЗ – роды жизнеспособным плодом, выкидыши, искусственные аборты, эктопическая беременность, пузырный занос. Важное значение имеет контрацептивный анамнез. Некоторые системные заболевания, диабет, туберкулез, заболевания щитовидной железы могут влиять на репродуктивную функцию. Кроме того, на фертильность могут влиять некоторые виды медикаментозной терапии (цитостатики, транквилизаторы, антидепрессанты), лучевая терапия, профессиональные вредности, чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков. При выяснении характера менструальной функции необходимо выяснить возраст наступления менархе. Менструальный цикл с постоянной продолжительностью, в пределах 25-35 дней, считается регулярным. Спонтанные менструации, возникающие в интервалах 36 дней – 6 мес. Называются олигоменореей. Циклы с постоянной продолжительностью, возникающие чаще 25 дней классифицируются как полименорея. Болезненные менструации – дисменорея. Если средняя частота половых сношений не превышает двух раз в месяц, можно предполагать о сексуальной дисфункции. Болезненность при половых сношениях (диспареуния) может быть поверхностной или глубокой (признак вагинизма, эндометриоза, фиксированного загиба матки).

*Данные физикального обследования:*Необходимо выяснить индекс Гарро ( Вес/рост ). Изменение веса более чем на 10% за последний год может сочетаться с нарушением овуляции и снижением восприимчивости к стимуляторам овуляции.Если у женщины имеется гирсутизм, необходимо подсчитать число Ферримана-Галвея. Если сумма баллов превышает 13, можно думать о гиперандрогении. При недостаточном развитии молочных желез, указывающем на гипоэстрогению, необходимо отметить степень их развития по Таннеру.Наличие галактореи (отделяемое из сосков, похожее на молозиво) определяется при слабом нажатии пальцами ареолярной области. Может указывать на гиперпролактинемию. Необходимо подвергнуть отделяемое микроскопическому исследованию, для исключения органических заболеваний молочной железы.При осмотре наружных половых органов необходимо обратить внимание на размеры клитора. Увеличение его длины более чем на 2 см. или диаметра окружности более чем 1 см. свидетельствует о вирилизме.При бимануальном исследовании можно выявить врожденную или приобретенную патологию. *Данные лабораторных и инструментальных методов исследования* Первейшим среди дополнительных методов исследования является ультразвуковое скенирование, которое проводится ежедневно с 7 по 14 день менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Целью его, кроме выявления врожденной или приобретенной патологии гениталий, является биометрия доминирующего фолликула (подтверждение овуляции).

Следующим методом в порядке обследования является лапароскопия, которая выполняется на 18 день менструального цикла. Она позволяет решить вопрос о проходимости маточных труб, подтверждении овуляции (стигма желтого тела), наличие врожденной или приобретенной патологии матки и яичников, эндометриоза. В случае обнаружения эндометриоза необходимо отметить его стадию, придерживаясь классификации Американского общества по фертильности. В случае невозможности выполнения лапароскопии необходимо сделать гистеросальпингографию на 6-8 день менструального цикла. Информацию о проходимости маточных труб можно получить с помощью кимопертубации, которая делается в дни предполагаемой овуляции.О состоянии полости матки можно судить по данным гистероскопии, которая выполняется между 20 и 24 днями менструального цикла, когда при биопсии эндометрия, в случае овуляции, в нем наблюдаются секреторные изменения.С целью исключения туберкулеза необходимо произвести бактериологическое исследование эндометрия или менструальной крови.Поскольку значительная роль в происхождении бесплодия в семье принадлежит нейро-эндокринной патологии, необходимо исследование эндокринного профиля. У каждой женщины необходимо в обязательном порядке определять содержание пролактина в крови на 3-5 день менструального цикла. Забор крови для определения пролактина не должен производиться после влагалищного исследования или осмотра молочных желез. При повышенном содержании пролактина необходимо повторить его определение в течении месяца. Целесообразно, для подтверждения гиперпролактинемии, забирать для анамнеза 3-4 образца крови с 15-минутными интервалами при помощи постоянной иглы. Повышенное содержание пролактина при утреннем заборе крови может являться результатом естественного повышения пролактина в ночное время. При превышении содержания пролактина необходимо исключить аденому гипофиза путем R-графии черепа (sella turcica), KT, ЯМРТ и исследования полей зрения. Причиной гиперпролактинемии может явиться гипотиреоз, поэтому при гиперпролактинемии необходимо изучить функцию щитовидной железы. При выявлении пониженного содержания тироксина в сыворотке крови и высокого содержания ТТГ- устанавливается диагноз гипотиреоидизма. Изучение функции щитовидной железы, необходимо и у женщин с аменореей, олигоменореей или полименореей, у которых нарушение менструального цикла может быть обусловлено гипо- или гипертиреоидизмом.Для определения эстрогенной насыщенности организма следует провести пробу с прогестероном. В течение 5 дней, ежедневно назначается 15 мг норэтистерона. Если в течение первой последующей недели появляется менструально-подобное кровотечение - тест считается положительным.

У женщин с аменореей необходимо выяснить уровень эндогенных эстрогенов путем определения содержания эстрадиола в плазме или сыворотке крови. При неадекватном содержании эндогенных эстрогенов необходимо определить ФСГ в сыворотке крови. В случае повышенного ФСГ на фоне аменореи речь идет о гипергонадотропном гипогонадизме, что является показанием к исследованию лейкоцитарного кариотипа. Для определения овуляторного статуса необходимо измерение содержания прогестерона в крови между 20 и 24 днями менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Овуляторным считается цикл, если содержание прогестерона в эти сроки превышает 18 нмоль/л. Для подтверждения овуляции, кроме опре­деления прогестерона в середине лютеиновой фазы необходимо принимать во внимание данные базального термометрирования (2-х фазная температурная кривая), а также результаты предыдущего обследования: стигма желтого тела при лапароскопии на 18 день менструального цикла, секреторные изменения в эндометрии между 20 и 24 днями менструального цикла при биопсии во время гистероскопии, УЗ-мониторинг доминирующего фолликула. При соответствии данных, полученных разными методами, цикл классифицируется как последовательно овуляторный или последовательно ановуляторный. Цикл классифицируется как нерегулярный при несоответствии результатов 2-х или более тестов.

При бесплодии неясного генеза, для исключения нарушений проницаемости цервикальной слизи проводится посткоитальный тест на 12-14 день менструального цикла. Сущность метода заключается в выявлении подвижных сперматозоидов в цервикальной слизи через 6-10 часов после полового сношения. Тест проводится в дни предполагаемой овуляции после 2-х дневного воздержания от половой жизни. После окончания обследования женщине выставляется диагноз в соответствии с реестром диагнозов ВОЗ:

1. Сексуальная дисфункция
2. Гиперпролактинемия
3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области
4. Аменорея с повышенным ФСГ
5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов
6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов
7. Олигоменорея
8. Нерегулярные менструации или овуляции
9. Ановуляция при регулярном цикле
10. Врожденная патология
11. Двухсторонняя непроходимость маточных труб
12. Спайки в тазу
13. Эндометриоз
14. Приобретенная патология матки или шейки
15. Приобретенная патология маточных труб
16. Приобретенная патология яичников
17. Туберкулез гениталий
18. Диагноз неизвестен (лапароскопия не произведена)
19. Ятрогенные причины
20. Отрицательный посткоитальный тест
21. Отсутствие видимых причин бесплодия

Диагноз 1 – сексуальная дисфункция устанавливается при редких половых сношениях (менее 2 раз в месяц), отсутствие знания и адекватного использования фертильного периода.

2. Гиперпролактинемия выставляется женщинам с повышенным содержанием пролактина, подтвержденным при повторном определении при отсутствии поражения гипоталамо-гипофизарной системы и гипотиреоидизма.

3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области – это наличие патологии в области турецкого седла, что может указывать на опухоль гипофиза (включая пролактиному) или поражение, приводящее к сдавлению гипофиза (менингиома, краниофарингиома)

4. Аменорея с повышенным содержанием ФСГ – это аменорея яичникового происхождения. Для установления диагноза нужны следующие критерии: наличие первичной или вторичной аменореи, повышенное содержание ФСГ и нормальный лейкоцитарный кариотип.

Следующие диагнозы (5, 6, 7, 8, 9) связаны с характером менструаций и выставляются только при отсутствии этиологических диагнозов, способных привести к нарушению овуляции. Критериями для этого служат:

1) отсутствие анамнестических данных о длительном применении медикаментов,

2) отсутствие системных заболеваний,

3) отсутствие вредных производственных факторов или условий внешней среды,

4) отсутствие данных о злоупотреблении алкогольными напитками или употреблении наркотиков,

5) нормальное содержание пролактина в сыворотке крови.

5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов - это первичная или вторичная аменорея, при которой обнаруживается положительный тест отмены прогестерона или нормальное содержание эстрадиола в крови.

6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов. Этот диагноз ставится при первичной или вторичной аменорее, при которой устанавливаются: отрицательный тест отмены прогестерона или понижение содержания эстрадиола в крови, нормальное содержание ФСГ, нормальная или повышенная тиреоидная функция.

7. Олигоменорея - это наличие менструального цикла, продолжительностью от 36 дней до 6 месяцев.

8. Нерегулярные менструации и/или овуляции. Установление этого диагноза возможно при нерегулярных менструациях, а также при регулярных циклах или полименорее с нечетким овуляторным статусом.

9. Ановуляция при регулярном менструальном ритме - это последовательно ановуляторный цикл на фоне регулярных месячных или полименореи.

10. Врожденная патология выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, лапароскопии, исследовании лейкоцитарного кариотипа.

11. Двусторонняя непроходимость маточных труб устанавливается с помощью гистеросальпингографии и/или лапароскопии.

12. Спайки в полости малого таза. Спаечный процесс разной степени выраженности устанавливается по данным лапароскопии.

13. Эндометриоз устанавливается с помощью диагностической лапароскопии.

14. Приобретенная патология шейки или тела матки может быть следствием электрокоагуляции, конизации, циркулярной биопсии или ампутации шейки, кюретажа или оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, миомэктомия). Диагноз устанавливается при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, гистеро- и лапароскопии.

15. Приобретенная патология маточных труб. К этой диагностической категории относится односторонняя непроходимость труб или их другая патология, кроме двухсторонней непроходимости.

16. Приобретенная патология яичников выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом исследовании и/или лапароскопии. Включает в себя кисты яичников и поликистоз.

17. Генитальный туберкулез подтверждается положительным результатом бактериологического исследования ткани эндометрия или менструальной крови.

18. Диагноз не известен (лапароскопия не произведена) - устанавливается при невыясненной причине бесплодия, если не произведена лапароскопия.

19. Ятрогенные причины - это овуляторные нарушения, обусловленные побочным действием некоторых медикаментов.

20. Системные причины. К этой диагностической категории относятся женщины с ановуляторным или несоответствующими менструальными циклами при наличии одного из следующих факторов:

1) наличие системных заболеваний,

2) возможность воздействия вредных факторов, влияющих на фертильность,

3) чрезмерное употребление алкогольных напитков или наркотиков,

4) нарушение функций щитовидной железы.

21. Патологический посткоитальный тест. Этот диагноз ставится при наличии отрицательного посткоитального теста у пар с отсутствием других видимых причин бесплодия у обоих партнеров.

22. Отсутствие видимых причин бесплодия - выставляется при соблюдении следующих условий: адекватная частота половых сношений в месяц, знание и использование фертильного периода, регулярный менструальный и овуляторный цикл, нормальное содержание пролактина, отсутствие патологии со стороны внутренних половых органов при лапароскопии, нормальная полость матки по данным ГСГ, нормальный посткоитальный тест, наличие причин бесплодия только у партнера.

Методика обследования мужчин.

Обследование супруга проводится по следующим параметрам:

История бесплодия - сюда входят данные о типе бесплодия (первичное, вторичное), предыдущих обследовании и лечении. Патология (бронхоэктазия, хронические синуситы, бронхиты, эпидидимиты, орхиты, травмы и т.д.) и применение лекарственных средств, способных повлиять на репродуктивный аппарат (транквилизаторы, антидепрессанты, цитостатики).

Сексуальная и эякуляторная функции - данные о частоте половых сношений в месяц (не менее 2-х), состояние эрекции (адекватное, если достаточна для совершения влагалищного полового акта), эякуляции (адекватна, если происходит регулярно и внутривлагалищно ).

Общефизическое развитие, урогенитальное обследование - состояние пениса ( рубцы, индурация, гипо-, эписпадия и т.д.), яичек (упругость, консистенция, объём ), мошонки ( паховая грыжа, варикоцеле ). Ректально - состояние простаты.

Основополагающим звеном в диагностике мужского бесплодия является исследование эякулята, которое проводится после 3-5-дневного полового воздержания. Сперму получают путём мастурбации в чистый стеклянный сосуд. К исследованию приступают после полного разжижения эякулята, не позднее 60 минут после эякуляции.

*Нормальный анализ спермы:* сперма с нормальными сперматозоидами, без агглютинации и с нормальной семенной жидкостью и лейкоцитами, то есть: сперматозоиды -

- плотность: >=20 млн/мл

- подвижность: >=25% сперматозоидов имеют подвижность степенью (а) в течение 60 минут после эякуляции

- морфология: >=50% нормальных форм

-MAR-тест: <10% подвижных сперматозоидов атакованы антителами

- агглютинация отсутствует семенная жидкость - объём: >=2,0 мл

- проявление и вязкость: молочно-белый или желтоватый цвет, без примеси слизи или крови; вязкость - 0,1 - 0,5 см

- рН: от 7,2 до 7,8

- лейкоциты: <1,0 млн/мл

- культура - отрицательная, т.е. менее 1000 бактерий/мл

- биохимия: фруктоза - 13 мкмоль и более в эякуляте.

Для характеристики функционального состояния центральных звеньев регуляции сперматогенеза выполняются гормональные исследования: ФСГ - у мужчин с плотностью спермы меньше 5 млн/мл. Пролактин - у пациентов с сексуальной дисфункцией. Плазменный тестостерон - у пациентов с гипоандрогенизмом и нормальным значением ФСГ.

У пациентов с азооспермией и повышенным уровнем ФСГ при малом объёме яичек (< 10 мл с каждой стороны) определяется лейкоцитарный кариотип.

С целью верификации иммунологического фактора бесплодия определяется уровень антиспермальных аутоантител.

На основании полученных данных выставляется диагноз в соответствии с реестром диагностических категорий, предлагаемых группой экспертов ВОЗ:

*1*. Сексуальная и/или эякуляторная дисфункция

2. Недемонстрируемая причина бесплодия

3. Изолированное нарушение семенной жидкости

4. Ятрогенные причины

5 .Системные заболевания

6 . Врожденные аномалии развития

7. Приобретенное поражение тестикул

8. Варикоцеле

9 . Инфекция дополнительных половых желез

10. Иммунологические причины

11. Эндокринные причины

12. Бесплодие с идеопатической астенозооспермией

13. Бесплодие с идеопатическойолигозооспермией

14. Бесплодие с идеопатической тератозооспермией

15. Обструкимвная азооспермия

16. Бесплодие *с идиопатической азооспермией*

*Диагноз 1 –* сексуальная и/или эякуляторная дисфункция устанавливается в случае неадекватной эрекции на почве психосексуальных или органических нарушений или неадекватной частоте половых сношений, эякуляторных нарушений, при которых половые сношения имеют место, но либо эякуляция не наступает, либо происходит вне влагалища, например при гипоспадии, ретроградной эякуляции – специфической форме нарушения эякуляции, при которой сперма не изливается наружу, а поступает в мочевой пузырь. В этом случае у пациента наблюдается аспермия, а в посторгазмной моче содержатся сперматозоиды. Все последующие диагнозы предусматривают адекватную сексуальную и эякуляторную функции.

2. Недемонстрируемая причина бесплодия – если сексуальная и эякуляторная функции адекватны, а классификация спермы – нормоспермия.

3. Изолированное нарушение семенной жидкости – предусматривает нормальные параметры сперматозоидов при нарушении физических, биохимических или бактериологических показателях семенной плазмы, или при увеличенных количествах лейкоцитов, или при наличии агглютинации с отрицательным МАR-тестом

Все последующие диагнозы ставятся только в случаях, если сперма классифицируется азооспермия или патология сперматозоидов.

4. Ятрогенные причины – когда патология сперматозоидов рассматривается как следствие медицинского или хирургического вмешательства.

5. Системные заболевания в качестве диагноза мужского бесплодия фигурируют, если патологию сперматозоидов рассматривают как следствие системных заболеваний или излишнего употребления алкоголя, лекарств или воздействия факторов внешней среды, недавно перенесенной высокой температуры.

6. Врожденные аномалии развития - включают нарушение кариотипа и крипторхизм.

7. Приобретенное поражение тестикул – диагноз правомерен, если патология сперматозоидов рассматривается как следствие пренесенного эпидемического паротита с орхитом или патологии, вазывающей поражение тестикул с уменьшением объема менее 15 мл или их атрофией с одной или двух сторон.

8. Варикоцеле как причина бесплодия должно сопровождаться патологией спермы. Если пациент имеет варикоцеле и нормоспермию, то варикоцеле не является причиной бесплодия и в этом случае ставится диагноз «недемонстрируемая причина бесплодия».

9. Инфекция добавочных половых желез диагностируется, если пациент имеет олиго- или астено- или тератозооспермию и выполняются следующие условия:

а) история инфекции мочевого тракта, эпидидимита, ИППП, и/или болезненность придатка яичка, утолщение семявыносящего протока, патология, выявляемая при ректальном обследовании.

б) патология простатического сока или мочи после пассажа простаты

в) эякуляторные признаки: более 1 млн лейкоцитов в 1мл эякулята, более 1000 бактеримй/мл, нарушение проявления или вязкости, рН семенной жидкости.

10. Иммунологическая причина диагностируется, если при исследовании спермы обнаруживаются спермавтозоиды, атакованные антителами.

11. Эндокринные причины – диагноз ставится в случае нормальных значений ФСГ в сыворотке крови и низких уровней тестостерона или повторно повышенных значений пролактина.

Следующие диагнозы являются описательными и выставляются лишь в случае, если ни один из предшествующих диагнозов неприемлим.

12. Идиопатическая олигозооспермия - при плотности спермы менее 20 миллионов/мл.

13. Идиопатическая астенозооспермия - при нормальной плотности спермы, но сниженной подвижности: менее, чем 25% сперматозоидов имеют подвижность степени /а/.

14. Идиопатическая тератозооспермия диагностируется при нормальной плотности и подвижности спермы, но низкой морфологии (нормальные формы имеют менее 50% сперматозоидов).

15. Обструктивная азооспермия выставляется в случае, если классификация спермы - азооспермия, при нормальном уровне ФСГ и нормальном объеме яичек.

16. Идиопатическая азооспермия - диагноз правомерен, когда происхождение азооспермии у пациента неизвестно (низкий тестикулярный объем или повышенный уровень ФСГ).

После завершения обследования обоих партнеров устанавливается окончательный диагноз для женщины и для мужчины, на основании которого определяется прогноз наступления беременности и подбирается, при необходимости, патогенетически обоснованная терапия.

При применении современных методов обследования, соответствующих унифицированной методологии ВОЗ, время обследования сокращается до 2-3 месяцев вместо 1,5-2 лет, при этом суммарные затраты меньше в 4-6 раз.

Симптомокомплексы эндокринных расстройств, ведущих к нарушению менструального цикла (ВОЗ):

* гипоталамо-гипофизарная недостаточность,
* гипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* яичниковая недостаточность,
* врожденные или приобретенные нарушения половой системы,
* гиперпролактиенемия при наличии опухоли гипофиза,
* функциональная гиперпролактинемия,
* аменорея на фоне опухоли гипоталамо-гипофизарной области

Классификация эндокринного бесплодия (Овсянникова Т.В.)

*Эндокринное бесплодие при гиперпролактинемии:*

* функциональная гиперпролактинемия,
* органическая гиперпролактинемия,*.*

*Эндокринное бесплодие при нормопролактинемии:*

* *г*ипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипогонадотропная аменорея), поликистозные яичники,
* яичниковая недостаточность (гипергонадотропная аменорея),

*Бесплодие на фоне гиперпролактинемии* (68% органического генеза, 2% на фоне гипотиреоза),

Диагностика: клиника (аменорея,олигоменорея, галакторея, нарушение овуляции), уровень пролактина, функциональные фармакологические тесты с церукалом, парлоделом, краниография, КТГ, ЯМР; иследование ТТГ, Т3, Т4,

Лечение: Функциональная гиперпролактинемия: агонисты дофамина 6 месяцев (парлодел, норпролак, достинекс), органическая гиперпролактинемияна фоне микроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 12 мес, на фоне макроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 24 мес, Контроль лечения: определение пролактина ежемесячно на 7 день цикла до его нормализации

*Бесплодие на фоне поликистозных яичников* (хроническая ановуляция, олигоменорея, повышение базального уровня ЛГ, коэффициент ЛГ/ФСГ более чем в 2 раза, ТС верхняя граница нормы, 12% гиперпролактинемия, НЭС). Лечение: Подготовительный этап: коррекция веса, гестагены циклически, дексаметазон 0,25 непрерывно, парлодел. При высоком уровне ЛГ - КОК, агонисты Гн-Рг, Основной этап: КОК 2-3 мес (диане 35), Кломифен (3-6 мес),ЧМГ, лапароскопическая клиновидная резекция яичников, каутеризация яичников

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной недостаточности* (первичная аменорея, вторичная аменорея при опухолевом генезе, отрицательная прогестероновая проба, снижение ЛГ, ФСГ, Е2) Лечение: Подготовительный этап: исключение опухоли ГГ области циклическая гормональная терапия, Основной этап: ЧМГ,

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной дисфункции*: (олигоменорея, вторичная аменорея, положительная прогестероновая проба, нормальный базальный уровень ЛГ, ФСГ, НЭС) Лечение:

Подготовительный этап: Коррекция веса и метаболических нарушений, ноотропные препараты, циклическая гормональная терапия, КОК (ребаунд-эффект), Основной этап: Кломифен, ХГ (3-4 цикла), ЧМГ, Кломифен, ЧМГ, ХГ,

*Бесплодие на фоне яичниковой недостаточности*: (повышение ЛГ, ФСГ, отрицательная прогестероновая проба, снижение эстрадиола) Лечение: Первичная форма (дисгенезия гонад) Вторичная форма (СИЯ, СРЯ) – ЗГТ, донорская яйцеклетка, НЛФ: Натуральные гестагены циклически, КОК 2-3 цикла, кломифен, дексаметазон, парлодел, противовоспалительная терапия (при хр. аднексите).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор. Маточный фактор.
3. Шеечный и влагалищный фактор.
4. Бесплодие неясного генеза.
5. Гормональные формы бесплодия
6. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
7. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
8. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функпи- ональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
9. Лечение бесплодия зависимости от формы
10. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
11. Возможные по­бочные действия и осложнения стимуляции овуляции (синдром гиперстимуляции яични­ков).
12. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
13. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-б |
| 2-б | 7-в |
| 3-д | 8-г |
| 4-г | 9-а |
| 5-в | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

**Задача №1**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий – в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм. Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестестерона.

1. Предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. С чего следует начинать лечение этой больной?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа:**

1. Синдром поликистозных яичников, бесплодие I.
2. С бесплодием, обусловленным гиперандрогенией надпочечникового генеза.
3. Определение ДЭА-С в сыворотке крови, УЗИ надпочечников.
4. Монофазные КОК - Диане-35 3-6мес; при нормализации показателей тестостерона решить вопрос об индукции овуляции.
5. Коррекция веса – редукционная диета, монофазные КОК с антиандрогенным эффектом.

**Задача №2**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

1. Предположительный диагноз?
2. Следует ли обследовать женщину?
3. Тактика врача после обследования?
4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие I, мужской фактор.
2. Обязательно, т.к. более чем в 30% причиной бесплодия бывает сочетанный фактор: мужской и женский.
3. Направить супруга к андрологу.
4. Следует, т.к. реконструктивная операция на семявыносящих протоках эффективна более чем в 80%, в случае ее неэффективности целесообразна биопсия яичка и выделение спермиев с последующим лечением методом ИКСИ.
5. Своевременная диагностика и лечение у соответствующего специалиста аномалий развития.

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Иммунологический фактор бесплодия.
2. МАР-тест, посткоитальный тест.
3. Инсеминация спермы мужа, при неэффективности - ЭКО.
4. Да.
5. Своевременная санация очагов инфекции.

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие II, трубный фактор.
2. Благоприятный, в случае применения ЭКО.
3. Исключить эндокринный фактор женского бесплодия, мужу - спермограмма.
4. ЭКО
5. Обязательное обследование после 1-й трубной беременности для уточнения, по возможности, ее генеза. Планирование беременности после коррекции выявленных нарушений.

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие I, мужской фактор.
2. Направить супруга на курс противовоспалительной и метаболической терапии.
3. Благоприятный при адекватной терапии.
4. Количество сперматозоидов в 1 мл – 20 млн., из них прогрессивно подвижных – не менее 50%, лейкоцитов 0-1 в мл.
5. Своевременное и адекватное лечение простатита, барьерная контрацепция, диета, исключение переохлаждений, двигательный режим.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-10.**

1. Произвести бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные
2. Получить объективную информацию о заболевании
3. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания
4. Определить показания к госпитализации
5. Выработать план ведения больной
6. Определить необходимость применения специфических  
   методов исследования
7. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
8. Взятие мазков на онкоцитологию
9. Проведение и интерпретация данных "УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное

**1.Занятие № 22**

**Тема: «Дифференциально-диагностические критерии и планирование лечения больных с различными формами женского бесплодия».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие.

**3.Методы обучения**: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, метод проблемного изложения, частично-поисковый (эвристический), исследовательский.

**4.Значение темы** Бесплодие – одна из самых актуальных проблем! **В России живёт примерно 3 млн. граждан репродуктивного возраста которые не могут иметь детей (это 2,05% от общей численности населения). В Украине в последние годы по статистическим данным почти 20% супружеских пар также не могут завести ребенка. И та и другая цифра больше аналогичных показателей во многих других странах мира.**

**Цели обучения:**

**-общая**: обучающийся должен обладать теоретическими знаниями по вопросам дифференциальной диагностики и лечению больных с различными формами бесплодия

УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

знать причины бесплодия, классификацию форм бесплодия, форм принципы лечения различных форм бесплодия;

уметь интерпретировать данные клинико-лабораторного обследования, гормонального обследования ставить диагноз на их основании;

владеть способностью правильно подобрать лечение **5.Место проведения семинарского занятия**: Учебная комната. Палата гинекологического отделения.

**6.Оснащение занятия**

1.таблицы, слайды по современным репродуктивным технологиям

2. таблицы по классификации бесплодия

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжи-тельность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 2. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 5. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 6. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 7. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Бесплодие – это состояние пары, при котором по определенным причинам, происходящим или в организме женщины или у мужчины, либо у обоих партнеров, беременность не наступает после 12 месяцев регулярной половой жизни без использования контрацепции, при условии детородного возраста супругов. Из сказанного следует, что для выяснения причин бесплодия необходимо параллельное обследование супругов. Методика обследования женщины: В анамнезе следует выяснить тип бесплодия, является оно первичным или вторичным. Первичное бесплодие означает, что женщина никогда не беременела ранее, а вторичное – беременности были. Необходимо выяснить количество и исходы предшествующих беременностей. При этом рекомендуется придерживаться терминологии, предлагаемой ВОЗ – роды жизнеспособным плодом, выкидыши, искусственные аборты, эктопическая беременность, пузырный занос. Важное значение имеет контрацептивный анамнез. Некоторые системные заболевания, диабет, туберкулез, заболевания щитовидной железы могут влиять на репродуктивную функцию. Кроме того, на фертильность могут влиять некоторые виды медикаментозной терапии (цитостатики, транквилизаторы, антидепрессанты), лучевая терапия, профессиональные вредности, чрезмерное употребление алкоголя, наркотиков. При выяснении характера менструальной функции необходимо выяснить возраст наступления менархе. Менструальный цикл с постоянной продолжительностью, в пределах 25-35 дней, считается регулярным. Спонтанные менструации, возникающие в интервалах 36 дней – 6 мес. Называются олигоменореей. Циклы с постоянной продолжительностью, возникающие чаще 25 дней классифицируются как полименорея. Болезненные менструации – дисменорея. Если средняя частота половых сношений не превышает двух раз в месяц, можно предполагать о сексуальной дисфункции. Болезненность при половых сношениях (диспареуния) может быть поверхностной или глубокой (признак вагинизма, эндометриоза, фиксированного загиба матки).

*Данные физикального обследовании* Необходимо выяснить индекс Гарро ( Вес/рост ). Изменение веса более чем на 10% за последний год может сочетаться с нарушением овуляции и снижением восприимчивости к стимуляторам овуляции. Если у женщины имеется гирсутизм, необходимо подсчитать число Ферримана-Галвея. Если сумма баллов превышает 13, можно думать о гиперандрогении. При недостаточном развитии молочных желез, указывающем на гипоэстрогению, необходимо отметить степень их развития по Таннеру. Наличие галактореи (отделяемое из сосков, похожее на молозиво) определяется при слабом нажатии пальцами ареолярной области. Может указывать на гиперпролактинемию. Необходимо подвергнуть отделяемое микроскопическому исследованию, для исключения органических заболеваний молочной железы. При осмотре наружных половых органов необходимо обратить внимание на размеры клитора. Увеличение его длины более чем на 2 см. или диаметра окружности более чем 1 см. свидетельствует о вирилизме. При бимануальном исследовании можно выявить врожденную или приобретенную патологию. *Данные лабораторных и инструментальных методов исследования:* Первейшим среди дополнительных методов исследования является ультразвуковое скенирование, которое проводится ежедневно с 7 по 14 день менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Целью его, кроме выявления врожденной или приобретенной патологии гениталий, является биометрия доминирующего фолликула (подтверждение овуляции). Следующим методом в порядке обследования является лапароскопия, которая выполняется на 18 день менструального цикла. Она позволяет решить вопрос о проходимости маточных труб, подтверждении овуляции (стигма желтого тела), наличие врожденной или приобретенной патологии матки и яичников, эндометриоза. В случае обнаружения эндометриоза необходимо отметить его стадию, придерживаясь классификации Американского общества по фертильности. В случае невозможности выполнения лапароскопии необходимо сделать гистеросальпингографию на 6-8 день менструального цикла. Информацию о проходимости маточных труб можно получить с помощью кимопертубации, которая делается в дни предполагаемой овуляции. О состоянии полости матки можно судить по данным гистероскопии, которая выполняется между 20 и 24 днями менструального цикла, когда при биопсии эндометрия, в случае овуляции, в нем наблюдаются секреторные изменения. С целью исключения туберкулеза необходимо произвести бактериологическое исследование эндометрия или менструальной крови. Поскольку значительная роль в происхождении бесплодия в семье принадлежит нейро-эндокринной патологии, необходимо исследование эндокринного профиля. У каждой женщины необходимо в обязательном порядке определять содержание пролактина в крови на 3-5 день менструального цикла. Забор крови для определения пролактина не должен производиться после влагалищного исследования или осмотра молочных желез. При повышенном содержании пролактина необходимо повторить его определение в течении месяца. Целесообразно, для подтверждения гиперпролактинемии, забирать для анамнеза 3-4 образца крови с 15-минутными интервалами при помощи постоянной иглы. Повышенное содержание пролактина при утреннем заборе крови может являться результатом естественного повышения пролактина в ночное время. При превышении содержания пролактина необходимо исключить аденому гипофиза путем R-графии черепа (sella turcica), KT, ЯМРТ и исследования полей зрения. Причиной гиперпролактинемии может явиться гипотиреоз, поэтому при гиперпролактинемии необходимо изучить функцию щитовидной железы. При выявлении пониженного содержания тироксина в сыворотке крови и высокого содержания ТТГ- устанавливается диагноз гипотиреоидизма. Изучение функции щитовидной железы, необходимо и у женщин с аменореей, олигоменореей или полименореей, у которых нарушение менструального цикла может быть обусловлено гипо- или гипертиреоидизмом. Для определения эстрогенной насыщенности организма следует провести пробу с прогестероном. В течение 5 дней, ежедневно назначается 15 мг норэтистерона. Если в течение первой последующей недели появляется менструально-подобное кровотечение - тест считается положительным. У женщин с аменореей необходимо выяснить уровень эндогенных эстрогенов путем определения содержания эстрадиола в плазме или сыворотке крови. При неадекватном содержании эндогенных эстрогенов необходимо определить ФСГ в сыворотке крови. В случае повышенного ФСГ на фоне аменореи речь идет о гипергонадотропном гипогонадизме, что является показанием к исследованию лейкоцитарного кариотипа. Для определения овуляторного статуса необходимо измерение содержания прогестерона в крови между 20 и 24 днями менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле). Овуляторным считается цикл, если содержание прогестерона в эти сроки превышает 18 нмоль/л. Для подтверждения овуляции, кроме опре­деления прогестерона в середине лютеиновой фазы необходимо принимать во внимание данные базального термометрирования (2-х фазная температурная кривая), а также результаты предыдущего обследования: стигма желтого тела при лапароскопии на 18 день менструального цикла, секреторные изменения в эндометрии между 20 и 24 днями менструального цикла при биопсии во время гистероскопии, УЗ-мониторинг доминирующего фолликула. При соответствии данных, полученных разными методами, цикл классифицируется как последовательно овуляторный или последовательно ановуляторный. Цикл классифицируется как нерегулярный при несоответствии результатов 2-х или более тестов. При бесплодии неясного генеза, для исключения нарушений проницаемости цервикальной слизи проводится посткоитальный тест на 12-14 день менструального цикла. Сущность метода заключается в выявлении подвижных сперматозоидов в цервикальной слизи через 6-10 часов после полового сношения. Тест проводится в дни предполагаемой овуляции после 2-х дневного воздержания от половой жизни. После окончания обследования женщине выставляется диагноз в соответствии с реестром диагнозов ВОЗ:

1. Сексуальная дисфункция
2. Гиперпролактинемия
3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области
4. Аменорея с повышенным ФСГ
5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов
6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов
7. Олигоменорея
8. Нерегулярные менструации или овуляции
9. Ановуляция при регулярном цикле
10. Врожденная патология
11. Двухсторонняя непроходимость маточных труб
12. Спайки в тазу
13. Эндометриоз
14. Приобретенная патология матки или шейки
15. Приобретенная патология маточных труб
16. Приобретенная патология яичников
17. Туберкулез гениталий
18. Диагноз неизвестен (лапароскопия не произведена)
19. Ятрогенные причины
20. Отрицательный посткоитальный тест
21. Отсутствие видимых причин бесплодия

Диагноз 1 – сексуальная дисфункция устанавливается при редких половых сношениях (менее 2 раз в месяц), отсутствие знания и адекватного использования фертильного периода.

2. Гиперпролактинемия выставляется женщинам с повышенным содержанием пролактина, подтвержденным при повторном определении при отсутствии поражения гипоталамо-гипофизарной системы и гипотиреоидизма.

3. Органическое поражение гипоталамо-гипофизарной области – это наличие патологии в области турецкого седла, что может указывать на опухоль гипофиза (включая пролактиному) или поражение, приводящее к сдавлению гипофиза (менингиома, краниофарингиома)

4. Аменорея с повышенным содержанием ФСГ – это аменорея яичникового происхождения. Для установления диагноза нужны следующие критерии: наличие первичной или вторичной аменореи, повышенное содержание ФСГ и нормальный лейкоцитарный кариотип. Следующие диагнозы (5, 6, 7, 8, 9) связаны с характером менструаций и выставляются только при отсутствии этиологических диагнозов, способных привести к нарушению овуляции. Критериями для этого служат:

1) отсутствие анамнестических данных о длительном применении медикаментов,

2) отсутствие системных заболеваний,

3) отсутствие вредных производственных факторов или условий внешней среды,

4) отсутствие данных о злоупотреблении алкогольными напитками или употреблении наркотиков,

5) нормальное содержание пролактина в сыворотке крови.

5. Аменорея с адекватным содержанием эндогенных эстрогенов - это первичная или вторичная аменорея, при которой обнаруживается положительный тест отмены прогестерона или нормальное содержание эстрадиола в крови.

6. Аменорея с низким содержанием эндогенных эстрогенов. Этот диагноз ставится при первичной или вторичной аменорее, при которой устанавливаются: отрицательный тест отмены прогестерона или понижение содержания эстрадиола в крови, нормальное содержание ФСГ, нормальная или повышенная тиреоидная функция.

7. Олигоменорея - это наличие менструального цикла, продолжительностью от 36 дней до 6 месяцев.

8. Нерегулярные менструации и/или овуляции. Установление этого диагноза возможно при нерегулярных менструациях, а также при регулярных циклах или полименорее с нечетким овуляторным статусом.

9. Ановуляция при регулярном менструальном ритме - это последовательно ановуляторный цикл на фоне регулярных месячных или полименореи.

10. Врожденная патология выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, лапароскопии, исследовании лейкоцитарного кариотипа.

11. Двусторонняя непроходимость маточных труб устанавливается с помощью гистеросальпингографии и/или лапароскопии.

12. Спайки в полости малого таза. Спаечный процесс разной степени выраженности устанавливается по данным лапароскопии.

13. Эндометриоз устанавливается с помощью диагностической лапароскопии.

14. Приобретенная патология шейки или тела матки может быть следствием электрокоагуляции, конизации, циркулярной биопсии или ампутации шейки, кюретажа или оперативных вмешательств на матке (кесарево сечение, миомэктомия). Диагноз устанавливается при гинекологическом осмотре, ультразвуковом сканировании, гистеросальпингографии, гистеро- и лапароскопии.

15. Приобретенная патология маточных труб. К этой диагностической категории относится односторонняя непроходимость труб или их другая патология, кроме двухсторонней непроходимости.

16. Приобретенная патология яичников выявляется при гинекологическом осмотре, ультразвуковом исследовании и/или лапароскопии. Включает в себя кисты яичников и поликистоз.

17. Генитальный туберкулез подтверждается положительным результатом бактериологического исследования ткани эндометрия или менструальной крови.

18. Диагноз не известен (лапароскопия не произведена) - устанавливается при невыясненной причине бесплодия, если не произведена лапароскопия.

19. Ятрогенные причины - это овуляторные нарушения, обусловленные побочным действием некоторых медикаментов.

20. Системные причины. К этой диагностической категории относятся женщины с ановуляторным или несоответствующими менструальными циклами при наличии одного из следующих факторов:

1) наличие системных заболеваний,

2) возможность воздействия вредных факторов, влияющих на фертильность,

3) чрезмерное употребление алкогольных напитков или наркотиков,

4) нарушение функций щитовидной железы.

21. Патологический посткоитальный тест. Этот диагноз ставится при наличии отрицательного посткоитального теста у пар с отсутствием других видимых причин бесплодия у обоих партнеров.

22. Отсутствие видимых причин бесплодия - выставляется при соблюдении следующих условий: адекватная частота половых сношений в месяц, знание и использование фертильного периода, регулярный менструальный и овуляторный цикл, нормальное содержание пролактина, отсутствие патологии со стороны внутренних половых органов при лапароскопии, нормальная полость матки по данным ГСГ, нормальный посткоитальный тест, наличие причин бесплодия только у партнера.

Методика обследования мужчин.

Обследование супруга проводится по следующим параметрам:

История бесплодия - сюда входят данные о типе бесплодия (первичное, вторичное), предыдущих обследовании и лечении. Патология (бронхоэктазия, хронические синуситы, бронхиты, эпидидимиты, орхиты, травмы и т.д.) и применение лекарственных средств, способных повлиять на репродуктивный аппарат (транквилизаторы, антидепрессанты, цитостатики).

Сексуальная и эякуляторная функции - данные о частоте половых сношений в месяц (не менее 2-х), состояние эрекции (адекватное, если достаточна для совершения влагалищного полового акта), эякуляции (адекватна, если происходит регулярно и внутривлагалищно ). Общефизическое развитие, урогенитальное обследование - состояние пениса ( рубцы, индурация, гипо-, эписпадия и т.д.), яичек (упругость, консистенция, объём ), мошонки ( паховая грыжа, варикоцеле ). Ректально - состояние простаты. Основополагающим звеном в диагностике мужского бесплодия является исследование эякулята, которое проводится после 3-5-дневного полового воздержания. Сперму получают путём мастурбации в чистый стеклянный сосуд. К исследованию приступают после полного разжижения эякулята, не позднее 60 минут после эякуляции.

*Нормальный анализ спермы:* сперма с нормальными сперматозоидами, без агглютинации и с нормальной семенной жидкостью и лейкоцитами, то есть: сперматозоиды -

- плотность: >=20 млн/мл

- подвижность: >=25% сперматозоидов имеют подвижность степенью (а) в течение 60 минут после эякуляции

- морфология: >=50% нормальных форм

-MAR-тест: <10% подвижных сперматозоидов атакованы антителами

- агглютинация отсутствует семенная жидкость - объём: >=2,0 мл

- проявление и вязкость: молочно-белый или желтоватый цвет, без примеси слизи или крови; вязкость - 0,1 - 0,5 см

- рН: от 7,2 до 7,8

- лейкоциты: <1,0 млн/мл

- культура - отрицательная, т.е. менее 1000 бактерий/мл

- биохимия: фруктоза - 13 мкмоль и более в эякуляте.

Для характеристики функционального состояния центральных звеньев регуляции сперматогенеза выполняются гормональные исследования: ФСГ - у мужчин с плотностью спермы меньше 5 млн/мл. Пролактин - у пациентов с сексуальной дисфункцией. Плазменный тестостерон - у пациентов с гипоандрогенизмом и нормальным значением ФСГ.

У пациентов с азооспермией и повышенным уровнем ФСГ при малом объёме яичек (< 10 мл с каждой стороны) определяется лейкоцитарный кариотип.

С целью верификации иммунологического фактора бесплодия определяется уровень антиспермальных аутоантител.

На основании полученных данных выставляется диагноз в соответствии с реестром диагностических категорий, предлагаемых группой экспертов ВОЗ:

*1*. Сексуальная и/или эякуляторная дисфункция

2. Недемонстрируемая причина бесплодия

3. Изолированное нарушение семенной жидкости

4. Ятрогенные причины

5 .Системные заболевания

6 . Врожденные аномалии развития

7. Приобретенное поражение тестикул

8. Варикоцеле

9 . Инфекция дополнительных половых желез

10. Иммунологические причины

11. Эндокринные причины

12. Бесплодие с идеопатической астенозооспермией

13. Бесплодие с идеопатическойолигозооспермией

14. Бесплодие с идеопатической тератозооспермией

15. Обструкимвная азооспермия

16. Бесплодие *с идиопатической азооспермией*

*Диагноз 1 –* сексуальная и/или эякуляторная дисфункция устанавливается в случае неадекватной эрекции на почве психосексуальных или органических нарушений или неадекватной частоте половых сношений, эякуляторных нарушений, при которых половые сношения имеют место, но либо эякуляция не наступает, либо происходит вне влагалища, например при гипоспадии, ретроградной эякуляции – специфической форме нарушения эякуляции, при которой сперма не изливается наружу, а поступает в мочевой пузырь. В этом случае у пациента наблюдается аспермия, а в посторгазмной моче содержатся сперматозоиды. Все последующие диагнозы предусматривают адекватную сексуальную и эякуляторную функции.

2. Недемонстрируемая причина бесплодия – если сексуальная и эякуляторная функции адекватны, а классификация спермы – нормоспермия.

3. Изолированное нарушение семенной жидкости – предусматривает нормальные параметры сперматозоидов при нарушении физических, биохимических или бактериологических показателях семенной плазмы, или при увеличенных количествах лейкоцитов, или при наличии агглютинации с отрицательным МАR-тестом

Все последующие диагнозы ставятся только в случаях, если сперма классифицируется азооспермия или патология сперматозоидов.

4. Ятрогенные причины – когда патология сперматозоидов рассматривается как следствие медицинского или хирургического вмешательства.

5. Системные заболевания в качестве диагноза мужского бесплодия фигурируют, если патологию сперматозоидов рассматривают как следствие системных заболеваний или излишнего употребления алкоголя, лекарств или воздействия факторов внешней среды, недавно перенесенной высокой температуры.

6. Врожденные аномалии развития - включают нарушение кариотипа и крипторхизм.

7. Приобретенное поражение тестикул – диагноз правомерен, если патология сперматозоидов рассматривается как следствие пренесенного эпидемического паротита с орхитом или патологии, вазывающей поражение тестикул с уменьшением объема менее 15 мл или их атрофией с одной или двух сторон.

8. Варикоцеле как причина бесплодия должно сопровождаться патологией спермы. Если пациент имеет варикоцеле и нормоспермию, то варикоцеле не является причиной бесплодия и в этом случае ставится диагноз «недемонстрируемая причина бесплодия».

9. Инфекция добавочных половых желез диагностируется, если пациент имеет олиго- или астено- или тератозооспермию и выполняются следующие условия:

а) история инфекции мочевого тракта, эпидидимита, ИППП, и/или болезненность придатка яичка, утолщение семявыносящего протока, патология, выявляемая при ректальном обследовании.

б) патология простатического сока или мочи после пассажа простаты

в) эякуляторные признаки: более 1 млн лейкоцитов в 1мл эякулята, более 1000 бактеримй/мл, нарушение проявления или вязкости, рН семенной жидкости.

10. Иммунологическая причина диагностируется, если при исследовании спермы обнаруживаются спермавтозоиды, атакованные антителами.

11. Эндокринные причины – диагноз ставится в случае нормальных значений ФСГ в сыворотке крови и низких уровней тестостерона или повторно повышенных значений пролактина.

Следующие диагнозы являются описательными и выставляются лишь в случае, если ни один из предшествующих диагнозов неприемлим.

12. Идиопатическая олигозооспермия - при плотности спермы менее 20 миллионов/мл.

13. Идиопатическая астенозооспермия - при нормальной плотности спермы, но сниженной подвижности: менее, чем 25% сперматозоидов имеют подвижность степени /а/.

14. Идиопатическая тератозооспермия диагностируется при нормальной плотности и подвижности спермы, но низкой морфологии (нормальные формы имеют менее 50% сперматозоидов).

15. Обструктивная азооспермия выставляется в случае, если классификация спермы - азооспермия, при нормальном уровне ФСГ и нормальном объеме яичек.

16. Идиопатическая азооспермия - диагноз правомерен, когда происхождение азооспермии у пациента неизвестно (низкий тестикулярный объем или повышенный уровень ФСГ).

После завершения обследования обоих партнеров устанавливается окончательный диагноз для женщины и для мужчины, на основании которого определяется прогноз наступления беременности и подбирается, при необходимости, патогенетически обоснованная терапия.

При применении современных методов обследования, соответствующих унифицированной методологии ВОЗ, время обследования сокращается до 2-3 месяцев вместо 1,5-2 лет, при этом суммарные затраты меньше в 4-6 раз.

Симптомокомплексы эндокринных расстройств, ведущих к нарушению менструального цикла (ВОЗ):

* гипоталамо-гипофизарная недостаточность,
* гипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* яичниковая недостаточность,
* врожденные или приобретенные нарушения половой системы,
* гиперпролактиенемия при наличии опухоли гипофиза,
* функциональная гиперпролактинемия,
* аменорея на фоне опухоли гипоталамо-гипофизарной области

Классификация эндокринного бесплодия (Овсянникова Т.В.)

*Эндокринное бесплодие при гиперпролактинемии:*

* функциональная гиперпролактинемия,
* органическая гиперпролактинемия,*.*

*Эндокринное бесплодие при нормопролактинемии:*

* *г*ипоталамо-гипофизарная дисфункция,
* гипоталамо-гипофизарная недостаточность (гипогонадотропная аменорея), поликистозные яичники,
* яичниковая недостаточность (гипергонадотропная аменорея),

*Бесплодие на фоне гиперпролактинемии* (68% органического генеза, 2% на фоне гипотиреоза),

Диагностика: клиника (аменорея,олигоменорея, галакторея, нарушение овуляции), уровень пролактина, функциональные фармакологические тесты с церукалом, парлоделом, краниография, КТГ, ЯМР; иследование ТТГ, Т3, Т4,

Лечение: Функциональная гиперпролактинемия: агонисты дофамина 6 месяцев (парлодел, норпролак, достинекс), органическая гиперпролактинемияна фоне микроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 12 мес, на фоне макроаденомы гипофиза: агонисты дофамина 24 мес, Контроль лечения: определение пролактина ежемесячно на 7 день цикла до его нормализации

*Бесплодие на фоне поликистозных яичников* (хроническая ановуляция, олигоменорея, повышение базального уровня ЛГ, коэффициент ЛГ/ФСГ более чем в 2 раза, ТС верхняя граница нормы, 12% гиперпролактинемия, НЭС). Лечение: Подготовительный этап: коррекция веса, гестагены циклически, дексаметазон 0,25 непрерывно, парлодел. При высоком уровне ЛГ - КОК, агонисты Гн-Рг, Основной этап: КОК 2-3 мес (диане 35), Кломифен (3-6 мес),ЧМГ, лапароскопическая клиновидная резекция яичников, каутеризация яичников

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной недостаточности* (первичная аменорея, вторичная аменорея при опухолевом генезе, отрицательная прогестероновая проба, снижение ЛГ, ФСГ, Е2) Лечение: Подготовительный этап: исключение опухоли ГГ области циклическая гормональная терапия, Основной этап: ЧМГ,

*Бесплодие на фоне гипоталамо-гипофизарной дисфункции*: (олигоменорея, вторичная аменорея, положительная прогестероновая проба, нормальный базальный уровень ЛГ, ФСГ, НЭС) Лечение:

Подготовительный этап: Коррекция веса и метаболических нарушений, ноотропные препараты, циклическая гормональная терапия, КОК (ребаунд-эффект), Основной этап: Кломифен, ХГ (3-4 цикла), ЧМГ, Кломифен, ЧМГ, ХГ,

*Бесплодие на фоне яичниковой недостаточности*: (повышение ЛГ, ФСГ, отрицательная прогестероновая проба, снижение эстрадиола) Лечение: Первичная форма (дисгенезия гонад) Вторичная форма (СИЯ, СРЯ) – ЗГТ, донорская яйцеклетка, НЛФ: Натуральные гестагены циклически, КОК 2-3 цикла, кломифен, дексаметазон, парлодел, противовоспалительная терапия (при хр. аднексите).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

* + - 1. Бесплодие. Классификация. Причины. Диагностика (алгоритм обследования).
      2. Трубный фактор. Перитонеальный фактор. Маточный фактор.
      3. Шеечный и влагалищный фактор.
      4. Бесплодие неясного генеза.
      5. Гормональные формы бесплодия
      6. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза: эндометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП) в генезе бесплодия
      7. Алгоритм обследования женщин с бесплодием (оптимальные сроки проведения и диагностическая значимость различных методов иссле­дования, возможные осложнения).
      8. Основные методы обследования в при бесплодном браке: анамнез, специальные методы исследования (осмотр, тесты функпи- ональной диагностики, гормональное исследование, эндоскопия (кольпоскопия, гистероскопия, лапароскопия), ультразвуковое исследование, рентгенологические исследования.
      9. Лечение бесплодия зависимости от формы
      10. Методы стимуляции овуляции при различных формах эндокринного бесплодия
      11. Возможные по­бочные действия и осложнения стимуляции овуляции (синдром гиперстимуляции яични­ков).
      12. Новые методы лечения бесплодия (ЭКО и трансплантация эмбриона, искусственная инсеминация).
      13. Использование бальнеологических факторов при ведении больных с бесплодием

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

1. БРАК СЧИТАЕТСЯ БЕСПЛОДНЫМ, ЕСЛИ ПРИ НАЛИЧИИ РЕГУЛЯРНОЙ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТРАЦЕПТИВОВ БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ НАСТУПАЕТ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ

а) 0.5 года

б) 1 года

в) 2.5 лет

г) 5 лет

д) нет верного ответа

2. СПЕРМАТОЗОИДЫ ПОСЛЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ В МАТКУ И ТРУБЫ СОХРАНЯЮТ СПОСОБНОСТЬ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ В ТЕЧЕНИЕ

а) 6-12 часов

б) 24-48 часов

в) 3-5 суток

г) 10 суток

д) нет верного ответа

3. ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ ПРОБА С ГЕСТАГЕНАМИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СКЛЕРОКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

а) во введении внутримышечно 250 мг 17-a-оксипрогестерона-капроната однократно

б) в появлении кровянистых выделений из половых путей через 7-8 дней после отмены гестагенов

в) в снижении экскреции 17-КС (после отмены гестагенов) на 50% и больше

г) верно а) и в)

д) во всем перечисленном

4. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД НЕОБХОДИМО

а) длительная циклическая терапия половыми гормонами

б) стимуляция овуляции

в) клиновидная резекция яичников

г) восстановление генеративной функции, как правило, бесперспективно

д) нет верного ответа

5. ОПТИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПАРЛОДЕЛА С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИИ, КАК ПРАВИЛО, СОСТАВЛЯЕТ

а) постоянное применение

б) не менее 1.5-2 лет

в) 1 год

г) 3-6 месяцев

д) нет верного ответа

6. ПРИЧИНОЙ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ДИСГЕНЕЗИИ ГОНАД ЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕ 1) ТКАНИ ЯИЧНИКА ИЛИ ЕГО РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 2) МАТКИ ИЛИ ЕЕ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ 3) ПРОДУКЦИИ ГОНАДОТРОПИНОВ 4) ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕЦЕПТОРНОГО АППАРАТА НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОГО ЯИЧНИКА К ГОНАДОТРОПИНАМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всего перечисленного

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7. ПОВЫШЕННАЯ ПРОДУКЦИЯ ПРОЛАКТИНА У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА 1) РАЗВИТИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГИПОТАЛАМУСЕ 2) РАЗВИТИЕМ АДЕНОМЫ ГИПОФИЗА 3) СНИЖЕНИЕМ ПРОДУКЦИИ В ГИПОТАЛАМУСЕ ПРОЛАКТИНИНГИБИРУЮЩЕГО ФАКТОРА 4) ДЛИТЕЛЬНЫМ ПРИЕМОМ НЕЙРОЛЕПТИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всем перечисленным

г) верно 4

д) ничем из перечисленного

8. СУТОЧНАЯ ДОЗА ПАРЛОДЕЛА ЗАВИСИТ 1) ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2) ОТ ИСХОДНОГО УРОВНЯ ЭСТРОГЕНОВ 3) ОТ ДАННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСКОБА ЭНДОМЕТРИЯ 4) ОТ УРОВНЯ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) от всего перечисленного

г) верно 4

д) ни от чего из перечисленного

9. ПРИ БЕСПЛОДИИ, ОБУСЛОВЛЕННОМ АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ, У БОЛЬНЫХ С ПРИЗНАКАМИ ГЕНИТАЛЬНОГО ИНФАНТИЛИЗМА ПОКАЗАНО 1) НАЗНАЧЕНИЕ ДЕКСАМЕТАЗОНА (ПРЕДНИЗОЛОНА) ПОД КОНТРОЛЕМ 17-КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОМ КОЛИЧЕСТВЕ МОЧИ 2) ПРОВЕДЕНИЕ ДВУФАЗНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ (ЭСТРОГЕНЫ В I ФАЗУ, ГЕСТАГЕНЫ ВО II ФАЗУ) ПРЕРЫВИСТЫМИ ЦИКЛАМИ ПО 2-3 МЕСЯЦА С ИНТЕРВАЛОМ В 2 МЕСЯЦА 3) В ИНТЕРВАЛЕ МЕЖДУ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ - НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ, СТИМУЛИРУЮЩИХ ОВУЛЯЦИЮ (КЛОМИФЕН, КЛОСТИЛБЕГИТ), ВИТАМИНОВ Е И С ВО II ФАЗУ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА 4) ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ОТ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЙ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ - ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНОВИДНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

10. МЕТОДАМИ, ПРОВЕДЕНИЕ КОТОРЫХ ПОМОГАЕТ УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ИСТОЩЕНИЯ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЮТСЯ 1) ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОНАДОТРОПНЫХ ГОРМОНОВ 3) ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ 4) БИОПСИЯ ЯИЧНИКОВ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-б |
| 2-б | 7-в |
| 3-д | 8-г |
| 4-г | 9-а |
| 5-в | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**.

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная М., 28 лет в браке состоит 8 лет. Беременностей не было, не предохраняется.

Менструация с 15 лет, нерегулярная через 2-3 мес. по 5 дней, умеренная. На лице угревая сыпь, кожа пористая, жирная. Вес 80кг при росте 160см.

При обследовании мужа спермограмма без патологии. По УЗИ гениталий – в яичниках множество атрофических фолликулов; размеры яичников 32\*42\*52мм. Базальная температура монофазная. В анализах сыворотки крови повышено содержание тестестерона.

1. Предположительный диагноз?
2. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. С чего следует начинать лечение этой больной?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа:**

1. Синдром поликистозных яичников, бесплодие I.
2. С бесплодием, обусловленным гиперандрогенией надпочечникового генеза.
3. Определение ДЭА-С в сыворотке крови, УЗИ надпочечников.
4. Монофазные КОК - Диане-35 3-6мес; при нормализации показателей тестостерона решить вопрос об индукции овуляции.
5. Коррекция веса – редукционная диета, монофазные КОК с антиандрогенным эффектом.

**Задача №2**

Больная А., 25 лет. Состоит в браке 3 года, не предохраняется, беременностей - 0. Гинекологические заболевания отрицает; соматически здорова. Менструации с 12 лет по 3-4 дня через 28 дней, умеренные, безболезненные.

Муж соматически здоров, в детстве оперирован по поводу крипторхизма. При обследовании спермы – аспермия.

1. Предположительный диагноз?
2. Следует ли обследовать женщину?
3. Тактика врача после обследования?
4. Следует ли лечить супруга, если да, то как?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие I, мужской фактор.
2. Обязательно, т.к. более чем в 30% причиной бесплодия бывает сочетанный фактор: мужской и женский.
3. Направить супруга к андрологу.
4. Следует, т.к. реконструктивная операция на семявыносящих протоках эффективна более чем в 80%, в случае ее неэффективности целесообразна биопсия яичка и выделение спермиев с последующим лечением методом ИКСИ.
5. Своевременная диагностика и лечение у соответствующего специалиста аномалий развития.

**Задача №3**

Больная Р., 31 год состоит в браке в течение 9 лет, не предохранялась, беременностей - 0. У мужа брак 2-ой, в 1-м браке двое детей. Соматически здорова, гинекологические заболевания отрицает. Менструация с 12 лет по 5 дней через 28 дней, б/болезненные, умеренные.

При обследовании: гормоны сыворотки крови в пределах нормы. Базальная температура 2-х фазная; трубы проходимы. Обследована на ИППП – не найдены. Спермограмма в пределах нормы. УЗИ гениталий – без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо для подтверждения диагноза?
3. Какое лечение рекомендовать при подтверждении диагноза?
4. Возможно ли наступление беременности?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Иммунологический фактор бесплодия.
2. МАР-тест, посткоитальный тест.
3. Инсеминация спермы мужа, при неэффективности - ЭКО.
4. Да.
5. Своевременная санация очагов инфекции.

**Задача №4**

Больная К., 30 лет; состоит в браке 11 лет, от беременности не предохранялась. Было две внематочные беременности, по поводу которых проводилось чревосечение и тубэктомия справа и слева. В анамнезе аднексит, трихомонадный кольпит. Менструальная функция не нарушена. При обследовании мужа у андролога патологии не выявлено. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение последних 6 лет.

1. Предположительный диагноз?
2. Какой прогноз лечения бесплодия после удаления обеих труб?
3. Какое дообследование следует рекомендовать в данном случае?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие II, трубный фактор.
2. Благоприятный, в случае применения ЭКО.
3. Исключить эндокринный фактор женского бесплодия, мужу - спермограмма.
4. ЭКО
5. Обязательное обследование после 1-й трубной беременности для уточнения, по возможности, ее генеза. Планирование беременности после коррекции выявленных нарушений.

**Задача №5**

Больная О., 27 лет. Обратилась к гинекологу с жалобами на бесплодие в течение 3-х лет. Контрацепцией не пользуется. При обследовании у гинеколога – патологии не выявлено. При обследовании супруга диагностирован хронический простатит с частыми рецидивами. При анализе спермы выявлено: сперматозоидов в 1мл-12 млн.; прогрессивно подвижных форм- 31%, дегенеративных форм-24%, лейкоцитов много в поле зрения.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача?
3. Прогноз?
4. Показатели нормальной спермограммы?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Бесплодие I, мужской фактор.
2. Направить супруга на курс противовоспалительной и метаболической терапии.
3. Благоприятный при адекватной терапии.
4. Количество сперматозоидов в 1 мл – 20 млн., из них прогрессивно подвижных – не менее 50%, лейкоцитов 0-1 в мл.
5. Своевременное и адекватное лечение простатита, барьерная контрацепция, диета, исключение переохлаждений, двигательный режим.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6.**

1. Произвести бимануальное влагалищное, ректовагинальное исследование и интерпретировать полученные данные
2. Получить объективную информацию о заболевании
3. Выявить специфические признаки гинекологического заболевания
4. Определить показания к госпитализации
5. Выработать план ведения больной
6. Определить необходимость применения специфических  
   методов исследования
7. Взятие мазков на флору из влагалища, цервикального канала и уретры
8. Взятие мазков на онкоцитологию
9. Проведение и интерпретация данных "УЗИ у гинекологических и онкологических больных, включая трансвагинальное

**1.Занятие № 23**

**Тема: «Миома матки. Патогенез и клиника различных форм заболевания. Современные методы диагностики. Принципы консервативного и оперативного лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4.Значение темы**: актуальность изучения этой темы обусловлена все возрастающей частотой миомы матки среди женщин всех возрастных периодов, связанное с этим ухудшение репродуктивного здоровья, рост частоты бесплодия и невынашивания беременности. В последние годы наблюдается «омоложение» этой гинекологической патологии, что требует знания методов своевременной диагностики и современных подходов к органосохраняющему лечению.

**Цели обучения:**

**- Общая цель** – УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

**-Учебная цель**

Обучающиеся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Методы лечения расстройств менструального цикла при миоме;

-Показания к консервативному и хирургическому лечению при миоме матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при миоме

-классификацию миомы матки, этиопатогенез миомы матки

-клинику миомы матки

-Методы диагностики миомы и диф.диагностики

-Показания для консервативного лечения

-Принципы консервативного лечения миомы матки

-Реабилитация больных после миомэктомии

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации в гинекологическое отделение больных с миомой матки;

-проводить профилактические осмотры у больных с миомой матки;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать острый живот в гинекологии при миоме (перекрут, рождающийся субмукозный узел, нарушение трофики);

-оказывать неотложную помощь при осложненной миоме матки;

-интерпретировать УЗИ, ГСГ, данные гистероскопии

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику фоновых и предраковых заболеваний

Обучающийся должен владеть:

-влагалищное, бимануальное исследованиями, осмотр шейки в зеркалах

-зондированием полости матки

-функциональным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией

**5.Место проведения семинарского занятия:** учебная аудитория, гинекологическое отделение (смотровая, операционная), приемный покой или кабинет в женской консультации, УЗИ- кабинет.

**6.Оснащение занятия**: таблицы, муляжи, мультимедийные презентации, видеофильмы с записью операций, методические рекомендации, периодическая литература, ситуационные задачи, тестовые задания, история болезни, макропрепараты удаленных органов (пораженная опухолью матка, миоматозный узел).

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Миома – доброкачественная опухоль, состоящая из мышечных и соединительнотканных элементов. Миома матки – одно из наиболее распространенных доброкачественных заболеваний матки, регистрируемое у 25-30% женщин старше 35 лет.

Этиопатогенез. Миома возникает в результате локальной пролиферации ГМК. По мере роста в структуре миомы начинают преобладать фиброзные элементы. В патогенезе миомы матки существенное значение имеют не только нарушения метаболизма, синтеза и соотношения половых гормонов, но также состояние рецепторного аппарата миометрия, более высокая активность эстроген-рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами. Возможно, в патогенезе миомы матки значение имеет повышение уровня эстрогенных гормонов в крови сосудистого бассейна (местная гипергормонемия), локальные изменения холинэргической иннервации.

Первоначально опухоль всегда возникает межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки), подбрюшинные (растущие в сторону брюшной полости) и подслизистые (растущие в сторону слизистой оболочки матки) узлы опухоли. Эти формы опухоли различаются не только клинически, но также морфологически и гистохимически.

Опухоль может быть одиночной, но чаще (в 80%) встречаются множественные узлы (иногда до 10 и более). В 95% случаев миома развивается в теле матки и лишь в 5% в шейке матки. Миомы, располагающиеся в широкой связке матки, называют межсвязочными (интралигаментарными). Кроме того, миомы обнаруживают и вне матки, например, в маточных трубах, влагалище, круглых и прямокишечно-маточных связках, вульве, ЖКТ.

**Клиника.** Клиника заболевания во многом зависит от расположения, величины и направления роста миоматозных узлов. При формировании **подбрюшинных** узлов опухоли характер менструального цикла обычно не меняется. Возникновение болей у некоторых больных с подбрюшинной локализацией узла чаще является следствием сдавления соседних органов, растяжением за счет опухоли серозного покрова матки, натяжением или частичным перекрутом ножки опухоли. В отдельных случаях при возникновении осложнений (некроз, перекрут ножки узла, сращение последнего с тазовой брюшиной) развивается клиника “острого живота”. При перекруте ножки узла, возникают резкие схваткообразные боли в низу живота и пояснице, с последующим появлением признаков раздражения брюшины (рвота, повышение температуры, лейкоцитоз, повышение СОЭ, нарушение функции мочевого пузыря и прямой кишки).

При подбрюшинной локализации миомы матки иногда возникают нарушения мочеиспускания (учащенное, затрудненное, болезненное и т.д.). При развитии подбрюшинного узла на задней стенки матки над областью внутреннего зева рост узла может сопровождаться сдавлением прямой кишки, с затруднением акта дефекации.

При развитии **межмышечного** узла миомы часто наблюдается нарушение менструальной функции (гиперполименорея, меноррагии). Кроме того, для этой формы миомы матки часто характерны болезненные менструации (вторичная альгодисменорея). При длительном нарушении микроциркуляции в ткани миомы с явлениями отека развивается асептический некроз. При этом развивается локальная боль в низу живота, при влагалищном исследовании определяется несколько миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации. Повышается температура. Осложнения подобного рода чаще возникают при беременности или после родов.

В практической деятельности врача особое внимание требуют больные с **подслизистым** ростом миомы матки. Подслизистые миомы деформируют полость матки, они связаны со стенкой матки широким основанием или располагаются на тонкой мышечной ножке. В дальнейшем по мере роста узла, а также неизбежных сокращений окружающих его частей миометрия, ножка истончается, удлиняется, узел постепенно смещается в нижние отделы матки и позже может произойти его рождение. Клиника подслизистой миомы матки характеризуется кровотечениями по типу мено- и метроррагии, нарастающими по мере развития заболевания схваткообразными болями в низу живота и пояснице; при некрозе опухоли появляются жидкие, иногда буроватого цвета бели со зловонным запахом.

Мено- метроррагии у больнх с миомой матки, как правило, приводят к развитию железодефицитной анемии.

**Диагностика.** Диагностика миомы матки, как правило, несложна и проводится на основании бимануального исследования. Наиболее характерный признак – увеличение матки. Она обычно асимметрична, бугристая (при множественных узлах), с неправильными очертаниями и подвижна, если нет спаек.

Анамнестические данные, характер кровотечения и болей помогают установить диагноз. Для диагностики миомы матки в настоящее время используют дополнительные методы исследования:

1. УЗИ. С помощью УЗИ возможно характеризовать варианты и формы роста опухоли, оценить ее размеры. УЗИ позволяет проводить мониторинг темпов роста миомы.
2. Рентгенологические методы исследования (простая и рентгенотелевизионная ГСГ, геникография, газовая рентгенопельвиография, флебография).
3. Эндоскопические методы исследования – лапаро-, кульдо-, гистеро- и кольпоцервикоскопия. Гистероскопия – ценный метод диагностики субмукозной миомы матки, позволяет оценить состояние эндометрия, провести прицельную биопсию.
4. Зондирование полости матки позволяет получить информацию о деформациях полости матки. Диагностическая ценность метода невелика.

Миому матки следует дифференцировать от рака или саркомы тела матки, с доброкачественной или злокачественной опухолью яичника, с воспалительными опухолевидными образованиями придатков матки, с беременностью. При подозрении на рак тела матки, диагностическое выскабливание с последующим гистологическим исследованием соскоба помогает в правильной диагностике. При проведении диф. диагностики между миомой матки и опухолью яичников помогает симптом “пулевых щипцов”, УЗИ, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, эндоскопическое исследование.

При проведении диф. диагностики между миомой матки и беременностью, необходимо учитывать, что при беременности матка мягковатой консистенции, имеются достоверные и вероятные признаки беременности; проводят УЗИ, анализ крови и мочи на ХГ.

**Лечение.** Необходимо раннее – с момента выявления заболевания – проведение лечебно-профилактических мероприятий. Все методы лечения делятся на оперативные и консервативные.

Показания к операции:

1. Обильные длительные менструации или ациклические кровотечения, приводящие к анемизации больной. Уточнение состояния эндометрия обязательно, так как нередки сочетания миомы матки и рака эндометрия.
2. Большие размеры опухоли (более 12 недель беременности) даже в отсутствие жалоб. Опухоли таких размеров нарушают анатомические взаимоотношения органов малого таза и брюшной полости, часто приводят к нарушению функции почек.
3. Нарушение функции смежных органов (мочеиспускание, акта дефекации и др.).
4. Подбрюшинный узел на ножке. При этом появляется опасность перекрута ножки узла, что может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства.
5. Некроз миоматозного узла. Больные нуждаются в срочном оперативном вмешательстве, так как возможно нагноение некротически-измененного узла, прорыв его содержимого в брюшную полость и развитие разлитого перитонита.
6. Подслизистая миома матки.
7. Интралигаментарное расположение узлов миомы (приводит к появлению болей вследствие сдавления нервных сплетений и нарушению функции почек при сдавлении мочеточников).
8. Шеечные узлы миомы, особенно исходящие из влагалищной части шейки матки.
9. Сочетание миомы матки с другими патологическими изменениями половых органов: рецидивирующей гиперплазией эндометрия, опухолью яичника, опущением и выпадением матки.
10. Быстрый рост опухоли. При этом возникает подозрение на саркоматозное перерождение узла.
11. Бесплодие.

Больным с миомой матки производят радикальные и консервативные операции. Объем операции зависит от возраста женщины, ее общего состояния, степени анемизации, сопутствующих заболеваний, расположения и величины миоматозных узлов.

По поводу миомы матки производят следующие консервативные операции: энуклеацию узлов путем чревосечения, влагалищным или лапароскопическим доступом (консервативная миомэктомия); дефундацию и высокую ампутацию матки; аутотрансплантацию эндометрия. Показанием к консервативной миомэктомии является молодой возраст женщины (до 37 – 40 лет), желание сохранить репродуктивную функцию. Радикальными операциями при миоме матки являются надвлагалищная ампутация и экстирпация матки (субтотальная и тотальная гистерэктомия).

Консервативное лечение. Цель неоперативных методов лечения состоит в торможении роста опухоли. Лечение должно быть комплексным; оно предусматривает коррекцию нейроэндокринных нарушений, терапию экстрагенитальных и гинекологических заболеваний, устранение симптомов, отягощающих течение заболевания.

1. Гормональные препараты – основа консервативной терапии миомы матки.

* Гестагенные препараты назначают больным репродуктивного и пременопаузального возраста. (Норколут или премалут-нор с 16-го по 25-й день цикла или с 5-го по 25-й день по 5-10 мг/сутки в течение 6-9 месяцев), в пременопаузальном возрасте – в непрерывном режиме в течение 3-6 месяцев по 5-10 мг/сутки. 17-ОПК при сохраненном цикле – на 14-й, 17-й и 21-й дни цикла в дозе 125 или 250 мг в течение 6 мес.
* Эстроген-гестагенные препараты. Предпочтительны кратковременные курсы.
* Андрогены используют у женщин в пременопаузальном и постменопаузальном возрасте. Метилтестостерон в дозе 5-10 мг/сутки с 16-го по 25-й день цикла или с 5-го по 25-й день в течение 4-6 месяцев.
* Антагонисты гонадотропинов. Даназол по 400-800 мг/сутки в непрерывном режиме в течение 4-6 месяцев. Гестринон в дозе 2,5 мг два раза в неделю в течение того же времени.
* Аналоги люлиберина (золадекс) в течение 3-6 месяцев. Лечение начинают с 2-5-го дня менструального цикла. Золодекс вводят ежемесячно подкожно в дозе 3,6 мг. Это способствует уменьшению размеров миомы наполовину. При больших размерах миомы применение этих препаратов можно рассматривать как подготовку к операции.

Кроме проведения гормонотерапии необходима коррекция пищевого режима (ограничить легко усвояемые углеводы и животные жиры, включить в рацион растительные масла, фруктовые и овощные соки), препараты железа (сироп алоэ с железом, гемостимулин, ферроплекс и др.), витамины (витамины группы В (В1, В6, В15), аскорбиновую кислоту, витамин Е, А); препараты, защищающие желудочно-кишечно-печеночный комплекс (фестал и карсил – по 1 табл. 4 раза в день, либо метионин и аллохол), нейролептики в микродозах (трифтазин, этаперазин, френолон, метеразин) 3-х месячными курсами.

**Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. **Этиология и патогенез доброкачественных опухолей матки.**
2. **Классификация миомы матки.**
3. **Особенности клинической картины, методов диагностики и лечения миомы матки в зависимости от локализации миоматозного узла.**
4. **Принципы консервативного лечения миома матки.**
5. **Показания для оперативного лечения миомы матки, принципы органосохраняющей хирургии.**
6. **Реабилитация женщин, перенесших операции по поводу миомы матки.**

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1. ПРИ СОЧЕТАНИИ МИОМЫ МАТКИ И ВНУТРЕННЕГО ЭНДОМЕТРИОЗА У БОЛЬНОЙ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРПОЛИМЕНОРЕЕЙ И ВТОРИЧНОЙ АНЕМИЕЙ ПОКАЗАНА:

а) Экстирпация матки без придатков;

б) Экстирпация матки с придатками;

в) Надвлагалищная ампутация матки без придатков;

г) Надвлагалищная ампутация матки с трубами, с иссечением слизистой цервикального канала;

д) Надвлагалищная ампутация матки с трубами.

2. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ. ВЫБЕРИТЕ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

а) Нарушение функции соседних органов

б) Быстрый рост миомы

в) Нарушение трофики миоматозного узла

г) Интерстициальная миома матки размерами до 8 недель беременности

д) Интерстициальная миома матки размерами до 15 недель беременности

3. ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ МИОМЫ МАТКИ ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

а) гиперменореи с анемией

б) бесплодия в течение 1 года

в) увеличения матки до 18-недельного срока беременности

г) быстрого роста миомы

д) болевого синдрома

4. АДЕКВАТНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ СУБМУКОЗНОЙ МИОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) Физиолечение

б) Гормонотерапия

в) Хирургическое лечение

г) Фитотерапия

д) Лучевая терапия

5. ГОРМОНОТЕРАПИЯ МИОМЫ МАТКИ ИСКЛЮЧАЕТ ПРИМЕНЕНИЕ:

а) Гестагенов

б) Антигонадотропинов

в) Эстрогенов

г) Андрогенов

д) Эстроген-гестагенных препаратов

6. ПРИ МИОМАХ МАТКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, КРОМЕ:

а) малигнизация миоматозного узла

б) перекрут ножки миоматозного узла

в) нарушение трофики в узле

г) нарушение функции соседних органов

д) нарушение функции печени

7. ПРИ КАКОМ РАСПОЛОЖЕНИИ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ СДАВЛЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ И РАЗВИТИЕ ГИДРОНЕФРОЗА?

а) при субмукозной миоме

б) при интралигаментарном расположении узла

в) при субсерозной миоме

г) при интерстициальной миоме

д) при шеечной миоме

8. К АТИПИЧЕСКОМУ РАСПОЛОЖЕНИЮ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ ОТНОСИТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

а) миома круглой связки

б) интралигаментарное расположение узла

в) субмукозная миома

г) миома стенки влагалища

д) нет верного ответа

9. НАЗОВИТЕ АГОНИСТЫ ГОНАДОЛИБЕРИНА:

а) Даназол, гестринон

б) Прогестерон

в) Окситоцин

г) Золадекс, декапептил

д) Пролактин, дофамин

10. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ОТНОСЯТСЯ К АНТИГОНАДОТРОПИНАМ:

а) Даназол, гестринон

б) Прогестерон

в) Золадекс, декапептил

г) Мифепристон

д) Простагландины

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-д |
| 2-г | 7-б |
| 3-б | 8-в |
| 4-в | 9-г |
| 5-в | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

**Задача №1**

Женщина 36 лет направлена в клинику для обследования в связи с наличием симптомов гиперполименореи и вторичной анемии (гемоглобин 80 г/л). В анамнезе 2 беременности, закончившиеся 2 срочными родами без осложнений. Контрацепция – барьерная. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии. Вагинально: шейка матки цилиндрическая, нормальных размеров, зев закрыт. Тело матки увеличено до 10 недель беременности, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные.

Пациентка не желает подвергаться оперативному вмешательству с удалением матки.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. При каком расположении миоматозного узла наблюдаются особенно обильные кровотечения?
4. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
5. Лечение?

**Эталон ответа:**

1. Миома матки с нарушением менструального цикла по типу гиперполименореи. Хроническая постгеморрагическая анемия II степени.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, гемостазиограмма, УЗИ органов малого таза, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.
3. Субмукозном.
4. Аденомиозом, патологией эндометрия, патологией шейки матки, гормонпродуцирующей опухолью яичника, заболеваниями крови.
5. При отказе больной от оперативного лечения возможна эмболизация маточных артерий.

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова.

При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа:**

1. Быстрорастущая миома матки.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозных узлов, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.
3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки, беременностью.
4. Оперативное лечение.
5. Экстирпация матки.

**Задача №3**

В ж/к обратилась пациентка 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Из анамнеза: месячные регулярные, через 30-32 дня, по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся срочными родами. Контрацепция – фарматекс. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, у гинеколога на проф. осмотре последний раз была 3 года назад.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки рубцоводеформирована старыми невосстановленными акушерскими разрывами, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, по передней стенке матки близко к ее перешейку определяется плотное опухолевидное образование с четкими контурами до 6 см в диаметре, безболезненное. При смешении тела матки образование смещается вместе с маткой. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа:**

1. Субсерозная миома матки с нарушением функции соседних органов.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозного узла, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, симптом «пулевых щипцов», лапароскопия, КТ малого таза.
3. С опухолью яичника, опухолью кишечника или мочевого пузыря.
4. Оперативное лечение.
5. Экстирпация матки.

**Задача №4**

К гинекологу ж/к обратилась пациентка 56 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, которые беспокоят ее в течение 6 месяцев. В настоящее время постменопауза в 7 лет, в течение этого времени гинекологом не осматривалась. В возрасте 46 впервые была диагностирована миома матки (размеры матки соответствовали 6 неделям беременности), лечения не получала, менструальная функция была не нарушена. В анамнеза 2 родов. Из соматических заболеваний: сахарный диабет II типа, ожирение I ст.

При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища атрофична, без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 12 недель беременности, бугристая, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, параметрии свободные, своды глубокие безболезненные.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа:**

1. Миома матки с отмеченным ростом в постменопаузе.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозного узла, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, фракционное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов.
3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки.
4. Оперативное лечение.
5. Экстирпация матки с придатками.

**Задача №5**

К гинекологу в ж/к обратилась пациентка 28 лет с жалобами на обильные и длительные менструации, снижение трудоспособности. Месячные с 12 лет, в течение последнего года через 28 дней по 7-10 дней, обильные со сгустками, сопровождающиеся схваткообразными болями в низу живота. В анамнезе беременностей не было, живет регулярной половой жизнью без применения средств контрацепции, по поводу бесплодия не обследовалась. Соматически здорова, гинекологические заболевания в анамнезе отрицает.

При осмотре в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена в размерах до 7-8 недель беременности, шаровидной формы, плотной консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются, область их пальпации безболезненна. Своды глубокие, безболезненные. Во время УЗИ органов малого таза заподозрена субмукозная миома матки. В анализе крови Hb – 90 г/л.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Лечение?
5. В чем заключается предоперационная подготовка?

**Эталон ответа:**

1. Миома матки с субмукозным ростом узла. Нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия I-II степени. Бесплодие I.
2. УЗИ гениталий, гистеросальпингография, гистероскопия с фракционным диагностическим выскабливанием слизистой матки, кольпоскопия, цитология мазков на атипические клетки с шейки матки.
3. С аденомиозом, беременностью, патологией эндометрия (полип) и шейки матки.
4. Оперативное лечение (трансцервикальная резектоскопическая миомэктомия).
5. Назначение гормональных препаратов в течение 2-3 менструальных циклов (прогестагены, антагонисты гонадотропинов, агонисты гонадолиберина), препараты железа, витамины.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.**

1.Овладеть практическими навыками диагностики доброкачественных опухолей матки:

- осмотр в зеркалах, влагалищное исследование

- трактовка протоколов УЗИ и КТ органов малого таза (описание и снимки).

- техника зондирования полости матки.

- техника фракционного выскабливания слизистой матки.

- техника проведения гистероскопии.

2.Оценить результаты лабораторных методов обследования больных с опухолями матки (клинический и биохимический анализы крови).

3.Освоить практические навыки предоперационной подготовки больных с доброкачественными опухолями матки.

4.Освоить принципы послеоперационного ведения больных с миомой матки.

5.Знать ход основных гинекологических операций по поводу миомы матки (гистерэктомия, миомэктомия).

**1.Занятие № 24**

**Тема: «Доброкачественные опухоли яичников. Классификация. Клиника и диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников. Перекрут ножки опухоли яичника. Клиника, методы диагностики, методы хирургического лечения, реабилитация больных».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4.Значение темы**:

Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди всех опухолей женских половых органов, частота опухолей яичников составляла 6-11% и за последние 10 лет увеличилась до 19-25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75-87% от всех истинных опухолей яичников.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Современные методы контрацепции;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Физиотерапевтические методы лечения гинекологических больных;

-Септический аборт. Показания к выскабливанию полости матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

Обучающийся должен уметь:

**-**диагностировать беременность;

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска беременных;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать эктопическую беременность

-диагностировать острый живот в гинекологии;

-интерпретировать тесты функциональной диагностики, гормональные исследования;

Обучающийся должен владеть:

-владеть искусственным прерыванием беременности;

-особенностями лечения воспалительных заболеваний в острой и хронической стадиях. Оказанием неотложной помощи;

-пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-удалением маточной трубы;

-операциями: ушивание, резекция яичника, энуклеация кисты яичника;

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната, отделение гинекологии, приемный покой, операционная, смотровая, кабинет УЗИ

**6.Оснащение занятия**

а)иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, практические задачи, заключения цитологического и гистологического обследования, МРТ – снимки, данные УЗИ , макропрепараты, онко-маркеры, развернутый анализ крови, муляжи

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 30 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Особенности анатомического и гистологического строения яичников обусловливают морфологическое многообразие опухолей этого органа.

Яичник состоит из следующих слоев: 1) эпителиального покрова, представляющего собой уплощенный кубический эпителий; 2) белочной оболочки. Под белочной оболочкой располагается корковый слой яичника, в котором имеются яйцевые клетки и фолликулы, находящиеся на разных стадиях развития. В корковом слое яичника кроме фолликулов содержатся желтые тела (от цветущих желтых тел до белесоватых рубчиков – белые тела). Наряду с этим могут встречаться фолликулы, которые, не завершив свой цикл развития, либо подвергаются обратному развитию – атрезии (атретические фолликулы), либо находятся в состоянии персистенции (персистирующие фолликулы).

Мозговой слой яичника узкий, представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью, в которой большое количество сосудов. Остатки эмбриональных структур мезонефроидного происхождения, локализующиеся в брыжейке яичника, называют эпиофороном, а в толще широкой связки – параофороном.

Кроме выше перечисленных структур, основой опухоли яичника может быть эпителий, имплантируемый из матки (эндометрий) или трубы. Опухоли и опухоливидные образования могут развиваться из перечисленных тканей яичника, а также из яйцеклетки, которая содержит элементы эндо-, мезо- и эктодермы, а также из зачаточных элементов первичной почки: эпиофорон, пароофорон.

**Этиология и патогенез опухолей яичников***.*

Вопросы этиологии и патогенеза опухолей яичников чрезвычайно сложны, однако в настоящее время считается, что: опухоли яичников являются дисгормональными заболеваниями и одна из причин развития связана с повышением продукции гонадотропинов. Механизм возникновения опухоли схематически представляется следующим образом:

* первичное ослабление функции яичников и снижение уровня овариальных эстрогенов;
* компенсаторное повышение уровня гонадотропинов гипофиза, в первую очередь ФСГ.

## В условиях длительного повышения секреции ФСГ в яичниках возникает вначале диффузная, затем очаговая гиперплазия и пролиферация клеточных элементов, которая может закончиться образованием oпухоли. В возникновении опухолей имеет также значение изменение чувствительности тканей к действию нормальных концентраций гормонов. Кроме того, снижение функции эпифиза служить причиной возникновения гиперпластических процессов в яичниках.

В развитии опухолей яичников значение имеют некоторые факторы риска: генетическая предраспо­ложенность, нарушение менструальной функции, бесплодие, раннее либо позднее наступление менархе, так же сопутствующие заболевания как и ранняя до 45 лет или поздняя - после 50 лет менопауза, миома матки, генитальный эндометриоэ, хроническое воспаление придатков матки, сексуальные расстрой­ства.

**Классификация опухолей яичников**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических про­цессовяичников рекомендуется пользоваться классификацией, раз­работанной Международным Комитетом ВОЗ. Эта классификация предусматривает деление опухолей внутри каждого гистологического типа на доброкачественные, погранич­ные (промежуточные) и злокачественные формы.

**I. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ**

*А. Серозные опухоли*.

1. Доброкачественные:

а) цистаденома и папиллярная цистадонома,

б) поверхностная папиллома,

в) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистаденома и папиллярная цистаденома,

б) поверхностная папиллома,

в) аденофиброма и цистаденофнброма.

3. Злокачественные:

а)аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и папиллярная цистаденокарцинома,

б) поверхностная папиллярная карцинома,

в) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

*Б. Муцинозные опухоли.*

1. Доброкачественные:

а) цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные:

а) цистаденома,

6) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

а) аденокарцинома и цистаденокарцинома,

б) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма.

*В. Эндометриоидные опухоли*.

1. Доброкачественные:

а) аденома и цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

2. Пограничные:

а) аденома и цистаденома,

б) аденофиброма и цистаденофиброма.

3. Злокачественные:

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и цистаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома,

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные.

*Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.*

1. Доброкачественные:

а) аденофиброма.

2. Пограничные.

3.Злокачественные: карцинома и аденокарцинома.

*Д. Опухоли Бреннера.*

1. Доброкачественные.

2. Пограничные (пограничной злокачественности).

3. Злокачественные.

*Е. Смешанные эпителиальные опухоли.*

1. Доброкачественные.

2. Пограничные.

3. Злокачественные.

*Ж. Недифференцированные карциномы.*

*З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.*

### II. ОПУХОЛИ СТРОМЫ ПОЛОВОГО ТЯЖА

*А. Гранулезо-стромальноклеточные опухоли.*

1. Гранулезоклеточная опухоль.

2. Группа теком-фибром:

а) текома,

б) фиброма,

в) неклассифицируемые.

*Б. Андробластомы****:*** *опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.*

1. Высокодифференцированные:

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли,

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов,

Опухоль из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена),

в) опухоль из клеток Сертоли и Лейдига,

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных клеток.

2. Промежуточные опухоли (переходной дифференцировки).

1. Низкодифференцированные (саркоматоидные).
2. С гетерологическими элементами.

*В. Гинандробластома*.

*Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.*

**III. ЛИПИДНОКЛЕТОЧНАЯ (ЛИПОИДНОКЛЕТОЧНАЯ) ОПУХОЛЬ**

**IV. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

А. Дисгерминома.

Б. Опухоль эндодермального синуса.

В. Эмбриональная карцинома.

Г. Полиэмбриома.

Д. Хорионэпителиома.

Е. Тератомы:

1. Незрелые.

2. Зрелые:

а) солидные,

б) кистозные: дермоидная киста; дермоидная киста с малигнизацией.

3. Монодермальные (высокоспециализированные):

а) струма яичника,

б) карциноид,

в) струма яичника и карциноид,

г) другие.

Ж. Смешанные герминогенные опухоли.

#### V. ГОНАДОБЛАСТОМА

А. Чистая (без примеси других форм)

Б) Смешанная с дисгерминомной и другими формами герминогенных опухолей.

# VI. ОПУХОЛИ, НЕСПЕЦИФИЧНЫЕ ДЛЯ ЯИЧНИКОВ

(доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопоэтические, неврогенные и др.).

**VII. НЕКЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ ОПУХОЛИ**

**VII. ВТОРИЧНЫЕ (МЕТАСТАТИЧНЫЕ) ОПУХОЛИ**

**IX. ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ПРОЦЕССЫ**

А. Лютеома беременности.

Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.

В. Массивный отек яичника.

Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.

Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яич­ники).

###### Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты

и/или желтые тела.

Ж. Эндометриоз.

З. Поверхностные эпителиальные кисты включения.

И. Простые кисты.

К. Воспалительные процессы.

Л. Параовариальные кисты.

В клинической практике наибольшее значение имеют эпителиальные опухоли, опухоли стромы полового тяжа, герминогенные опухоли, метастатические опухоли и опухолевидные процессы. Перед тем, как перейти к разбору объемных образований яичников по нозологическим формам, считаем целесообразным дать определение понятий.

**Цистаденома** (кистома) – «истинная» опухоль яичника - образование с выраженной капсулой, в отличие от кист яичников способна к пролиферации и бластоматозному росту.

**«Анатомическая и хирургическая ножка» опухоли**

**Анатомическая ножка** – в ее состав входит собственная связка яичника, воронкотазовая связка, сосуды и нервы, проходящие в них.

**Хирургическая ножка** - образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. В состав хирургической ножки входят: собственная связка яичника, воронко - тазовая связка и маточная труба. Чаще растянутая в длину маточная труба.

**Кисты яичников (опухолевидные образования, ретенционные образования).**

**Киста** (cyst - полость) - полость заполненная жидкостью, капсула которой не имеет эпителиальной выстилки. Увеличение размеров кисты происходит за счет накопления жидкости, растяжения ее капсулы с последующей атрофией эпителия вследствие высокого внутриполостного давления жидкости. Ретенционные образования яичника (кисты) не обладают способностью к пролиферации (т.е. не способны к истинному бластоматозному росту), образуются в результате задержкиили избыточной жидкости в преформированных полостях.

Кисты могут образовыватъся из фолликула, желтого тела параовария (эпиофорона), эндометрия имплантировавшегося на поверхности яичника. В зависимости от источника образования различают кисты: фолликулярные, желтого тела, пароовариальные и эндометриодные. Увеличение полости за счет транссудации может приводить к атрофии яичниковой ткани и образованию значительного по размеру образования.

Эндометриоидные поражения яичников ввиду сложности и многогранности проблемы будут рассмотрены в отдельной главе.

**Фолликулярная киста.** Образуется в результате нарушения процесса овуляции. Зрелый фолликул не разрывается, овуляции не происходит и продолжается его дальнейший рост за счет накопления фолликулярной жидкости. Существуют две теории возникновения фолликулярных кист: 1) воспалительный процесс в придатках матки (застойная гиперемия, развитие явлений периоофорита и спаечного процесса); 2) гормональная - в результате нарушения гормонального баланса в женском организме.

Фолликулярная киста представляет собой одностороннее, тонкостенное, с гладкой поверхностью жидкостное образование, округлой формы, тугоэластической консистенции, диаметр которого не превышает 6-8 см. Содержимое кисты - прозрачная жидкость. Наличие фолликулярной кисты не препятствует pocтy и развитию других фолликулов.

Клиническая картина может быть бессимптомной или сопровождаться болями внизу живота и пояснице, нарушениями менструального цикла, типичными для персистирующего фолликула (гиперэстрогения).

**Киста желтого тела** возникает также в результате гормональных нарушений и воспалительных процессов придатков матки, что приводит к задержке обратного развития желтого тела. Киста желтого тела представляет собой толстостенное, чаще однокамерное жидкостное образование с гладкой поверхностью, внутренняя поверхность складчатая, желтого цвета. Форма кисты овоидная, располагается сбоку от матки, тугоэластической консистенции, подвижная, безболезненная, размеры ее не превышают 5-7см в диаметре. Клиника кисты желтого тела имеет следующие проявления: задержка менструаций от 2-3 нед. до 2-3 мес., во время которой у больной отмечаются признаки, типичные для беременности (тошнота, нагрубание молочных желез). Иногда бывают боли внизу живота, тянущего характера.

Существуют так называемые тека-лютеиновые кисты, возникающие при пузырном заносе и хориокарциноме. Отличительной особенностью данных кист являются большие размеры, двухстороннее расположение, высокие цифры ХГ. По мере лечения основного заболевания тека-лютеиновые кисты претерпевают обратное развитие в течение 1-2 мес. без специального лечения.

**Параовариальная киста** образуется из эпиофорона (надяичникового придатка, параовария). Как правило, параовариальная киста имеет сравнительно небольшие размеры, но иногда достигает большой величины, имеет тонкую стенку, располагается межсвязочно, при пальпации тугоэластической консистенции, безболезненна. На поверхности кисты обычно лежит распластанная вытянувшаяся маточная труба, которая представляется как бы замурованной в ее стенке. Яичник может плотно прилегать к нижнему полюсу кисты, иногда распластан на ее поверхности. Менструальная функция обычно не нарушена. Как правило, параовариальные кисты обнаруживаются случайно, симптомы могут отсутствовать, иногда больная отмечает боли в нижней части живота, в крестце.

**Диагностика.** Важность проблемы заключается в том, что больные с кистами яичников нередко необоснованно подвергаются оперативному лечению, что объясня­ется, с одной стороны, трудностями дифференциальной диагностики с истинными опухолями, а с другой - отсутствием единой концепции в отношении консервативной терапии и патогенетически обоснованных мето­дов лечения. Диагноз ставится на основании жалоб, анамнеза, гинекологического исследования, а также дополнительных методов исследования.

Как правило, опухолевидные образования яичников развиваются бессимптомно и выявляются при профилактических осмотрах. Однако при тщательном расспросе все же выявляется веду­щий симптом -боли различной степени выраженности и характера, у 60% пациенток имеются те или иные нарушения менструальной функции; отмечается снижение репродуктив­ной функция (почти у каждой пятой больной первичное или вторичное бесплодие). Крайне редко, при больших размерах опухоли имеет место нарушение функции соседних органов (учащенное мочеиспускание).

Для ретенционных образований яичников характерно исчезновение или уменьшение размеров после менструации и в процессе лечения.

Ведущим методом диагностики является ультразвуковое исследование; в ряде случаев прибегают к лапароскопии. Врачебная тактика при ретенционных образованиях заключается в диагностическом наблюдении в течение 2-6 менструальных циклов, проведении консервативной противовоспалительной рассасывающей терапии и физиотерапии с включением электрофореза йодистого калия, гормонотерапии.

До настоящего времени, при лечении кист яичников не утратила пункция образования под контролем УЗИ.

При неэффективности консервативного лечения или возникновении осложнений (перекрут ножки кисты, разрыв стенки с внутрибрюшным кровотечением) показано оперативное лечение. При хирургическом лечении кист предпочтение отдается лапароскопии. Во время операции производится вылущивание кисты, если сохранилась неизмененная ткань яичника. При отсутствии таковой производится удаление придатков пораженной стороны.

Возможность динамического наблюдения за ретенционными образованиями яичников колеблется от 2 до 6 мес, с обязательным УЗИ-контролем до и после менструации.

##### ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ

**Эпителиальные опухоли**сос­тавляют 90% всех опухолей яичников.

***Простая серозная цистаденома (кистома)*** покрыта низким кубическим эпителием, расположена сбоку от матки или в заднем своде, чаще односторонние, овальной формы, тугоэластической консистенции, не достигают больших размеров, подвижные, с гладкой поверхностью, безболезненные. Внутренняя поверхность ее выстлана реснитчатым эпителием, напоминающим трубный. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как «цилиоэпителиальные» кисты. Поражаются женщины всех возрастов, но чаще в возрасте от 41 до 50 лет. Из клинических сим­птомов довольно часто отмечаются боли внизу живота и поясни­це. Нарушения менструального цикла бывают относительно редко.

Другая разновидность серозных опухолей – ***папиллярная цистаденома.***  Реснитчатый эпителий, выстилающий внутреннюю поверхность капсулы, обладает склонностью к пролиферации и образованию мягких крошащихся сосочков. Эти разрастания напоминают цветную капусту. Опухоль заполнена серозным содержимым, располагается сбоку от матки (нередко мезсвязочно), чаще двусторонняя, овальной формы, эластической консистенции с гладкой поверхностью, обычно небольших размеров, подвижная, безболезненная, может сопровождаться асцитом. Часто перерождается в рак, т.к. клетки опухоли обладают большой степенью пролиферации. Иногда множественные сосочки заполняют всю полость, прорастают через капсулу на наружную поверхностъ ее. Опухоль легко распространяется по брюшине. Лечение - оперативное. Объем операций зависит от возраста больной и характера поражения. При серозной цистаденоме объем операции заключается в удалении придатков пораженного яичника.

Папиллярная цистаденома вследствие выраженности пролиферативных процессов требует более радикальной операции. При поражении одного яичника в случаях, когда папиллярные разрастания располагаются лишь на внутренней поверхности капсулы опухоли, допустимо (в зависимости от возраста) удаление придатков пораженной стороны. При поражении обоих яичников производят надвлагалищную ампутацию матки с придатками с обеих сторон. Если папиллярные разрастания обнаруживаются на поверхности капсулы, дополнительно резецируют сальник и в последующем назначают химиотерапию. Особое значение для решения вопроса об объеме операции имеет срочное гистологическое исследование, особенно в детском и подростковом возрасте.

***Муцинозная цистаденома.*** В настоящее время термины «псевдомуцинозная киста» и «псевдомуцинозная кистома» исключены из обихода и замене­ны синонимом муцинозная цистаденома. Макроскопическое строение состоит в том, что ти­пичной формой для муцинозных опухолей является многокамерное образование круглой или овальной формы, нередко бугристое, с раз­личной толщиной стенок. Однокамерные варианты встречаются значительно реже. Внутренняя поверхность капсулы выстлана эпителием типа цервикального, способным продуцировать характерное слизеобразное содержимое. Размеры муцинозных кистозных опухолей различны - описаны опухоли массой до 36 кг. Двусторонность процесса отмечается в 1/3 наблюдений. Опухоль располагается либо сбоку, либо выше матки, чаще односторонняя, овальной формы, поверхность неровная из-за многокамерности, консистенция тугая. Может достигать больших размеров и даже гигантских; подвижность ее зависит от величины, при пальпации она болезненна. Поражаются женщины всех возрастов.

Из клинических симптомов довольно часто отмечаются уве­личение живота или ощущение тяжести в животе (за счет вели­чины самой опухоли) и боли в животе. Лечение оперативное: удаление придатков пораженного яичника желательно со срочным, гистологическим исследованием. У женщин до 40 лет удаляются придатки с одной стороны, у пациенток старше 40 лет необходимо удалить придатки и осмотреть внутреннюю поверхность опухоли. Необходима также ревизия органов брюшной полости (червеобразного отростка, желудка, кишечника, печени), осмотр и пальпация сальника, парааортальных лимфоузлов.

***Муциноматоз брюшины (псевдомиксома брюшины)*** является специ­фическим осложнением течения муцинозных опухолей яичников. Источниками муциноматоза брюшины чаще всего являются муцинозные цистаденомы и цистаденокарциномы, а также кисты или дивертикулы червеобразного отростка. Могут быть сочетания кистозных процессов яич­ников с мукоцеле отростка. Развитие муциноматоза связано с разрывом стенки муцинозной опухоли яичника. Описаны случаи, когда количество слизистых масс в брюшной полости может накапливаться более 30 кг.

Псевдомиксома брюшины — тяжелое, трудно распознаваемое заболева­ние, по своей природе всегда являющееся результатом попадания слизи из какой-либо первичной кисты, чаше всего яичника новообразования.

##### Опухоли стромы полового тяжа

К опухолям стромы полового тяжа относятся гранулезостромальные клеточные опухоли (гранулезоклеточная опухоль и группа теком-фибром) и андробластомы. Это гормонально-активные опухоли и по клиническому течению они разделяются на феминизирующие (гранулезоклеточная и текома) и маскулинизирующие (андробластома). Феминизирующие опухоли встречаются в любом возрасте: гранулезоклеточная - чаще у детей и в молодом возрасте, текома - в пре- или постменопаузе.

***Гранулезоклеточная опухоль*** развивается из гранулезной ткани, сходной по строению с зернистым эпителием зреющего фолликула. Текома состоит из клеток, похожих на тека-клетки зреющих и атрезирующих фолликулов. Клинические проявления связаны с гормональной активностью этих опухолей. У девочек развивается клиника преждевременного полового развития, появляются нерегулярные кровянистые выделения из половых путей при незначительном развитии вторичныхполовых признаков; определяются черты эстрогенного влияния - цианотичность вульвы, складчатость влагалища, увеличение матки, появление симптома «зрачка». У этих пациенток в то же время не отме­чается ускорения соматического развития. Костный возраст, вес и рост соответствуют календарному. В репродуктивном периоде наблюдаетсянарушение менструальной функции по типу дисфункциональных маточных кровотечений.

Возникновение феминизирующих опухолей в пожилом возрасте приводит к «омоложению» больной, появлению кровяных выделений из половых путей и признаков эстрогенного влияния.В эндометрии развивается железистая гиперплазия, а под влиянием длительной гиперэстрогении возможно возникновение рака эндометрия. Чаще эти опухоли расположены в боковом своде, односторонние, овальной формы, плотные, тугоэластической консистенции, различных размеров - от горошины до размеров головы взрослого человека, подвижные, безболезненные. Капсула четко выражена у гранулезоклеточной опухоли, поверхность гладкая или неровная. Макроскопически опухоль имеет выраженную дольчатость и желтый цвет, очаговые кровоизлияния и некрозы. Капсула у текомы обычно отсутствует: на разрезе и с поверхности текомы желтоватого цвета, с волокнистыми прослойками серо-белого света, у некоторых цвет ярко оранжево-желтый.

Частота гранулезоклеточной опухоли составляет от 0,6 до 3% по отношению ко всем новообразованиям яичников. Текомы встречаются в 3 раза реже. Течение феминизирующих опухолей может быть добро­качественное (в 75-80% наблюдений) и злокачественное. Их злокачественность определяется метастазами и рецидивами. Метастазы возникают преимущественно в области серозного покрова органов брюшной полости, париетальной брюшины и сальника. Более часто злокачественное течение наблюдается у гранулезоклеточной опухоли, крайне редко - у текомы.

Лечение феминизирующих опухолей только оперативное. Объем операции зависит от возраста больной, состояния второго яичника и парааортальных лимфоузлов. Желательна срочная гистология удаленного препарата, у девочек при гранулезоклеточной опухоли удаляется только пораженный яичник, если нет поражения лимфатических узлов. Требуется тщательное наблюдение за девочкой и при малейшем росте второго яичника необходимо его удаление. У пациенток репродуктивного периода также надо стремиться к минимальному объему оперативного вмешательства - удалению придатков пораженной стороны. В пожилом и старческом возрасте производится операция в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками.

***Фиброма яичника.*** Фибромы яичника (опухоль из соединительной ткани) относится к группе теком-фибром, встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, иногда гидроторакс и анемию (синдром Мейгса). Фибромы чаше всего односторонние, самой раз­личной величины, плотной консистенции, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлия­ний. Причина накопления жидкости в серозных полостях при фиброме окончательно не установлена.

Больные крайне редко поступают первично к гинекологу - обычно после обследования терапевтом, онкологом, фтизиатром, хирургом. Течение – доброкачественное, лечение оперативное в объеме удаления придатков пораженной стороны.

Андробластома - **маскулизирующая гормонопродуцирующая опу­холь, содержащая клетки Сертоли - Лейдига (хилюсные и стромальные клетки). Образующиеся при этом в избытке андрогены угнетают функ­цию гипофиза и поэтому в организме снижается выработка эстрогенов. Встречается у пациенток старше 20 лет (20-35 лет). Основной клинический признак - дефеминизация (на фоне общего здоровья возникают аменорея, бесплодие, уменьшаются молочные железы), а затем появляются признаки омужествления - грубеет тембр голоса, появляется оволосение по мужскому типу, снижается либидо, уменьшается подкожно-жировая клетчатка, возникает гипер­трофия клитора, контуры тела и лица приобретают мужские черты. Симптомы развиваются постепенно. В редких случаях заболевание прогрессирует быстро.**

Клинические проявления в большей мере зависят от возраста. В возрасте до полового созревания опухоль встречается крайне редко и распознавание ее представляет большие трудности, так как симптомов дефеминизации при этом отметить не удается. В репродуктивном периоде пациентка обращается к врачу, как правило, по поводу аменореи и бесплодия. В период климактерия и постменопаузы женщин редко беспокоят признаки дефеминизации, которые в большинстве случаев принимаются за проявление возрастного характера, и лишь при возникновении симптомов маскулинизации пациентки обращаются к врачу. Опухоль растет медленно, поэтому больные годами являются носительницами этого образования, и более раннее обращение к врачу связано с болями внизу живота.

При гинекологическом исследовании определяется опухоль, расположенная сбоку от матки, односторонняя, овальной формы, плотная, небольших размеров*,* подвижная, безболезненная. Величина опухоли варьирует от 2 до 18 см в диаметре. Капсула ясно выражена, строение дольчатое. На разрезе опухоль обычно солидной, желтой, оранжевой или оранжево-желтой окраски.

Лечение оперативное. При андробластоме достаточно удалить опухоль в пределах здоровой ткани яичника у лиц репродуктивного возраста. У пациенток старшего возраста показано удаление придатков пораженной стороны. При подозрении на злокачественный характер показана пангистерэктомия с резекцией сальника. После удаления опухоли функции организма женщины восстанавливаются в такой же последовательности, в какой развивались симптомы заболевания, хотя огрубение голоса, увеличение клитора и гирсутизм могут сохраниться на всю жизнь. Облик женщины меняется очень быстро. Восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции. Прогноз в большинстве случаев благоприятный.

Герминогенные опухоли

Различают зрелые (доброкачественные) и незрелые (злокачественные) тератомы (тератобластомы), которые происходят из какого-либо одного или из всех трех зародышевых листков (эктодермы мезодермы, эндодермы).

Зрелая тератома (дермоидная киста) является одной из наиболее распространенных опухолей яичников в детском и юношеском возрасте. Эта опухоль встречается даже у новорожденных, что косвенно свидетельствует о тератогенном происхождении этих опухолей или из остатков эмбриональных тканей. Зрелые тератомы располагаются обычно спереди и сбоку от матки, чаще односторонние, округлой формы, неравномерной плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, редко достигают размеров более 13-15cм в диаметре, отличаются большой подвижностью**,** безболезненны; за счет длинной «ножки» обладают повышенной подвижностью и склонностью к ее перекруту. Зрелая тератома является однокамерным образованием (редко наблюдается многокамерное строение), заполненным салом, волосами, зубами, хрящом (тканью эктодермального происхождения).

Лечение зрелых тератом хирургическое - удаление придатков пораженной стороны, у девочек - резекция яичника в пределах здоровых тканей. Прогноз благоприятный. Злокачественное перерождение отмечается лишь в 1,7% наблюдений.

***Дисгерминома* -** злокачественная опухоль, относящаяся к группе герминогенных (зародышевых) новообразований. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. Дисгерминомы растут и метастазируют быстро, возраст паци­ентов молодой, чаще страдают инфантильные женщины с замед­ленным половым развитием и признаками псевдогермафродитизма. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, состав­ляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников.

Жалобы больных неопределенные, иногда появляются тупые тянущие боли внизу живота, учащенное мочеиспускание, общее недомога­ние, слабость, сонливость. Девочки из резвых и шаловливых стано­вятся вялыми и тихими. Появляется быстрая утомляемость. Опухоле­вый рост сопровождается расстройством менструального цикла: длительная аменорея (4-6 мес.) может сменяться маточными кровотечениями. В незапущенных случаях картина крови обычно без каких-либо особых изменений. При появления распада опухоли и быстром ее распространении возникает незначительное повышение вечерней температуры тела, увеличивается СОЭ, в картине крови появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При гинекологическом осмотре определяется опухоль, расположенная позади матки, чаще односторонняя (двусторонние опухоли встречаются в 8-12 наблюдений), округлой формы, плотная, бугристая, разнообразной величины (чаще достигает больших размеров), в начале развития опухоль подвижная, безболезненная. Дисгерминома характеризуется быстрым ростом, способностью к сращиваниям с прилежащими органами (маткой, петлями кишечника) и быстрому метастазированию в парааортальные лимфоузлы, в лимфоузлы по уходу нижней полой вены, в околопочечные лимфоузлы и отдаленные органы (легкие, мозг).

Прогноз при дисгерминомах различный. У детей они протека­ют более доброкачественно, чем у взрослых. «Чистые» формы дис­гермином обладают высокой радиочувствительностью (рентгенотающие опухоли) и поэтому полное излечение даже при наличии метастазов реально.

Лечение опухоли только хирургическое, с последующей лучевой терапией. При односторонней опухоли без признаков распространения за пределы пораженного яичника можно ограничиться его удалением. Во время операции необходимо очень бережное обращение с опухолью. Нарушение целостности капсулы резко ухудшает прогноз заболевания. При распространении опухоли за пределы одного яичника показана более радикальная операция - удаление придатков и матки с последующей рентгенотерапией. Как первичная опухоль, так и метастатические узлы хорошо поддаются рентгенотерапии. При правильном лечении возможно полное выздоровление.

***Тератобластома***(незрелая тератома) - опухоль чрезвычaйно незрелой степени дифференцировки, относится к группе злокачественных новообразований яичника; занимает первое место среди злокачественных опухолей яичника у девочек. Опухоль рacполагается сбоку от матки, одностороння, неправильной овоидной формы, неравномерно мягкая, местами плотной консистенции, поверхность бугристая, достигает больших размеров (до 20 см), малоподвижная, безболезненная. Цвет опухоли белесый; на разрезе кистозные полости имеют разную величину с участками плотного (солидного) характера. Макроскопически в опухоли могут определяться кость, хрящ, зубы, жировая ткань и редко волосы.

Эта опухоль очень быстро прорас­тает капсулу, имплантируется в брюшину, дает метастазы в забрюшинные лимфоузлы, легкие, печень, головной мозг. Девочки с незрелой тератомой яичника обычно жалуются на боль внизу живота, общую слабость, вялость, быструю утомляемость, понижение работоспособности и плохое настроение. Менструальная функция не нарушена. На поздних стадиях развития опухоли наблюдаются кахексия, асцит, повышение температуры. Со стороны крови отмечаются изменения, присущие злокачественным опухолям яичника. Лечение хирургическое - надвлагалищная ампутация матки с придатками и последующей рентгенотерапией. Прогноз неблагоприятный.

##### Метастатические опухоли яичников

Метастатические новообразования относятся к вторичным опухолям яичников. Основными источниками метастазов являются карциномы желудка (опухоль Крукенберга), кишечника, молочной железы и матки. Возможно метастазирование легкого и щитовидной железы, а также метастазирование опухоли из одного яичника в другой. Процесс метастазирования осуществляется лимфогенным, гематогенным и имплантационным путями. Метастазы в яичники чаще всего бывают двусторонними, но при одностороннем поражении - преимущественно справа. Макроскопически метастатические узлы разнообразной формы, крупнобугристые и плотные, напоминают фиброму. Гистологически вторичные (метастатические и инвазивные) опухоли яичников аналогичны по структуре первичным опу­холевым узлам и сходны по степени морфологической дифференцировки. При метастазах из рака желудочно-кишечного тракта устанавливаются обычно перстневидноклеточные формы рака (ме­тастаз Крукенберга), метастазы железистого, солидного или скиррозного строения.

**Опухоли Бреннера** встречаются доволь­но редко - в пределах 0,5% по отношению ко всем первичным опу­холям яичников. Преобладают доброкачественные варианты, но встречаются и злокачественные формы. Наиболее распространен­ный крупно- клеточный солидный вариант опухоли Бреннера, со­провождающийся фиброзной стромой, гормонально не активен. Все остальные типы опухоли Бреннера гормонально активны, что подтверждается появлением у пожилых женщин гиперплазии эн­дометрия, дисгормональных пролифератов в матке и молочных железах. Макроскопически опухоль Бреннера разнообразна, раз­меры - от 2 до 20 см в виде плотных бугристых узлов, округлой или овальной формы, напоминающих фиброму. На разрезе опухоль мелко- или крупнопористого вида с полостями диаметром 0,2— 1,0 см, в которых находится слизеподобное содержимое. Клинические симптомы не характерны. Опухоль может себя выдать только лишь в момент пальпации своей резкой плотностью. Прогноз при опухолях Бреннера чаще всего благоприятный. Способность к метастазированию представ­ляет собой казуистику.

**Диагностика**

Для опухолей яичников характерно длительное бессимптомное течение; как правило, они расположены на ножке, что обусловливает их подвижность, нередко перекручивание; возможны спайки с соседними органами малого таза. По мере роста опухоли может быть сдавление и смещение мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки, иногда подвздошных сосудов (т.е. нарушение функции соседних органов); матка может оттесняться в противоположную сторону. Одним из наиболее постоянных, но слабовыраженных симптомов является позднее появление боли, локализующейся в области растущей опухоли, особенно если она внутрисвязочная. Перекрут ножки опухоли сопровождается острой болью. Иногда опухоль обнаруживается больной или врачом при отсутствии каких-либо болезненных проявлений. В ряде случаев единственной жалобой бывает увеличение живота. Нарушения менструальной функции, бесплодие не являются строго специфичными симптомами опухолей яичников.

При диагностике опухолей яичника большое значение имеют анамнез, осмотр и пальпация живота, влагалищное и ректо-абдоминальное исследования. Опухоли и опухолевидные образования следует дифференцировать с беременностью, миомой матки, тубоовариальной опухолью воспалительной этиологии, злокачественной опухолью яичника, дистопией почки, опухолями других органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Беременность исключается путем тщательного изучения анамнеза и учета вероятных и достоверных признаков, определения в моче и крови хорионического гонадотропного гормона, ультразвукового исследования. Тубоовариальную опухоль воспалительного характера (в холодном периоде) зачастую невозможно дифференцировать от истинной опухоли яичника. Уточнение диагноза проводится с помощью дополнительных методов исследования:

1) проба с пулевыми щипцами и зондирование полости матки,

помогающие в определенной мере исключить субсерозную миому матки;

2) ультразвуковое сканирование, позволяющее получить визуальное изображение образований и судить об их размерах и структуре - плотной или жидкостной с различными включениями, выявить наличие сосочковых разрастаний на капсуле (ультразвуковое исследование должно осуществляться трансабдоминальным и трансвагинальным датчиками). В случаях, подозрительных на злокачественный процесс, эхографию целесообразно до­полнять допплерометрией, которая позволяет в цвете выявлять сосудистое строение опухоли и определять особенности кровотока в найденных сосудах, тем самым дифференцируя доброкачественный и злокачественный характер образования;

3) эндоскопические методы исследования: лапароскопия, позволяющая не только диагностировать, но и одновременно произвести хирургические манипуляции (кистэктомия, резекция яичника, аднекстэктомия);

4) обзорная рентгенография органов малого таза, выявляющая костные включения, характерные для зрелой тератомы;

5) рентгенологическое обследование желудочно-кишечного трак­та, при необходимости эндоскопическое (гастроскопия, ректороманоскопия, колоноскопия) для исключения метастатической опухоли (Крукенберга);

6) урологическое обследование (цистоскопия, внутривенная урография) - для решения вопроса о распространенности процесса;

7) цитологическое исследование мазков из асцитической жидкости;

8) для решения вопроса о распространенности процесса при злокачественных опухолях применяются лимфо- и ангиография;

9) в последние годы используется компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (уточнение степени распространения опухолевого процесса, состояние лимфатических узлов);

10) важным иммунологическим методом диагно­стики опухолей является определение опухолевых антигенов — маркеров в сыворотке крови больных (СА-125, СА-19-9), а также РО-тест (тест на опухолевый рост);

11) в случае невозможности почему-либо уточнить характер опухоли и ее локализацию с помощью дополнительных методов исследования показана пробная лапаротомия.

K числу осложнений при опухолях яичника относятся: перекрут ножки опухоли, разрыв капсулы, кровоизлияние в капсулу, злокачественное перерождение (ургентные ситуации, связанные с опухолями яичников представлены в главе «Острый живот в гинекологии»).Общепринятым методом лечения опухолей яичников считается хирургический. Мне­ние о том, что больная с овариальным образованием должна обязательно подвергаться хирур­гическому лечению, общепризнанно и правильность его подтверждена многочисленными кли­ническими наблюдениями. Реконструктивно-пластические операции на яичниках должны проводиться с макси­мальным сохранением здоровой яичниковой ткани. Классическая лапаротомическая методи­ка удаления доброкачественных овариальных образований заключается в вылущивании обра­зования из ткани яичника и его полном (с капсулой) удалении из брюшной полости. Оставшаяся ткань яичника послойно зашивается с помощью узловых или непрерывных швов, которые необходимы не только для коаптации тканей, но и для гемостаза. В настоящее время большинство пациенток с доброкачественными образованиями яичников оперируются лапароскопическим доступом.

Перекручивание ножки опухоли яичника является одним из частых и тяжелых осложнений.

При медленном перекручивании ножки кровообращение нарушается нередко и поэтому симптомы этого осложнения бывают выражены слабо. При внезапном полном перекручивании ножки симптомы выявляются быстро, очень бурны и имеют тенденцию к нарастанию. В таких случаях после физического напряжения, а иногда и без этого, появляются боли в животе. У больной развивается состояние шока: пульс учащается, появляются тошнота, рвота, выступает холодный пот, вздувается живот, возникают явления перитонизма (раздражения брюшины). При одновременном перекручивании и кровоизлиянии в ткань опухоли появляются, кроме этого, признаки нарастающей анемии: пульс частый и нитевидный, бледность кожных покровов, цианоз губ и ногтей.

При вагинальном исследовании определяют опухоль, которая бывает, как правило, неподвижной.

Дифференцировать заболевание следует с внематочной беременностью, аппендицитом, апоплексией яичника, воспалительными звболеваниями придатков матки, перекрутившимся субсерозным миоматозным узлом. Однако длительные дифференциально - диагностические размышления недопустимы. Уже один перечень этих заболеваний показывает, что во всех этих случаях необходимо неотложное чревосечение, которое позволит не только уточнить диагноз, но и спасти жизнь больной. Чревосечение производят под общим наркозом. После вскрытия брюшной полости опухоль выводится в рану не позволяя ножке раскручивать во избежание эмболии, возникающей от попадания в круг кровообращения тромба, отрывающегося из вены ножки опухоли при её раскручивании. При наличии тонкой длинной ножки зажим накладывают через всю ножку и отсекают опухоль, в случае же широкой ножки накладывают 3 зажима раздельно - на воронко - тазовую связку, на собственную связку яичника и на маточную трубу. После рассечения тканей и легирования сосудов производится перитонизация листками широкой и круглой связок, проверяется гемостаз, затем осматриваются вторые придатки и в зависимости от их состояния решается вопрос объема всей операции.

При доброкачественных опухолях всегда стремятся у женщин детородного возраста сохранить часть яичника, при злокачественной опухоли одного яичника - удаляют матку (экстирпация) с придатками не считаясь с возрастом больной.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1. Дать характеристику кисты яичника.
2. Дать характеристику цистаденомы яичника.
3. Перечислить кисты яичника.
4. Какие ткани яичника являются источником опухоли?
5. Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.
6. Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период климакса и менопаузы.
7. Клинические особенности феминизирующей опухоли яичника в зрелом возрасте.
8. С какой целью производится обследование желудочно-кишечного тракта у больных с опухолями яичника?
9. Объем оперативного вмешательства при ретенционных кистах яичника.
10. Объем оперативного вмешательства при истинных опухолях яичника.
11. Что образует «анатомическую» ножку опухоли яичника?
12. Что образует «хирургическую» ножку опухоли яичника?
13. Симптомы перекрута ножки кисты или кистомы яичника.
14. Особенности клинического течения доброкачественных опухолей яичника.
15. Осложнения, возникающие при доброкачественных опухолях яичников.
16. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при наличии опухоли яичника?
17. Перечислить дополнительные методы исследования при подозрении на опухоль яичника.
18. Какие дополнительные методы исследования применяются при дифференциальной диагностике опухолей яичника и матки?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

2.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4) ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

3.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

4.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

5.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

6.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

7.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

8. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

9. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

10. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ДЕРМОИДНОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА

а) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии

б) производят экстирпацию матки с придатками

в) удаляют оба яичника

г) верно б) и в)

д) все перечисленное неверно

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-д |
| 2-в | 7-б |
| 3-а | 8-г |
| 4-б | 9-д |
| 5-в | 10-д |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная, 39 лет, доставлена в стационар с жалобами на острые боли внизу живота, рвоту, повышение температуры тела до 37,5°С. При осмотре: живот умеренно вздут, положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Пульс 92 уд. в 1 мин., АД 110/70 мм рт.ст. При влагалищном исследовании: тело матки плотное, не увеличенное, подвижное, безболезненное, справа и спереди от матки пальпируется образование размером 6х8 см., тугоэластической консистенции, резко болезненное при смещении, слева придатки не определяются, свод свободен, выделения слизистые.

* 1. Предварительный диагноз?
  2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
  3. Методы обследования?
  4. Тактика лечения?
  5. Объем оперативного лечения?

**Эталон ответа**

1. Перекрут ножки опухоли яичника.
2. Субсерозный узел на ножке, тубовариальная воспалительная опухоль яичника.
3. УЗИ гениталий, Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови и тд.
4. Оперативное лечение в экстренном порядке.
5. Аднекстэктомия, дальнейший объем в зависимости от найденных изменений.

**Задача №2**

Больная 52-х лет поступила в гинекологическое отделение в связи с жалобами на слабость, тянущие боли внизу живота. Постменопауза 2 года. В анамнезе одни роды и два аборта, хроническое воспаление придатков матки. При осмотре отмечается увеличение размеров живота, притупление перкуторного звука в боковых отделах. При влагалищном исследовании: матка небольших размеров, смещена вправо, слева и кзади от нее пальпируется бугристое, безболезненное, малоподвижное образование плотной консистенции размером 10-12 см..

1. Поставьте диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Предполагаемый объем обследования?
4. Тактика врача?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Кистома яичника, не исключается малигнизация. Асцит. ОГА.
2. С тубовариальной воспалительной опухолью, узловой формой эндометриоза, субсерозной миомой на ножке.
3. ФГЛ гр. Клетки, ФГС , ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, онкомаркеры, общеклиническое обследование, мазки на АК, кольпоскопия.
4. Оперативное лечение: чревосечение, удаление матки с придатками, при подозрении на малигнизацию оментэктомия, лимфаденэктомия, в послеоперационном периоде химиолучевое лечение.
5. Планирование беременности, барьерная контрацепция, своевременное обращение к гинекологу, проведение курсов противовоспалительной терапии, регулярно профосмотры с УЗИ, онкомаркерами в динамике.

**Задача №3**

Больная В., 42 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Из анамнеза: менструации с 13 лет. Последняя менструация 10 дней назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. Объективно: живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная болезненная бугристая опухоль, перкуторные границы совпадают с пальпаторными. Бимануально: матка пальпируется с трудом, в области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Планируемое обследование?
3. Ваша тактика?
4. Объем оперативного лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Двусторонняя кистома яичников, не исключается рак Крюкенберга.
2. ФЛГ гр. Клетки, ФГС, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ печени, почек, поджелудочной железы, УЗИ, онкомаркеры, общеклиническое обследование, мазки на АК.
3. Оперативное лечение после дообследования в условиях ОЦ.
4. При отсутствии данных за патологию внутренних органов – чревосечение (нижнесрединная лапаротомия). Удаление по возможности матки с обеими придатками, оментэктомия, лимфаденэктомия. Тщательная ревизия органов брюшной полости.
5. Своевременное оздоровление соматической патологии (язвенная болезнь желудка), регулярный профосмотр с УЗИ, онкомаркерами у гинеколога.

**Задача №4**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

1. Диагноз?

2. Дифференциальный диагноз?

3. Объем обследования?

4. План лечения?

5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1 Разрыв капсулы Кистомы правого яичника.

2. Нарушение трофики опухоли с распадом.

3. Общеклиническое обследование по сito.

4. Необходимо срочное оперативное лечение (чревосечение, НАМ с придатками, вопрос о сальнике после осмотра макропрепарата).

5. Регулярные профосмотры + УЗИ.

**Задача №5**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б

1. Предполагаемый диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Планируемое обследование?

4. Тактика?

5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Кистома яичника, не исключается гормонопродуцирующая-маскулянизирующая, с ОНМЦ по типу олигоменорреи, гирсутизмом.

2. Саркома матки, рак шейки матки- полип.

3. УЗИ гениталий, МРТ головного мозга, гормоны сыворотки крови (тестостерон, ДАС, 17-ОН прогестерон, ФСГ, ЛГ, ССГ).

4. При подтверждении диагноза оперативное лечение (лапароскопия, ревизия органов бр.полости, удаление опухоли, при необходимости интраоперационная цитодиагностика).

5. Благоприятный при доброкачественном генезе опухоли.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8.**

1. Освоить методы диагностики опухолей яичников:

* Цитологическое исследование (кульдоцентез);
* Ректовагиноабдоминальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.

1. Участвовать в проведении УЗИ малого таза, КТ, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать морфологические данные.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака яичников.
4. Участвовать в операциях, гистерэктомии, пангистерэктомии, оментэктомии, аппендэктомии.
5. Уметь разработать план ведения больной:
6. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
7. Уметь клинически интерпретировать данные кульдоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики
8. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК при опухолях яичников.
9. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

**1.Занятие № 25**

**Тема: «Злокачественные опухоли яичников. Классификация, этиология, особенности диагностики и клинической картины. Хирургическое лечение при опухолях яичника, виды и объемы оперативного лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, метод проблемного изложения.

**4.Значение темы**: Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает третье место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку тела матки и раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных. Рак яичников – ведущая причина смерти от рака ЖПО в США. Среди причин смертности женского населения США рак яичника занимает 4-е место. В разных странах частота заболеваемости и смертности среди жен­ского населения от рака яичников неодинакова: самая низ­кая— в Японии, а самая высокая — в Дании. Им заболевает приблизительно 12 из 1000 женщин, но только у 2-3 из этих 12 наступает выздоровление. Вне зависимости от возраста РЯ заболевает одна из 70 женщин (1,4%).Заболеваемость начинает увеличиваться после 40 лет и продолжает нарастать до 70- 80 лет. Средний возраст больных с РЯ составляет 61 год, т.е. высок риск развития рака яичников у женщин в период постменопаузы.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при раке яичников;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определить показания для оперативного лечения рака яичников

-показания для химиотерапии

-показания для лучевой терапии

-определить объем обследования при раке яичников

-определять группы риска по раку яичников

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

обучающийся должен владеть:

-пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-лечение опухолей яичников

-методами диагностики опухолей яичников

Методами хирургического лечения опухолей яичника

**5.Место проведения семинарского занятия**: учебная комната, гинекологическое отделение, операционная, послеоперационная палата, кабинет УЗИ

**6. Оснащение занятия**: плакаты, эхограммы, рентгенограммы, слайды, истории болезни, макропрепараты, удаленные во время операции, демонстрационные фильмы, муляжи, задачи по теме

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает второе место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных

Рак яичников – ведущая причина смерти от рака ЖПО в США. Среди причин смертности женского населения США рак яичника занимает 4-е место. В разных странах частота заболеваемости и смертности среди жен­ского населения от рака яичников неодинакова: самая низ­кая— в Японии, а самая высокая — в Дании. Им заболевает приблизительно 12 из 1000 женщин, но только у 2-3 из этих 12 наступает выздоровление. Вне зависимости от возраста РЯ заболевает одна из 70 женщин (1,4%). Заболеваемость начинает увеличиваться после 40 лет и продолжает нарастать до 70- 80 лет. Средний возраст больных с РЯ составляет 61 год, т.е. высок риск развития рака яичников у женщин в период постменопаузы. Напротив, герминогенные опухоли встречаются в детском и юношеском возрасте.

**Факторы риска.**

1. Отсутствие в анамнезе родов.
2. Раннее и позднее менархе.
3. Отсутствие половой жизни.
4. Первичное бесплодие.
5. Аномальные маточные кровотечения после 50 лет.
6. Выкидыши или значительное количество беременностей в анамнезе.
7. РЯ у близких родственниц (при аутосомно-доминантном типе наследования риск развития РЯ повышается на 50%).
8. Эндокринные заболевания в анамнезе.
9. Миома матки и генитальный эндометриоз.
10. РМЖ повышает риск развития РЯ в 2 раза.
11. Повышенное употребление кофе (роль курения не подтвержена).
12. Гиперэстрогения дополнительный фактор риска для эндометриоидных злокачественных ОЯ, а воспалительные процессы в анамнезе – для серозных злокачественных ОЯ.
13. Диета (нехватка витамина А).

Прием ОК более 5 лет снижает риск развития РЯ на 50%, а протекторный эффект сохраняется в течение 10 лет со времени прекращения приема. Аналогичное протекторное действие оказывает и беременность которая заканчивается родами. Она снижает относительный риск РЯ до 0,6-0,8%, а каждая добавочная беременность дополнительно снижает его на 10-15%. Таким образом, вероятность развития РЯ связана с общим числом овуляций.

Среди всех локализаций рака рак яичников является наи­более коварным и трудным как для диагностики, так и для адекватного лечения. Это понятно, если учесть довольно сложный эмбриогенез яичников. Среди источников происхож­дения опухолей яичников М. Ф. Глазунов (1954) выделял три основные группы:

1. ***нормальные компоненты яичников;***

*а) основные компоненты:1-покровный эпителий яичника; 2-яйцевая клетка и ее эмбриональные и зрелые производные; 3-гранулезные клетки; 4-текаткань, так называемая межуточная ткань коркового слоя; 5-хилюсные клетки; 6-соединительная ткань; 7-сосуды; 8-нервы.*

*б) рудименты: 1-сеть; 2-эпоофорон; 3-пароофорон; 4-мезонефрос(первичная почка, или вольфов канал); 5-добавочные трубы.*

1. ***эмбриональные остатки и дистопии;***

*1-мозговые тяжи; 2-ткань покровного слоя надпочечника.*

1. ***постнатальные разрастания, гетеротопии, метаплазии и параплазии эпителия.***

*1-на поверхности яичника; 2-с погружением в ткань яичника; 3-в районе мозгового слоя и ворот яичника.*

Для РЯ характерно ***бессимптомное течение на ранних стадиях*** развития. Так, более чем в 70% случаев заболевание яичников успевает распространиться за пределы малого таза. В настоящее время какого-либо надежного метода диагностики нет, если не считать периодических обследований органов малого таза. Определение уровня СА-125 (опухолевого маркера рака яичников) не может служить методом периодического общего обследования. Также, никакое цитологическое исследование отделяемого из ШМ, влагалища или дугласового пространства не может быть использовано для общего обследования. На враче и на пациенте лежит общая ответственность за проведение обследование органов малого таза каждые 6 месяцев в течение периода постменопаузы с целью выявления увеличения яичников.

**Патогенез.**

Неоплазии яичников классифицируют в соответствии с их происхождением.

1. Эпителиальные;
2. Из стромы полового тяжа;
3. Из зародышевых клеток;
4. Из неспециализированной стромы;
5. Метастатические.

Первоначальное распространение РЯ происходит на прилежащую брюшину и забрюшинные лимфатические узлы, но распространение возможно на любую поверхность и на сальник. Внутрибрюшные и внутрипеченочные метастазы возникают редко, обычно на поздней стадии заболевания. В поздней стадии часто возникает непроходимость кишечника, вызванная вовлечением в опухолевый конгломерат серозной оболочки кишки.

**Классификация опухолей.**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным центром ВОЗ (Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г., 1977).

Данная классификация опухолей яич­ников согласуется с клинико-биологическими характеристи­ками опухолей и применима в клинической практике.

**Гистологическая классификация опухолей яичников**

**1. Эпителиальные опухоли (ЭО).** *ЭО развиваются из целомического мезотелия, способного к превращению как в доброкачественные, так и в злокачественные опухоли. Переход доброкачественных опухолей в злокачественные не бывает резким; существуют промежуточные или пограничные формы. Эпителиальные новообразования яичников составляют 90% всех опухолей этого органа. Эпителиальные злокачественные опухоли составляют 82% всех злокачественных опухолей яичников. Гистологически ЭО характеризуются эпителием, напоминающим эпителий маточных групп (мерцательный) или поверхностный эпителий яичника. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как “цилиоэпителиальные” кисты.* ***Теперь прежние термины “киста” и “кистома” с современных позиций употреблять нельзя. Они исключены из обихода и заменены синонимами “цистаденома” и “аденома”.***

***А. Серозные опухоли.*** Одна из каждых трех серозных опухолей злокачественна. СО (70%) встречаются в три раза чаще, чем муцинозные, и в семь раз чаще, чем эндометриоидные. Серозная цистаденокарцинома, наиболее частый вид РЯ, имеет тенденцию к двухстороннему развитию в 35-50% случаев.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма;

в) поверхностная папиллома.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) поверхностная папиллома;

в) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и па­пиллярная карцинома;

б) поверхностная папиллярная карцинома;

в) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***Б. Муцинозные опухоли.*** Одна из каждых пяти МО злокачественна. В 10-20% случаев опухоли двухсторонние.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистоаденома;

б) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***В. Эндометриоидные опухоли.*** Микроскопически структура сходна с картиной первичного рака эндометрия. В яичниках могут присутствовать очаги эндометриоза.

1. *Доброкачественные:*

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности)

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и ци­стоаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома;

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные

***Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.***

1. *Доброкачественные:* аденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

3. *Злокачественные:* карцинома и аденокарцинома.

***Д. Опухоли Бренера.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Е. С мешанные эпителиальные опухоли.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Ж. Недифференцированная карцинома.***

Эта категория опухолей относится к разряду редких разновидностей РЯ и вызывает иногда путаницу. Это недифференцированный, анапластический рак. Ее ошибочно можно принять за гранулезоклеточную опухоль.

***3. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.***

Это аденокарцинома или железистый рак без явных признаков принадлежности к серозному, муцинозному, эндометриоидному или светлоклеточному (мезонефроидному) эпителию. Другими словами, это аденокарцинома неясного генеза. Уровень дифференцировки данных аденокарцином может быть различным. Прогноз при неклассифицируемых эпителиальных опухолях хуже, чем при серозной цистаденокарциноме.

***ПРОГНОЗ.***

Для каждой стадии эпителиальных опухолей яичников, прогноз связан со степенью гистопатологической дифференцировки опухоли. Малодифференцированные опухоли имеют худший прогноз. Прогноз при эндометриоидном раке гораздо лучше, чем при серозной и муцинозной аденокарциномах. Больные с пограничным или хорошо дифференцированным раком после первичного хирургического вмешательства обычно живут долго.

**II. Опухоли стромы полового тяжа –** *составляют 2-3% всех новообразований яичников, происходят из стволовых клеток мезенхимы коры яичников. Эти опухоли способны секретировать эстрогены. Гиперплазия эндометрия описана более чем у 50% больных этими опухолями, рак эндометрия – в 5-10%.*

***А. Гранулезостромально-клеточные опухоли.***

1. *Гранулезоклеточная опухоль –* раньше именовалась *“фолликуломой”.*Она относится к группе эстрогенпродуцирующих новообразований. Феминизирующий эффект проявляется: ППР у детей (менархе в норме 11-16 лет, чаще 13,5 лет. Самая молодая мать (1м 15см) в мире в Перу – 5 лет 7 мес родила доношенного ребенка массой 3,2 кг, путем операции кесарево сечение. Менструация с 3 лет, забеременела в 4 года 10 мес. В СССР в клинике академика Грищенко в г.Харькове в 6 лет 6 мес через естественные родовые пути. До 8 лет не должно быть вторичных половых признаков. Порядок появление ВПП: 1- телархе; 2- пубархе; 3- адренархе; 4- менархе); кровотечениями у женщин в периоде менопаузы; наличием метрорагий и менорагий, а также аменореи, бесплодия и невынашивания в детородном возрасте; в развитии сопутствующих фибромиом матки, аденомиоза, нагрубании молочных желез. Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет, а их НПО не имеют признаков атрофии. В отдельных случаях отмечается повышение либидо и явления транссексуализма. Удаление опухоли приостанавливает все указанные симптомы, однако они могут вновь появляться, если имеет место рецидив или метастаз опухоли. Поражаются все возрасты – от детского до преклонного, но в основном в постменопаузе, а в 5% - до периода полового созревания. Эти опухоли обычно односторонние, лишь в 10% случаев двухсторонние. Гранулезотекаклеточные опухоли варьируют по размеру от микроскопических до опухолей, выполняющих всю брюшную полость. Гистологически характерно наличие телец Каля-Экснера (розетки или фолликулы гранулезных клеток, часто с центральной полостью). Рецидивы возникают приблизительно у 30% больных, обычно более чем через 5 лет после удаления первичной опухоли; иногда рецидивы возникают через 30 лет. Гранулезоклеточные опухоли состоят из клеток гранулезы атрезирующего фолликула и клеток стромы яичников.

*2. Группа теком-фибром:*

а) текома; (Также, как и гранулезоклеточные опухоли, относятся к группе эстрогенпродуцирующих. Феминизирующий эффект тоже проявляется в НМЦ, гиперплазией эндометрия, гипертрофией миометрия и дисгормональными изменениями ткани молочных желез, исчезающими после удаления опухоли. Поражают преимущественно женщин в периоде мено- и постменопаузы, а детей практически не встречаются. Частота обнаружения – 2,5%).

б) фиброма; (Встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Проще говоря, это текомы без гомонального эффекта. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, анемию и иногда гидроторакс (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины. Макроскопически они плотные, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний).

в) неклассифицируемые.

***Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.***

Редкие опухоли мезенхимного происхождения. Обычно обладают андрогенной активностью. Классическое проявление андроген-секретирующих опухолей – дефеминизация, включающая атрофию молочных желез и матки, аменорею, отвращение к половой жизни с последующей маскулинизацией, включающей гирсутизм, появление угрей, изменение линии оволосения, огрубения голоса, увеличение гортани, гипертрофию клитора, бесплодие. В редких случаях может быть сочетание маскулинизации и феминизации (амбипотентность). Наичаще поражают женщин от 20 до 40 лет, развиваются длительно, в течении многих лет, чаще доброкачественние.

1. *Высокодифференцированные:*

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли;

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опу­холь из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена);

в) опухоль из .клеток Сертоли и Лейдига;

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных кле­ток.

2. *Промежуточной* (переходной) *дифференцировки.*

3. *Низкодифференцированные* (саркоматоидные).

4. *С гетерологическими элементами.*

***В. Гинандробластома.***

Редкая опухоль, локализуется так же, как и андробластома преимущественно в мозговом слое яичника, реже – в воротах и корковой зоне. Размеры опухолевых узлов небольшие, чаще в капсуле, на разрезе мягкой консистенции, солидного или мелкозернистого строения, беловато-желтоватого вида, могут быть участки кровоизлияний и некрозов.

***Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.***

К этой группе относятся редкие опухоли, построенные из элементов полового тяжа без признаков половой дифференцировки. Иными словами, им невозможно дать специфическое определение или установить, являются ли они по своему типу овариальными или тестикулярными. Наблюдаются в молодом возрасте и у детей, нередко при наличии синдрома Пейтца-Егерса (пигментация слизистых оболочек и кожи в сочетании с полипозом желудочно-кишечного тракта).

**III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли.** Встречаются редко, относятся к разряду казуистики. Раньше их именовали “лютеома”. Являются следствием дистопии коркового слоя надпочечников. Тканевая природа и гистогенез до сих пор не ясны.

Считается, что они чаще гормональноактивны, в частности, вирилизирующие новообразования. Проявляются клиникой маскулинизации и гиперкортицизма (Кушингоид). Иногда реакция Ашгейм-Цондека на гонадотропные гормоны бывает резко положительной. Гистологически опухолевые клетки светлые, пенистые, напоминают лютеиновые клетки, клетки Лейдига или клетки коры надпочечника. Макроскопически на разрезе они неизменно желтого цвета.

**IV. Герминогенные опухоли.** Развиваются из незрелых зародышевых клеток яичников, дающих начало или дисгерминомам, или опухолям из полипотентных клеток. Опухоли из полипотентных клеток могут дифференцироваться во внеэмбриональные структуры (эндодермальный синус, хориокарцинома) или эмбриональные структуры (злокачественные тератомы). Эти опухоли составляют 5% всех злокачественных опухолей яичников, но у женщин моложе 20 лет они составляют более двух третей всех злокачественных новообразований яичников.

***А. Дисгерминома.*** Наиболее часто встречающаяся опухоль из зародышевых клеток, составляют приблизительно 50% опухолей этого типа. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. В 90% дисгерминомы возникают у женщин моложе 30 лет. Как правило, это женщины с явлениями инфантилизма и с замедленным половым развитием, а также с признаками псевдогермафродитизма. Дисгерминомы растут и метастазируют быстро и имеют великую предрасположенность к распространению по лимфатическим путям. Опухоли могут секретировать ХГТ. Более чем в 20% случаев это двусторонние опухоли, но чаще поражается только один яичник. Нередко опухоль имеет ножку. Дисгерминома высокочувствительна к лучевой терапии; в сыворотке крови больных повышается уровень лактат-дегидрогеназы (ЛДГ).

***Б. Опухоль эндодермального синуса.***

Гистологически выявляют клубочкоподобные структуры ( тельца Шиллера-Дюваля), напоминающие сосочки эндодермального синуса в плаценте крысы. Средний возраст больных составляет 19 лет. Чаще, в 95% случаев, это опухоль односторонняя и поражает правый яичник. Диагностическое значение придается определению АФП, который является маркером опухоли. Опухоль быстро метастазирует.

***В. Эмбриональная карцинома.***

Гистологически состоит из анапластических эмбриональных клеток эпителиального вида. Средний возраст больных – 15 лет. Опухоль секретирует АФП и ХГТ. Повышение содержания ХГТ может вызывать ППР у девочек в препубертатном периоде. Чаще опухоль односторонняя с тенденцией к быстрому росту, что приводит к возникновению острых болей в животе.

***Г. Полиэмбриома.***

Высокозлокачественная опухоль, построена преимущественно из эмбриональных (эмбрионоподобных) телец, которые состоят из сдвоенных мелких кист, выстланных эктодермальным и энтодермальным эпителием, а также очагов мезодермы. Данные структуры представляют как бы эмбрион человека самых первых недель развития.

***Д. Хорионэпителиома (хориокарцинома).*** Происходит из эпителиальных клеток ворсин хориона. Эту первичную опухоль необходимо отличать от метастатического поражения яичников в результате гестационной хорионэпителиомы. Гистологически – пролиферация атипичных элементов цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Обично возникае у молодых женщин; локализуется в теле матки, реже в маточной трубе, яичнике или брюшной полости. Редко бывает двусторонней. Секретирует ХГТ. Симптомы: опухолевая масса в полости таза и ППР у девочек в препубертатном периоде.

*Опухоль энтодермального синуса, эмбриональная карцинома, полиэмбриома и хорионэпителиома относятся к* ***редким герминогенным (зародышевым) опухолям яичников.*** *Клинически и макроскопически они ничем не отличаются от герминогенных опухолей другого строения. Протекают, как правило, злокачественно. Гистологическая диагностика их трудна.*

***Е. Тератомы.*** Поражают главным образом молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, но нередки и у девочек. Растут медленно, не имеют специфических клинических симптомов, за исключением некоторой склонности к нагноению и спаечным процессам. Частота их обнаружения колеблется в пределах 10-20% по отношению к общему числу опухолей; преобладает одностороннее поражение. Гистогенез сложен. Современная точка зрения на происхождение тератомы - из половых клеток в результате явления партеногенеза. Развивается из трех зародышевых листков: экто-мезо-энтодермы. Отсюда их содержимое: кожа, зубы, зачатки глаза, нервная ткань, челюсти, слюнные железы, кишечная трубка, мочевыводящие пути, щитовидная железа, соединительная ткань, сало, волосы, хрящи и т.д. Макроскопически тератомы представляют собой различной величины кистозно-солидные узлы, мягкоэластической консистенции, обычно лежащие в переднем своде.

1. *Незрелые (злокачественные - тератобластомы).*

*2. Зрелые (доброкачественные).*

а) солидные;

б) кистозные:

1) дермоидная киста,

2) дермоидная киста с малигнизацией.

3. *Монодермальные* (высокоспециализированные):

а) струма яичника (имеет структуру ткани щитовидной железы);

б) карциноид яичника (имеет структуру нейросекретоной ткани);

в) струма яичника и карциноид;

г) другие.

***Ж. Смешанные герминогенные опухоли.*** Состоят из комбинации одного или более указанных выше типов, например, дисгерминомы и хорионкарциномы, опухоли эндодермального синуса и полиоэмбриомы. Среди всех герминогенных ОЯ смешанные формы наблюдаются в 12% случаев. Эти опухоли очень злокачественны. Причем, чем пестрее и сложнее опухоли, тем хуже прогноз.

**V. Гонадобластома.** Редкая опухоль яичников, развивающаяся у больных с дисгенезией гонад и кариотипом, включающим Y-хромосому. Опухоли состоят из клеток гранулезы, клеток тека, а также клеток типа Сертоли и Лейдига. Часто содержит участки кальцификации. Обычно сочетается с дисгерминомой, поэтому при наличии Y-хромосомы все дисгенетичесике гонады необходимо удалять сразу после их идентификации, за исключением случаев синдрома тестикулярной феминизации, когда удаление гонад откладывают до окончания полового созревания. Клинически может проявляться ППР и симптомами маскулинизации. В качестве лечения комбинированный метод – хирургическое удаление опухоли и послеоперационное облучение. Гонадобластома – злокачественная опухоль, отдельные смешанные варианты ее способны рано и широко метастазировать.

А. Чистая (без примеси других форм).

Б. Смешанная с дисгерминомой и други­ми формами герминогенных опухолей.

**VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичников**

К этой группе относятся доброкачественные и злокачественные мезенхимальные, гемопоэтические, неврогенные и другие опухоли. Их следует классифицировать в соответствии с гистологической классификацией мягких тканей. Чаще это лимфомы яичника, лимфогранулематоз и лимфосаркомы. Причем возможно сочетание подобных процессов с раком яичника.

**VII. Неклассифицированные опухоли.**

**VIII. Вторичные (метастатические) опухоли.** Основным источниками метастазов являются карциномы желудка (опухоль Крукенберга), кишечника, молочной железы, матки. Возможно метастазирование рака легкого и щитовидной железы, а также метастазирование опухоли из одного яичника в другой. Иногда в яичниках могут быть обнаружены метастазы рака почки, желчного пузыря и поджелудочной железы. Процеес метастазирования осуществляется лимфогенным, гематогенным и имплантационным путями. Трансперитонеальная и, тем более, транстубарная имплантация занимает небольшое место среди путей распространения вторичных опухолей яичников. Классифицируется метастазирование в яичники по 5 группам: хилюсно-медуллярный тип (лимфоидный и гематогенный), капсуло-кортикальный тип (тип перитонеальной диссеминации), диффузно-инфильтрирующий тип (так наз. Крукенберга), узловатый тип (гематогенный?), смешанный и неклассифицируемый тип. ***Метастазы в яичники чаще всего бывают двусторонними, но при одностороннем поражении преимущетсвенно справа.*** Вторичные (метастатические и инвазивные) опухоли яичников составляют 12-17% всех опухолей этой локализации. Метастатическое поражение яичников чаще происходит до наступления менопаузы, в возрасте до 40-50 лет. Примерно 1\3 метастатических раков протекает бессимптомно. ***Поэтому при раках любой локализации требуется обязательное гинекологическое обследование больных с целью установления метастазов в яичниках.*** С другой стороны, метастатические ОЯ из пищеварительного тракта могут проявлять себя задолго до того, как возникают клинические симптомы поражения, в частности желудка. Нельзя забывать также и о том, что метастазы в яичниках могут проявляться через несколько лет после удаления первичного рака в ЖКТ.

**IX. Опухолевидные процессы.**

***А. Лютеома беременности*** (нодулярная текалютеиновая гиперплазия).

Единичные или множественные четко очерченные поля лютеиновых клеток обычно развиваются в последние 3 месяца беременности. От желтого тела беременности отличается большими размерами и множественностью узлов, а также фиброзного центра, свойственного желтому телу.

***Б. Гиперплазия стромы яичника и гипертекоз.***

Двусторонние опухолевидные разрастания, состоящие из пролиферирующей стромы яичника.

***В. Массивный отек яичника.***

Заметное увеличение одного или обоих яичников за счет накопления отечной жидкости в строме, разделяющей нормальные фолликулярные структуры.

***Г. Единичная фолликулярная киста и киста желтого тела.***

Одиночная фолликулярная киста с прозрачным содержимым и покровом из мелких кубических клеток. Появляется из граафовых пузырьков или из кисто-атрезирующихся фолликулов. Часто сочетается с воспалительными процессами матки и миомами матки.

Киста желтого тела сходна по строению с желтым телом и отличается от него лишь размерами, выстлана слоем лютеиновых клеток. Содержимое прозрачное или кровянистое. В больших кистах, как и в фолликулярных, типичная клеточная выстилка может отсутствовать. В таких случаях их необходимо дифференцировать с так называемыми “ шоколадными” кистами эндометриоидного генеза.

***Д. Множественные фолликулярные кисты (поликистозные яичники; яичники при синдроме Штейна-Левенталя).***

Поражение чаще двустороннее. При этом яичники увеличены, плотные, с наличием многочисленных мелких кист. Гистологически характеризуется развитием соединительной ткани с резким фиброзом и гиалинозом как в белочной оболочке яичника, так и в корковом и мозговом слоях, среди которой располагаются фолликулярные кисты. Как правило, отмечается дистрофия примордиальных фолликулов, кистозная атрезия и облитерация зреющих фолликулов.

***Е. Множественные лютеинизированные фолликулярные кисты и\или желтые тела.***

Эти кисты могут быть связаны с трофобластической болезнью, нормальной беременностью двойней, а также приемом препаратов, вызывающих овуляцию. Внутренняя поверхность выстлана слоем текалютеиновых клеток.

***Ж. Эндометриоз.***

Является следствием наружного генитального эндометриоза. *Морфологически* различают следующие варианты эндометриоза яичников: железистый, железисто-кистозный, кистозный и стромальный. По *распространенности:* очаговый (внутрикорковый), диффузный (корково-мозговой), односторонний, двусторонний, с экстраовариальной диссеминацией, без экстраовариальной диссеминации. По *направлению развития:* растущий (пролиферирующий), стабильный (фиброзный), регрессивный (дистрофический), малигнизированный. По биологическому содержанию эндометриоз яичников правильнее относить к опухолевидным процессам дисгормональной природы, способным к озлокачествлению.

***З. Поверхностные эпителиальные кисты включения (герминальные кисты включения).***

Зародышевые микрокисты располагаются в строме коркового слоя и возниккают из поверхностного эпителия яичника. Они могут являться предшественниками некоторых кистозных новообразований. Обычно выстланы индифферентным эпителием либо эпителием серозного или эндометриоидного типа. По современным взглядам, рассматриваются как аномалия развития.

***И. Простые кисты.***

Тонкостенные, множественные или единичные мелкие кисты с прозрачным содержимым иногда типа гидатид или гроздей винограда. Выстланы кубическим либо цилиндрическим эпителием без распознаваемой гистогенетической природы.

***К. Воспалительные процессы.***

Опухолевидное увеличение придатков может быть связано с бактериальной инфекцией, патогенными грибками и паразитами. Чаще всего воспалительные процессы в яичниках развиваются вторично как проявление сальпингита или аднексита. Различают острый и хронический оофорит, абсцесс яичника, туберкулез, актиномикоз и эхинококкоз. Та или иная форма оофорита может вызвать воспаление предсуществовавших кист яичника различных типов происхождения.

***Л. Параовариальные кисты.***

Развивается киста бессимптомно и является большей частью случайной находкой. Это групповое обозначение всех кистозных образований, встречающихся за пределами яичников, в мезосальпинксе. Они могут быть мюллерова и мезонефроидного происхождения. Типичная параовариальная киста располагается между трубой и яичником, обычно односторонняя, тонкостенная, с прозрачным серозным содержимым, выстлана однорядным кубическим или цилиндрическим эпителием. Очаги пролиферации и малигнизации эпителия встречаются редко.

Из приведенной гистологической классификации опухолей яичников явствует, что опухоли яичников могут развиваться из любого вида тканей, представленных в яичнике, причем практически все эти опухоли могут обладать различной сте­пенью злокачественности. Поэтому понятие ***“рак яичника”*** *яв­ляется собирательным и включает в себя все злокачественные опухоли, исходящие из яичника.*

Клиническая картина рака яичников во многом зависит от стадии распространения злокачественного процесса. В зави­симости от степени распространенности опухолевого процесса различают четыре стадии рака яичников (FIGO).

Стадия Iа - опухоль в пределах одного яичника.

Стадия Iв - опухоль поражает оба яичника

Стадия Iс – поражение ограничено одним или двумя яичниками, есть асцит с наличием клеток опухоли.

Стадия IIа – опухоль поражает один или оба яичника с распространением на трубы и\или матку.

Стадия I

матка, маточные трубы.

Стадия III—кроме придатков и матки поражается пари­етальная брюшина, появляются метастазы в регионарных лимфатических узлах, в сальнике, определяется асцит.

Стадия IV — в процесс вовлекаются соседние органы: мо­чевой пузырь, кишечник, имеется диссеминация по парие­тальной и висцеральной брюшине; метастазы в отдаленные лимфатические узлы, в сальник; асцит; кахексия.

Международным противораковым союзом была предло­жена несколько иная классификация по степени распростра­нения процесса (**ТNМ)**

**Классификация рака яичников по системе ТNМ**

Т — первичная опухоль.

То — нет проявлений первичной опухоли.

Т1 — опухоль поражает один яичник, который остается смещаемым.

Т2 — опухоль поражает оба яичника, которые остаются смещаемыми.

Тз — опухоль распространяется на матку, или трубы.

Т4 — опухоль распространяется на другие окружающие

(Примечание: наличие асцита не влияет на категорию Т.)

N—регионарные лимфоузлы.

Но—парааортальные лимфоузлы не прощупываются.

М1 — парааортальные лимфоузлы прощупываются.

М — отдаленные метастазы.

М.о — нет признаков отдаленных метастазов.

Мд — имеются имплантационные или другие метастазы:

М;[а—метастазы имеются только в малом тазу, Мц)— метастазы располагаются в пределах брюшной полости, включая большой сальник, тонкую кишку, брыжейку или другие органы, М[с—метастазы за пределами брюшной полости, включая ретроперитонеальные лимфатические узлы, кроме парааортальных.

О — деление по степени дифференциров-ки опухолевых клеток.

(11 — опухоль низкой злокачественности.

Оа — опухоль явно злокачественная.

Вышеперечисленные классификации рака яичников по ста­диям распространения процесса имеют небольшое практиче­ское значение. В 1964 г. Международной федерацией гинеко­логов и акушеров (FIGO) была предложена классификация, которая наиболее полно отражает степень распространения ракового процесса, источником которого является яичник.

**Классификация рака яичников по стадиям, разработанная Международной федерацией акушеров и гинекологов (FIGO)**

По классификации выделяются следующие стадии:

**Стадия I** – опухоль ограничена яичниками.

**1а** — опухоль ограничена одним яичником. Асцита нет;

**1а1** — нет опухоли на поверхности яичника, капсула интактна;

**1а2** — имеется опухоль на поверхности яичника и (или) капсула нарушена;

**1в** — опухоль ограничена обоими яичниками. Асцита нет;

**1в1** — нет опухоли на поверхности каждого яичника, капсу­ла интактна;

**1в2** — опухоль распространяется на поверхность одного или обоих яичников и (или) одна из капсул нарушена;

**1с** — опухоль ограничена одним или обоими яичниками. Имеется асцит, содержащий злокачественные клетки или с по­ложительным перитонеальным смывом (в смыве обнаружены злокачественные клетки);

**Стадия II** —опухоль вовлекает один или оба яичника и распространяется в полость малого таза;

**IIа** — опухоль распространяется на матку и (или) одну или обе трубы, но без вовлечения висцеральной брюшины. Ас­цита нет;

**IIв** —опухоль распространяется на другие органы малого таза и (или) включая висцеральную брюшину и матку. Асцита нет;

**IIс** — опухоль с распространением на матку и (или) одну или обе трубы и (или) другие органы малого таза. Имеется асцит, содержа­щий злокачественные клетки (или положительный перитонеальный смыв);

**Стадия** **III** — опухоль вовлекает один или оба яичника с перитонеальными имплантантами и\или метастазами в забрюшинные или паховые лимфатические узлы. Метастазы по поверхности печени. Распро­странение ограничено областью малого таза, но с верифицированными метастазами в большой сальник.

**IIIа –** опухоль ограничена областью малого таза, нет метастазов в лимфатические узлы, но имеются гистологически доказанные микроскопические метастазы по брюшине и брюшной полости.

**IIIв –** опухоль одного или обоих яичников с гистологически доказанными метастазами по брюшине, диаметр которых не превышает 2 см, в лимфатических узлах метастазов нет.

**IIIс –** метастазы в брюшную полость диметром более 2 см и\или метастазы в забрюшинные лимфатические узлы.

**Стадия** **IV** — опухоль одного или обоих яичников с отдаленными метастазами. Плеврит, паренхиматозные метастазы в печень.

ВОЗ и Международной федерацией акушеров и гинекологов принята единая морфологическая классификация злокачественных опухолей яичников, выделяющая эпителиальные, опухоли стромы полового тяжа и герминогенные опухоли. Большинство злокачественных ОЯ составляют эпителиальные (80-90%).

Рак яичников—заболевание, которое может возникать в любом возрасте, включая и период новорожденности. Конеч­но, возникновение рака яичников в пожилом возрасте—явле­ние наиболее частое, однако не следует забывать, что он на­блюдается и у детей, и у молодых женщин. Для женщин пожилого и старческого возраста наиболее характерны злока­чественные варианты эпителиальных опухолей, т.е. типичный рак, однако это не исключает и наличие у этой группы боль­ных других видов рака яичников. Все остальные виды рака яичников чаще встречаются в более молодом возрасте. Герминогенные раки, как правило, характерны для детского и юношеского возраста.

Нередко раку яичников предшествует доброкачественная опухоль яичника. Незапущенный рак яичников не имеет специфических признаков. Жалобы у женщин, заболевших раком яичников, появляются лишь при значительной распространен­ности опухолевого процесса. Исключение составляют гормо­нально-активные опухоли стромы полового тяжа. Иногда в начальной стадии развития злокачественных опухолей яични­ков первым и единственным симптомом может являться внезапный приступ острых болей в животе, обусловленный .перекрутом ножки опухоли, нарушением ее кровоснабжения и раз­рывом ее. Однако при незапущенном раке яичников болевой синдром, как правило, стерт и лишь при тщательном расспро­се больных удается выявить у них наличие болей неопределен­ного характера и неопределенной локализации. Расстройство менструальной функции не характерно для рака яичников, исключение составляют гормонально-активные опухоли.

Объективные данные при начальных стадиях рака яични­ков неспецифичны. Обычно это наличие опухолевого образо­вания в малом тазу. Иногда единственный признак рака яич­ников — асцит, при этом опухоль может быть малого размера и не вызывать никаких жалоб у больной.

Рак яичников — это опухоль, которая, как правило, быстро метастазирует. Основной путь метастазирования—лимфогенный, основной отток лимфы идет в парааортальные лимфоузлы, которые для рака яичников являются регионарными, да­лее метастазы возникают в средостении и даже в области го­ловы. Некоторые формы рака яичников, особенно в молодом возрасте, распространяются гематогенно, а также путем обсе­менения по брюшине таза, брюшной полости, кишечнику.Таким образом, обнаружив один или несколько вышеперечисленных неспецифических признаков рака яичников, врач обязан провести пальпацию всей брюшной полости, надклю­чичных и паховых лимфоузлов и области пупка, перкуссию брюшной полости и грудной клетки, аускультацию легких.

В группу **повышенного риска** по возникновению рака яичников относятся :

1) больные с доброкачественными опухолями яичников;

2) больные с диагнозом “фибромиома матки”;

3) больные, длительно подвергавшиеся лечению по поводу хронического воспаления придатков матки;

4) больные, у которых определяются увеличенные яичники или неопределенные опухолевые массы в малом тазу.

Кроме указанной группы больных углубленному обследо­ванию с целью выявления рака яичников подлежат больные:

1) предъявляющие жалобы на неясные боли в животе не­определенной локализации;

2) с определяемым выпотом в брюшной или плевральной полости;

3) с различного характера нарушениями менструальной функции (особенно молодые), которые подвергались в прош­лом операциям по поводу кист яичников;

4) леченные ранее по поводу злокачественных образований других локализаций;

5) с недостаточной детородной функцией.

При подозрении на рак яичников больные подлежат углуб­ленному обследованию, в которое наряду с общепринятыми методами исследования (анамнез, физическое обследование, клинические анализы и т. д.) включаются специальные мето­ды исследования для определения локализации опухоли и ста­дии распространения процесса.

Патогномоничных признаков злокачественных опухолей яичников не существует. Встречают следующие симптомы:

• боли и чувство дискомфорта в брюшной полости;

• диспепсия и другие нарушения деятельности ЖКТ;

• нарушения менструального цикла (чаше при гормонально-активных опухолях);

• увеличение размеров живота как за счёт асцита, так и за счёт опухолевых масс в брюшной полости и малом тазу;

• респираторные симптомы (одышка, кашель) за счёт транссудации жидкости в плевральную полость, а также за счёт увеличения внутрибрюшного давления (нарастание асцита и массы опухоли).

**ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ**

В диагностике опухолей яичников ведущую роль играет гинекологическое исследование. При осмотре с помощью зер­кал следует обратить особое внимание на состояние и распо­ложение шейки матки в малом тазу (ее смещение, доступность осмотру), на вид сводов и стенок влагалища (наличие или от­сутствие метастатических узлов в стенках, экзофитные обра­зования на них).

Из всех видов двуручного гинекологического исследования наиболее информативным является двуручное ректовагинальноабдоминальное, при котором кроме состояния тела, шейки матки и придатков, их величины, консистенции, подвижности,. болезненности, характера поверхности, связи с окружающими органами можно определить состояние параметральной клет­чатки и прямокишечно-маточного пространства, в котором при значительном распространении опухоли определяются различных размеров имплантанты, пальпируемые в виде “ши­пов”. При обследовании девочек и девушек обязательным яв­ляется ректоабдоминальное исследование.

Нередко наличие асцитической жидкости в брюшной полости делает неясным пальпаторную картину при гинекологическом исследовании. В таких случаях это исследование надо повторить после парацентеза и эвакуации асцитической жидкости из брюшной полости эвакуированная из брюшной полости асцитическая жидкость в обязательном порядке должна быть исследована, на наличие в ней атипических клеток.

Больным с подозрением на рак яичников с целью уточне­ния локализации опухоли (желудок, кишечник, метастазы в яичники) и стадии ее распространения необходимо рентгено­логическое обследование легких, желудочно-кишечного тракта и почек (экскреторная урография), а также ректороманоскопия, цистокопия и хромоцистоскопия.Из специальных методов исследования при подозрении на рак яичников и для определения стадии его распространения применяются:

1. эндоскопические (лапаро- и кульдоскопия);

2) рентгенологические (контрастные: пневмо-, пельвиография, чрезматочная флебография таза, илиокавография, лимфография и бесконтрастные: обзорный снимок брюшной полости, при котором по величине фланговой полоски (между стенкой восходящей ободочной кишки и париетальным лист­ком брюшины правого латерального канала) и наличию или отсутствию на рентгенограмме четких контуров нижненаруж­ного края правой доли печени можно судить о наличии в брюшной полости асцитической жидкости);

3) цитологические (исследование на атипические клетки жидкости, полученной при пункции брюшной и плевральных полостей, а также исследование смывов из полости малого таза, полученных при пункции брюшной полости через задний свод влагалища):

4) радиоизотопные методы (сканирование печени для об­наружения метастазов в ней, изотопная рентгенография).

5) Исследование уровня опухолевых маркеров :

— на эпителиальные злокачественные опухоли яичников — СА 125: СА 72-4 и СА 19-9 — на муцинозные;

— на герминогенные — (3-ХГЧ, а-фетопротеин)

— на гранулёзоклеточные — ингибин.

Выполнение эндоскопических, контрастных рентгенологи­ческих и цитологических методов исследования должно про­изводиться высококвалифицированными специалистами толь­ко в условиях стационара по строгим показаниям, так как в ряде случаев возникают серьезные осложнения (ранение по­ловых органов, газовая эмболия, кровотечения и т. д.).

Трактовка данных специальных методов исследования (особенно рентгеноконтрастных) требует достаточного опыта в чтении результатов исследования и сопоставления их с кли­нической картиной заболевания у данной конкретной больной.

Таким образом, клиническое обследование в полном объе­ме чаще всего позволяет правильно поставить диагноз и опре­делить степень распространения процесса. Если при клиниче­ском обследовании больной встречаются затруднения в трак­товке полученных данных, то необходимо прибегнуть к чрево­сечению, которое явится заключительным этапом диагности­ки и в большинстве случаев одновременно первым этапом ле­чения.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ**

Прежде чем перейти к вопросу о выборе тактики лечения рака яичников, следует остановиться на взаимосвязи гисто­логической дифференцировки опухоли, степени злокачествен­ности ее и возраста больных. Эти вопросы наряду с вопросом о стадии распространения злокачественного процесса имеют большое значение при выборе метода лечения и оценке про­гноза жизни больных. Опухоли с отсутствием инфильтративного роста в строме даже при наличии перитонеальных метастазов клинически ведут себя как опухоли с низкой степенью злокачественности. В пределах одной и той же стадии про­цесса 5-летняя выживаемость в случае 1-й степени злокачест­венности может быть в 2—3 раза выше, чем при 3-й. Возрас­тающие степени злокачественности наблюдаются при сероз­ных и недифференцированных опухолях; женщины молодого возраста чаще имеют низкую степень злокачественности**.**  В лечении рака яичников используется оперативное лече­ние, химиотерапия, лучевая и гормонотерапия.

В подавляющем большинстве случаев при лечении рака яичников применяется **оперативное лечение,** которое опреде­ляет и последующие возможности проведения остальных ви­дов лечения.

Радикальной операцией при раке яичников является дву­сторонняя овариосальпингоэктомия с экстирпацией матки и резекцией большого сальника при условии, что при этом не остается видимых метастазов. Резекция большого сальника необходи­ма, так как у 16% больных в неизмененном визуально боль­шом сальнике имеются микрометастазы (И. Д. Нечаева с соавт., 1981).

К полному объему оперативного вмешательства следует стремиться и при распространенных стадиях процесса, так как это во многом влияет на выживаемость и определяет прогноз жизни больных. Зарубежные исследователи показали, что в случае полного объе­ма операции при стадии III выживаемость в течение 18 мес наблюдения составила 87,5%, при неполном объеме опера­ции—50%.

Объем паллиативных операций, направленных на удале­ние основной массы опухолей, в наибольшей степени опреде­ляет и эффективность последующей химиотерапии. Если в про­цессе обследования выясняется невозможность выполнения операции, лечение начинают с химиотерапии и после умень­шения массы опухолевых образований под влиянием химио­терапии производят операцию. Важное значение имеют и повторные лапаротомии с целью определения и при возможности удаления остаточных опухо­лей, а также установления полной регрессии опухоли.

Роль **лучевой терапии** при раке яичников в настоящее вре­мя пересмотрена. Ранее этот метод использовался с целью профилактического воздействия после радикальных операций, а также после паллиативного воздействия при распространен­ном процессе. Однако преимущество лучевой терапии перед химиотерапией не было доказано, и в настоящее время она в основном используется в качестве дополнительного воздейст­вия при неэффективности химиотерапии. Исключение из этого правила составляет дисгерминома, которая обладает высокой радиочувствительностью, в связи с чем в послеоперационном периоде при этой опухоли наряду с химиотерапией правомоч­на и дистанционная лучевая терапия.

В настоящее время наиболее признанным и распространен­ным методом лечения рака яичников является **комплексный,** включающий два основных этапа лечения—операцию (чаще всего первый этап) и химиотерапию (второй этап комплекс­ной терапии).

В клинической практике для лекарственной терапии зло­качественных опухолей применяются препараты, которые по своей химической структуре могут быть распределены на шесть групп.

1. Алкилирующие препараты—хлорэтиламины и этиленамины (диклофосфан, ТИО-ТЭФ, бензо-ТЭФ, сарколизин и др.). Лекарственные средства этой группы при введении в организм вступают в химические реакции с биологически ак­тивными компонентами клетки (НК, белки и т. д.) с помощью алкильной группы (СН2-группы). В результате этой реакции обмен в клетке нарушается и она гибнет.

2. Антиметаболиты (метотрексат, 5-фторурацил, фторафур, 6-меркаптопурин и др.). Эти препараты блокируют нормаль­ные биохимические процессы в клетке и при введении в орга­низм нарушают синтез ДНК в опухолевой клетке, что приво­дит к ее гибели.

3. Противоопухолевые антибиотики (актиномицин Д, адриамицин, брунеомицин и др.). Механизм действия полностью не изучен, при введении в организм вызывают нарушение син­теза ДНК и РНК.

4. Препараты растительного происхождения (колхамин, винбластии, винкристин и др.) являются митотическими ядами, блокирующими митозы клеток.

5. Прочие противоопухолевые препараты (миелосан, л-аспарагиназа и др.) — вещества из различных химических клас­сов.

6. Гормональные препараты (андрогены, прогестины, эстрогены, кортикостероиды).

Следует сказать, что в настоящее время во всем мире идет интенсивный поиск новых лекарственных противораковых препаратов и количество их с каждым годом увеличивается.

Для химиотерапии рака яичников основными препаратами являются средства 1—5-й групп.

Химиотерапия имеет важное значение в лечении рака яич­ников, так как она используется в качестве профилактическо­го метода воздействия после радикальных операций при ран­них стадиях распространения процесса и как основной метод лечения при распространении процесса.

И. Д. Нечаева (1972) привела убедительные данные, что процент больных с 5-летней выживаемостью после неради­кальных операций и последующей химиотерапии алкилирующими препаратами возрастает. Эффект достигается проведени­ем химиотерапии повторными курсами с использованием наи­более активных препаратов.

Вопрос о длительности профилактической химиотерапии является сложным, так как в некоторых случаях метастазы при раке яичников могут появляться через 10 и более лет по­сле первоначальной радикальной операции.

При стадиях I и II рака яичников профилактическая химиотерапия должна проводиться курсами (в зависимости от подстадии) в общей сложности в течение 0,5—1,5 лет.

При нарушении капсулы профилактическую химиотерапию желательно продлевать до 1 года. Если возникает необ­ходимость повторных курсов, наиболее приемлемым в плане профилактической химиотерапии является циклофосфан или циклофосфан в сочетании с 5-фторурацилом. Возможно также применение ТИО-ТЭФ, но его сильное угнетающее действие на гемопоэз затрудняет проведение повторных курсов лече­ния. Циклофосфан вводят по 400 мг внутримышечно или внутривенно через день в течение 3 нед или по 200 мг ежедневно до той же суммарной дозы.

ТИО-ТЭФ вводится по 20 мг внутривенно или внутримы­шечно 2 раза в нед или по 10 мг через день в течение 3 нед.

В последние годы большое значение приобрела **комбиниро­ванная химиотерапия (полихимиотерапия).** Ее преимущества перед монохимиотерапией доказаны рядом авторов.При лечении распространенных стадий после паллиатив­ных операций целесообразно начинать лекарственное лечение наиболее активной комбинацией препаратов. В случае достижения полной регрессии опухолей, подтвержденной лапароскопией или другими методами исследования (ультразвуковая или компьютерная томография), поддерживающие курсы по данной схеме продолжаются далее в течение периода времени до 2 лет с постепенным увеличением интервалов между кур­сами до 1,5—3 мес. При неэффективности первоначально вы­бранной комбинации препаратов переходят на другую схему лечения. Следует помнить, что при химиотерапии возникают ослож­нения, связанные с побочным действием препаратов на орга­низм больных; это прежде всего угнетение кроветворения, дей­ствие на слизистую желудочно-кишечного тракта (энтерит) и полости рта (стоматит), поэтому химиотерапия должна про­водиться под тщательным контролем картины крови.

Гормонотерапия при раке яичников в настоящее время на­ходится в стадии изучения. Имеются сообщения о примене­нии прогестинов (медроксипрогестерон-ацетат, провера, депо-провера и др.) и антиэстрогенного препарата — тамоксифена.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1.Назовите стадии рака яичника и степень поражения органов при каждой стадии.

2.Перечислить клинические формы рака яичника.

3.Клиника рака яичника

4.Методы диагностики рака яичника

5.Лечение рака яичника

6.Особенности хирургического лечения, объем операции при раке яичника?

7.Назовите наиболее распространенные химиопрепараты, применяемые при лечении рака яичника, пути их введения.

8.Какие противопоказания к химиотерапии? Гормонотерапия.

9.С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз рака яичника?

10.Какие больные относятся к группе риска по возникновению рака яичника?

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЙСЯ ГИСТОТИП ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ:

а) строматогенные

б) гормонпродуцирующие

в) эпителиальные

г) герминогенные

д) нет верного ответа

2. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ФАКТОР РИСКА РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) органсохраняющие операции по поводу опухолей яичников

в анамнезе

б) длительный прием КОК

в) большое количество абортов в анамнезе

г) длительное использование ВМС.

д) нет верного ответа

3. РАК КРУКЕНБЕРГА ЭТО МЕТАСТАЗЫ ОПУХОЛЕЙ:

а) желудочно-кишечного тракта

б) легких

в) молочных желез

г) все верно.

д) нет верного ответа

4. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

а) малосимптомное клиническое течение при I и II стадиях

б) быстрое удвоение опухолевого процесса (вовлечение обоих

яичников)

в) асцитический вариант

г) агрессивное течение и низкая 5-летняя выживаемость.

д) верно все

5. ОСНОВНОЙ ПУТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) лимфогенный

б) имплантационный

в) гематогенный

г) все верно

д) нет верного ответа

6. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ ВКЛЮЧАЕТ:

а) операция+гормонотерапия

б) операция+лучевая терапия

в) операция+гормонотерапия+лучевая терапия

г) операция+полихимиотерапия

д) нет верного ответа

7. ПРИ КАКИХ СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

д) любая стадия

8. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ I И II-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) двухсторонняя овариоэктомия

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

9. ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ПРИ III И IV-СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ:

а) циторедуктивная операция (максимальное удаление

опухолевых масс)

б) расширенная экстирпация матки по Вертгейму

в) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки)

г) тотальная гистерэктомия (экстирпация матки) и резекция

большого сальника

д)нет верного ответа

10. К ПРЕПАРАТАМ I ЛИНИИ АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТСЯ:

а) препараты платины

б) метотрексат

в) противоопухолевые антибиотики

г) антиметаболиты

д) нет верного ответа

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-г |
| 2-в | 7-д |
| 3-в | 8-г |
| 4-д | 9-а |
| 5-б | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота. Из анамнеза: Р –3, А – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненен в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгламераты, неподвижыне. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

1. Диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Рак яичников III ст.
2. Тубовариальная воспалительная опухоль, рак Крукенберга
3. ФГС, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, гениталий ирригоскопия, цистоскопия.
4. Чревосечение. Удаление матки с придатками, оментэктомия, лимфаденэктомия, п/о химиолучевая терапия.
5. Регулярные профосмотры + УЗИ.

**Задача №2**

Больная Г., 42 года, не замужем, обратилась в ж/к с жалобами на ноющие боли внизу живота. Из анамнеза – менструация с 13 лет, установилась сразу. Последняя менструация 10 дней тому назад. Половой жизнью не живет. В 40-летнем возрасте оперирована по поводу язвы желудка. При облсдеовании живот обычной конфигурации, при пальпации в гипогастральном отделе четко определяется плотная бугристая болезненная опухоль. Перкуторные границы совпадают с пальпаторными. При ректальном исследовании матка пальпируется с трудом. В области придатков с обеих сторон определяются плотные бугристые опухоли, ограниченно подвижные.

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Двухсторонние опухоли яичников, не исключаются Крукенбергеровские метастазы.
2. Тубовариальная воспалительная опухоль, рак Крукенберга
3. ФГС, ФЛГ, УЗИ органов брюшной полости, гениталий ирригоскопия, цистоскопия.
4. Чревосечение. Удаление матки с придатками, оментэктомия, лимфаденэктомия, п/о химиолучевая терапия – при исключении рака Крукенберга.
5. Регулярные профосмотры + УЗИ.

**Задача №3**

Больная 52 лет доставлена скорой помощью с жалобами на боли внизу живота, возникшие остро с иррадиацией в ключицу, тенезмы, сухость во рту, повышение температуры тела до 38 град, плохое отхождение газов. Объективно: бледная, пульс 110 в мин, А/Д 90/60, язык сухой, обложен белым налетом, живот вздут, напряжен, не доступен до пальпации. Влагалищное исследование затруднено ввиду резкой болезненности и напряженности передней брюшной стенки, угадывается не увеличенная матка и опухоль в области придатков справа в диаметре до 20 см, задний свод нависает, болезненный. При пункции получено серозно-геморрагическое содержимое до 20 мл.

1. Диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Объем обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1 Разрыв капсулы Кистомы правого яичника.

2. Нарушение трофики опухоли с распадом.

3. Общеклиническое обследование по сito.

4. Необходимо срочное оперативное лечение (чревосечение, НАМ с придатками, вопрос о сальнике после осмотра макропрепарата).

5. Регулярные профосмотры + УЗИ.

**Задача №4**

Пациентка 39 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли в пояснице, внизу живота. Менструальный цикл не нарушен. Находится на диспансерном учёте по поводу язвы желудка. Объективно: живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный. При бимануальном исследовании в области придатков матки с обеих сторон определяются подвижные, плотные опухоли, величиной с мужской кулак. Матка не увеличена, плотной консистенции.

1. Поставьте диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Методы обследования, позволяющие уточнить диагноз?
4. Для рака Крукенберга характерно?
5. Особенности микроскопического строения метастатического рака яичника?

**Эталон ответа**

* + - 1. Рак Крукенберга.
      2. Дополнительные обследования с дальнейшим решением объема оперативного лечения?
      3. Фиброгастродуоденоскопия.
      4. Двустороннее поражение яичников.
      5. Очаги отёка и ослизнения.

**Задача №5**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

* 1. Поставьте диагноз?
  2. Ваша тактика?
  3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?
  4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?
  5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?

**Эталон ответа**

1. C-r яичников.

2. Дополнительные обследования с целью решения объема операции.

3.Онкомаркёры в сыворотке крови, УЗИ органов малого таза, колоноскопия.

4. Тотальная гистерэктомия с маточными придатками и ре-зекция большого сальника.

5. Рак яичника.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. Освоить методы диагностики опухолей яичников:

* Цитологическое исследование (кульдоцентез);
* Ректовагиноабдоминальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.

1. Участвовать в проведении УЗИ малого таза, КТ, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать морфологические данные.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака яичников.
4. Участвовать в операциях, гистерэктомии, пангистерэктомии, оментэктомии, аппендэктомии.
5. Уметь разработать план ведения больной:
6. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
7. Уметь клинически интерпретировать данные кульдоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики
8. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК при опухолях яичников.
9. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

**1.Занятие №26**

**Тема: «Особенности клиники, диагностики и лечения гормонально-активных опухолей».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы).

Опухоли яичников являются часто встречающейся гинекологической патологией, занимающей второе место среди всех опухолей женских половых органов, частота опухолей яичников составляла 6-11% и за последние 10 лет увеличилась до 19-25%. Большинство новообразований яичников являются доброкачественными. На их долю приходится около 75-87% от всех истинных опухолей яичников.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Современные методы контрацепции;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в акушерстве и гинекологии;

-Медицинские показания к прерыванию беременности;

-Физиотерапевтические методы лечения гинекологических больных;

-Септический аборт. Показания к выскабливанию полости матки;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии;

-Клинику опухолей и опухолевидных образований яичников;

Обучающийся должен уметь:

**-**диагностировать беременность;

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска беременных;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать эктопическую беременность

-диагностировать острый живот в гинекологии;

-интерпретировать тесты функциональной диагностики, гормональные исследования;

Обучающийся должен владеть:

-владеть искусственным прерыванием беременности;

-особенностями лечения воспалительных заболеваний в острой и хронической стадиях. Оказанием неотложной помощи;

-пункцией брюшной полости через задний свод влагалища;

-удалением маточной трубы;

-операциями: ушивание, резекция яичника, энуклеация кисты яичника;

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната, отделение гинекологии, приемный покой, операционная, смотровая, кабинет УЗИ

**6.Оснащение занятия**

а)иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, практические задачи, заключения цитологического и гистологического обследования, МРТ – снимки, данные УЗИ , макропрепараты, онко-маркеры, развернутый анализ крови, муляжи б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Опухоли яичников составляют 6-15% всех опухолей ЖПО. Их злокачественные формы встречаются в 20-25% случаев. Рак яичников занимает второе место в структуре злокачественных новообразований женских гениталий, составляя свыше 20%, и уступает лишь раку шейки матки. В 1992 г. в России выявлено 10,6 тыс. больных

**Факторы риска.**

1. Отсутствие в анамнезе родов.
2. Раннее и позднее менархе.
3. Отсутствие половой жизни.
4. Первичное бесплодие.
5. Аномальные маточные кровотечения после 50 лет.
6. Выкидыши или значительное количество беременностей в анамнезе.
7. РЯ у близких родственниц (при аутосомно-доминантном типе наследования риск развития РЯ повышается на 50%).
8. Эндокринные заболевания в анамнезе.
9. Миома матки и генитальный эндометриоз.
10. РМЖ повышает риск развития РЯ в 2 раза.
11. Повышенное употребление кофе (роль курения не подтвержена).
12. Гиперэстрогения дополнительный фактор риска для эндометриоидных злокачественных ОЯ, а воспалительные процессы в анамнезе – для серозных злокачественных ОЯ.
13. Диета (нехватка витамина А).

Прием ОК более 5 лет снижает риск развития РЯ на 50%, а протекторный эффект сохраняется в течение 10 лет со времени прекращения приема. Аналогичное протекторное действие оказывает и беременность которая заканчивается родами. Она снижает относительный риск РЯ до 0,6-0,8%, а каждая добавочная беременность дополнительно снижает его на 10-15%. Таким образом, вероятность развития РЯ связана с общим числом овуляций.

Среди всех локализаций рака рак яичников является наи­более коварным и трудным как для диагностики, так и для адекватного лечения. Это понятно, если учесть довольно сложный эмбриогенез яичников. Среди источников происхож­дения опухолей яичников М. Ф. Глазунов (1954) выделял три основные группы:

1. ***нормальные компоненты яичников;***

*а) основные компоненты:1-покровный эпителий яичника; 2-яйцевая клетка и ее эмбриональные и зрелые производные; 3-гранулезные клетки; 4-текаткань, так называемая межуточная ткань коркового слоя; 5-хилюсные клетки; 6-соединительная ткань; 7-сосуды; 8-нервы.*

*б) рудименты: 1-сеть; 2-эпоофорон; 3-пароофорон; 4-мезонефрос(первичная почка, или вольфов канал); 5-добавочные трубы.*

1. ***эмбриональные остатки и дистопии;***

*1-мозговые тяжи; 2-ткань покровного слоя надпочечника.*

1. ***постнатальные разрастания, гетеротопии, метаплазии и параплазии эпителия.***

*1-на поверхности яичника; 2-с погружением в ткань яичника; 3-в районе мозгового слоя и ворот яичника.*

Для РЯ характерно ***бессимптомное течение на ранних стадиях*** развития. Так, более чем в 70% случаев заболевание яичников успевает распространиться за пределы малого таза. В настоящее время какого-либо надежного метода диагностики нет, если не считать периодических обследований органов малого таза. Определение уровня СА-125 (опухолевого маркера рака яичников) не может служить методом периодического общего обследования. Также, никакое цитологическое исследование отделяемого из ШМ, влагалища или дугласового пространства не может быть использовано для общего обследования. На враче и на пациенте лежит общая ответственность за проведение обследование органов малого таза каждые 6 месяцев в течение периода постменопаузы с целью выявления увеличения яичников.

**Патогенез.**

Неоплазии яичников классифицируют в соответствии с их происхождением.

1. Эпителиальные;
2. Из стромы полового тяжа;
3. Из зародышевых клеток;
4. Из неспециализированной стромы;
5. Метастатические.

Первоначальное распространение РЯ происходит на прилежащую брюшину и забрюшинные лимфатические узлы, но распространение возможно на любую поверхность и на сальник. Внутрибрюшные и внутрипеченочные метастазы возникают редко, обычно на поздней стадии заболевания. В поздней стадии часто возникает непроходимость кишечника, вызванная вовлечением в опухолевый конгломерат серозной оболочки кишки.

**Классификация опухолей.**

С целью унификации диагнозов опухолей и патологических процессов яичников рекомендуется пользоваться классификацией, разработанной Международным центром ВОЗ (Серов С.Ф., Скалли Р.Е., Собин Л.Г., 1977).

Данная классификация опухолей яич­ников согласуется с клинико-биологическими характеристи­ками опухолей и применима в клинической практике.

**Гистологическая классификация опухолей яичников**

**1. Эпителиальные опухоли (ЭО).** *ЭО развиваются из целомического мезотелия, способного к превращению как в доброкачественные, так и в злокачественные опухоли. Переход доброкачественных опухолей в злокачественные не бывает резким; существуют промежуточные или пограничные формы. Эпителиальные новообразования яичников составляют 90% всех опухолей этого органа. Эпителиальные злокачественные опухоли составляют 82% всех злокачественных опухолей яичников. Гистологически ЭО характеризуются эпителием, напоминающим эпителий маточных групп (мерцательный) или поверхностный эпителий яичника. Из-за наличия ресничек их раньше обозначали как “цилиоэпителиальные” кисты.* ***Теперь прежние термины “киста” и “кистома” с современных позиций употреблять нельзя. Они исключены из обихода и заменены синонимами “цистаденома” и “аденома”.***

***А. Серозные опухоли.*** Одна из каждых трех серозных опухолей злокачественна. СО (70%) встречаются в три раза чаще, чем муцинозные, и в семь раз чаще, чем эндометриоидные. Серозная цистаденокарцинома, наиболее частый вид РЯ, имеет тенденцию к двухстороннему развитию в 35-50% случаев.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма;

в) поверхностная папиллома.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

а) цистоаденома и папиллярная цистоаденома;

б) поверхностная папиллома;

в) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) аденокарцинома, папиллярная аденокарцинома и па­пиллярная карцинома;

б) поверхностная папиллярная карцинома;

в) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***Б. Муцинозные опухоли.*** Одна из каждых пяти МО злокачественна. В 10-20% случаев опухоли двухсторонние.

1. *Доброкачественные:*

а) цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности):

а) цистоаденома;

б) злокачественная аденофиброма и цистоаденофиброма.

***В. Эндометриоидные опухоли.*** Микроскопически структура сходна с картиной первичного рака эндометрия. В яичниках могут присутствовать очаги эндометриоза.

1. *Доброкачественные:*

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности)

а) аденома и цистоаденома;

б) аденофиброма и цистоаденофиброма.

3. *Злокачественные:*

а) карцинома:

1) аденокарцинома,

2) аденоакантома,

3) злокачественная аденофиброма и ци­стоаденофиброма;

б) эндометриоидная стромальная саркома;

в) мезодермальные (мюллеровы) смешанные опухоли, гомологичные и гетерологичные

***Г. Светлоклеточные (мезонефроидные) опухоли.***

1. *Доброкачественные:* аденофиброма.

2. *Пограничные* (потенциально низкой степени злокачест­венности).

3. *Злокачественные:* карцинома и аденокарцинома.

***Д. Опухоли Бренера.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Е. С мешанные эпителиальные опухоли.***

1. *Доброкачественные.*

2. *Пограничные* (пограничной злокачественности).

3. *Злокачественные.*

***Ж. Недифференцированная карцинома.***

Эта категория опухолей относится к разряду редких разновидностей РЯ и вызывает иногда путаницу. Это недифференцированный, анапластический рак. Ее ошибочно можно принять за гранулезоклеточную опухоль.

***3. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.***

Это аденокарцинома или железистый рак без явных признаков принадлежности к серозному, муцинозному, эндометриоидному или светлоклеточному (мезонефроидному) эпителию. Другими словами, это аденокарцинома неясного генеза. Уровень дифференцировки данных аденокарцином может быть различным. Прогноз при неклассифицируемых эпителиальных опухолях хуже, чем при серозной цистаденокарциноме.

***ПРОГНОЗ.***

Для каждой стадии эпителиальных опухолей яичников, прогноз связан со степенью гистопатологической дифференцировки опухоли. Малодифференцированные опухоли имеют худший прогноз. Прогноз при эндометриоидном раке гораздо лучше, чем при серозной и муцинозной аденокарциномах. Больные с пограничным или хорошо дифференцированным раком после первичного хирургического вмешательства обычно живут долго.

**II. Опухоли стромы полового тяжа –** *составляют 2-3% всех новообразований яичников, происходят из стволовых клеток мезенхимы коры яичников. Эти опухоли способны секретировать эстрогены. Гиперплазия эндометрия описана более чем у 50% больных этими опухолями, рак эндометрия – в 5-10%.*

***А. Гранулезостромально-клеточные опухоли.***

1. *Гранулезоклеточная опухоль –* раньше именовалась *“фолликуломой”.*Она относится к группе эстрогенпродуцирующих новообразований. Феминизирующий эффект проявляется: ППР у детей (менархе в норме 11-16 лет, чаще 13,5 лет. Самая молодая мать (1м 15см) в мире в Перу – 5 лет 7 мес родила доношенного ребенка массой 3,2 кг, путем операции кесарево сечение. Менструация с 3 лет, забеременела в 4 года 10 мес. В СССР в клинике академика Грищенко в г.Харькове в 6 лет 6 мес через естественные родовые пути. До 8 лет не должно быть вторичных половых признаков. Порядок появление ВПП: 1- телархе; 2- пубархе; 3- адренархе; 4- менархе); кровотечениями у женщин в периоде менопаузы; наличием метрорагий и менорагий, а также аменореи, бесплодия и невынашивания в детородном возрасте; в развитии сопутствующих фибромиом матки, аденомиоза, нагрубании молочных желез. Некоторые больные пожилого возраста выглядят моложе своих лет, а их НПО не имеют признаков атрофии. В отдельных случаях отмечается повышение либидо и явления транссексуализма. Удаление опухоли приостанавливает все указанные симптомы, однако они могут вновь появляться, если имеет место рецидив или метастаз опухоли. Поражаются все возрасты – от детского до преклонного, но в основном в постменопаузе, а в 5% - до периода полового созревания. Эти опухоли обычно односторонние, лишь в 10% случаев двухсторонние. Гранулезотекаклеточные опухоли варьируют по размеру от микроскопических до опухолей, выполняющих всю брюшную полость. Гистологически характерно наличие телец Каля-Экснера (розетки или фолликулы гранулезных клеток, часто с центральной полостью). Рецидивы возникают приблизительно у 30% больных, обычно более чем через 5 лет после удаления первичной опухоли; иногда рецидивы возникают через 30 лет. Гранулезоклеточные опухоли состоят из клеток гранулезы атрезирующего фолликула и клеток стромы яичников.

*2. Группа теком-фибром:*

а) текома; (Также, как и гранулезоклеточные опухоли, относятся к группе эстрогенпродуцирующих. Феминизирующий эффект тоже проявляется в НМЦ, гиперплазией эндометрия, гипертрофией миометрия и дисгормональными изменениями ткани молочных желез, исчезающими после удаления опухоли. Поражают преимущественно женщин в периоде мено- и постменопаузы, а детей практически не встречаются. Частота обнаружения – 2,5%).

б) фиброма; (Встречаются редко и не проявляют гормональной активности. Проще говоря, это текомы без гомонального эффекта. Поражается в основном пожилой контингент женщин, у которых такая опухоль вызывает асцит, анемию и иногда гидроторакс (синдром Мейгса). Фибромы чаще всего односторонние, самой различной величины. Макроскопически они плотные, округлой или овальной формы, на разрезе волокнистого строения, перламутрового вида; встречаются очаги обызвествления, отека, распада и кровоизлияний).

в) неклассифицируемые.

***Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.***

Редкие опухоли мезенхимного происхождения. Обычно обладают андрогенной активностью. Классическое проявление андроген-секретирующих опухолей – дефеминизация, включающая атрофию молочных желез и матки, аменорею, отвращение к половой жизни с последующей маскулинизацией, включающей гирсутизм, появление угрей, изменение линии оволосения, огрубения голоса, увеличение гортани, гипертрофию клитора, бесплодие. В редких случаях может быть сочетание маскулинизации и феминизации (амбипотентность). Наичаще поражают женщин от 20 до 40 лет, развиваются длительно, в течении многих лет, чаще доброкачественние.

1. *Высокодифференцированные:*

а) тубулярная андробластома; опухоль из клеток Сертоли;

б) тубулярная андробластома с накоплением липидов; опу­холь из клеток Сертоли с накоплением липидов (липидная фолликулома Лесена);

в) опухоль из .клеток Сертоли и Лейдига;

г) опухоль из клеток Лейдига; опухоль из хилюсных кле­ток.

2. *Промежуточной* (переходной) *дифференцировки.*

3. *Низкодифференцированные* (саркоматоидные).

4. *С гетерологическими элементами.*

***В. Гинандробластома.***

Редкая опухоль, локализуется так же, как и андробластома преимущественно в мозговом слое яичника, реже – в воротах и корковой зоне. Размеры опухолевых узлов небольшие, чаще в капсуле, на разрезе мягкой консистенции, солидного или мелкозернистого строения, беловато-желтоватого вида, могут быть участки кровоизлияний и некрозов.

***Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.***

К этой группе относятся редкие опухоли, построенные из элементов полового тяжа без признаков половой дифференцировки. Иными словами, им невозможно дать специфическое определение или установить, являются ли они по своему типу овариальными или тестикулярными. Наблюдаются в молодом возрасте и у детей, нередко при наличии синдрома Пейтца-Егерса (пигментация слизистых оболочек и кожи в сочетании с полипозом желудочно-кишечного тракта).

**III. Липидно-клеточные (липоидно-клеточные) опухоли.** Встречаются редко, относятся к разряду казуистики. Раньше их именовали “лютеома”. Являются следствием дистопии коркового слоя надпочечников. Тканевая природа и гистогенез до сих пор не ясны.

Считается, что они чаще гормональноактивны, в частности, вирилизирующие новообразования. Проявляются клиникой маскулинизации и гиперкортицизма (Кушингоид). Иногда реакция Ашгейм-Цондека на гонадотропные гормоны бывает резко положительной. Гистологически опухолевые клетки светлые, пенистые, напоминают лютеиновые клетки, клетки Лейдига или клетки коры надпочечника. Макроскопически на разрезе они неизменно желтого цвета.

**IV. Герминогенные опухоли.** Развиваются из незрелых зародышевых клеток яичников, дающих начало или дисгерминомам, или опухолям из полипотентных клеток. Опухоли из полипотентных клеток могут дифференцироваться во внеэмбриональные структуры (эндодермальный синус, хориокарцинома) или эмбриональные структуры (злокачественные тератомы). Эти опухоли составляют 5% всех злокачественных опухолей яичников, но у женщин моложе 20 лет они составляют более двух третей всех злокачественных новообразований яичников.

***А. Дисгерминома.*** Наиболее часто встречающаяся опухоль из зародышевых клеток, составляют приблизительно 50% опухолей этого типа. Встречаются такие опухоли сравнительно редко, составляя от 0,6 до 5% случаев всех опухолей яичников. Дисгерминома яичника аналогична семиноме яичка, развивается она из половых клеток, не подвергающихся дифференцировке. В 90% дисгерминомы возникают у женщин моложе 30 лет. Как правило, это женщины с явлениями инфантилизма и с замедленным половым развитием, а также с признаками псевдогермафродитизма. Дисгерминомы растут и метастазируют быстро и имеют великую предрасположенность к распространению по лимфатическим путям. Опухоли могут секретировать ХГТ. Более чем в 20% случаев это двусторонние опухоли, но чаще поражается только один яичник. Нередко опухоль имеет ножку. Дисгерминома высокочувствительна к лучевой терапии; в сыворотке крови больных повышается уровень лактат-дегидрогеназы (ЛДГ).

***Б. Опухоль эндодермального синуса.***

Гистологически выявляют клубочкоподобные структуры ( тельца Шиллера-Дюваля), напоминающие сосочки эндодермального синуса в плаценте крысы. Средний возраст больных составляет 19 лет. Чаще, в 95% случаев, это опухоль односторонняя и поражает правый яичник. Диагностическое значение придается определению АФП, который является маркером опухоли. Опухоль быстро метастазирует.

***В. Эмбриональная карцинома.***

Гистологически состоит из анапластических эмбриональных клеток эпителиального вида. Средний возраст больных – 15 лет. Опухоль секретирует АФП и ХГТ. Повышение содержания ХГТ может вызывать ППР у девочек в препубертатном периоде. Чаще опухоль односторонняя с тенденцией к быстрому росту, что приводит к возникновению острых болей в животе.

***Г. Полиэмбриома.***

Высокозлокачественная опухоль, построена преимущественно из эмбриональных (эмбрионоподобных) телец, которые состоят из сдвоенных мелких кист, выстланных эктодермальным и энтодермальным эпителием, а также очагов мезодермы. Данные структуры представляют как бы эмбрион человека самых первых недель развития.

***Д. Хорионэпителиома (хориокарцинома).*** Происходит из эпителиальных клеток ворсин хориона. Эту первичную опухоль необходимо отличать от метастатического поражения яичников в результате гестационной хорионэпителиомы. Гистологически – пролиферация атипичных элементов цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Обично возникае у молодых женщин; локализуется в теле матки, реже в маточной трубе, яичнике или брюшной полости. Редко бывает двусторонней. Секретирует ХГТ. Симптомы: опухолевая масса в полости таза и ППР у девочек в препубертатном периоде.

*Опухоль энтодермального синуса, эмбриональная карцинома, полиэмбриома и хорионэпителиома относятся к* ***редким герминогенным (зародышевым) опухолям яичников.*** *Клинически и макроскопически они ничем не отличаются от герминогенных опухолей другого строения. Протекают, как правило, злокачественно. Гистологическая диагностика их трудна.*

***Е. Тератомы.*** Поражают главным образом молодых женщин в возрасте от 20 до 40 лет, но нередки и у девочек. Растут медленно, не имеют специфических клинических симптомов, за исключением некоторой склонности к нагноению и спаечным процессам. Частота их обнаружения колеблется в пределах 10-20% по отношению к общему числу опухолей; преобладает одностороннее поражение. Гистогенез сложен. Современная точка зрения на происхождение тератомы - из половых клеток в результате явления партеногенеза. Развивается из трех зародышевых листков: экто-мезо-энтодермы. Отсюда их содержимое: кожа, зубы, зачатки глаза, нервная ткань, челюсти, слюнные железы, кишечная трубка, мочевыводящие пути, щитовидная железа, соединительная ткань, сало, волосы, хрящи и т.д. Макроскопически тератомы представляют собой различной величины кистозно-солидные узлы, мягкоэластической консистенции, обычно лежащие в переднем своде.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1.Дать характеристику кисты яичника.

2.Дать характеристику цистаденомы яичника.

3.Перечислить кисты яичника.

4.Какие ткани яичника являются источником опухоли?

5.Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период детства и детородном возрасте.

6.Основные клинические проявления феминизирующей опухоли яичника в период климакса и менопаузы.

7.Клинические особенности феминизирующей опухоли яичника в зрелом возрасте.

8.Клинические особенности васкулинизирующей опухоли яичника

9.С какой целью производится обследование желудочно-кишечного тракта у больных с опухолями яичника?

10.Объем оперативного вмешательства при ретенционных кистах яичника.

11.Объем оперативного вмешательства при истинных опухолях яичника.

12.Что образует «анатомическую» ножку опухоли яичника?

13.Что образует «хирургическую» ножку опухоли яичника?

14.Симптомы перекрута ножки кисты или кистомы яичника.

15.Особенности клинического течения доброкачественных опухолей яичника.

16.Осложнения, возникающие при доброкачественных опухолях яичников.

17.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при наличии опухоли яичника?

18.Перечислить дополнительные методы исследования при подозрении на гормонопродуцирующую опухоль яичника.

19.Какие дополнительные методы исследования применяются при дифференциальной диагностике опухолей яичника и матки?

20.Значение тестов функциональной диагностики, содержание гормонов в сыворотке крови для диагностики гормонопродуцирующей опухоли.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ФЕМИНИЗУРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

а) мазок на кольпоцитологию

б) симптом зрачка

в) симптом арбаризации шеечной слизи

г) симптом натяжения цервикальной слизи

д) МРТ головного мозга

2.К ГРУППЕ РИСКА ПО ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТ ЖЕНЩИН 1) С НАРУШЕНИЕМ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ 2) С ПЕРВИЧНЫМ БЕСПЛОДИЕМ 3) С МИОМОЙ МАТКИ 4) С ЭНДОМЕТРИОЗОМ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) всех перечисленных

г) верно 4

д) никого из перечисленных

3.ДЛЯ РАСПОЗНАВАНИЯ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ 1) ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ 2) ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ 3) УЛЬТРАЗВУКОВОЙ 4) ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

4.К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСИТСЯ 1) СЕРОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 2) МУЦИНОЗНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 3) ЭНДОМЕТРИОИДНАЯ ЦИСТАДЕНОМА 4) СВЕТЛОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

5.ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ВЫЯВЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 1) ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР 2) УЗИ 3) ПНЕВМОПЕЛЬВИОГРАФИЯ 4) ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные методы

г) верно 4

д) ни один из перечисленных методов

6.ВАРИАНТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКА (ДАЮЩИЕ ОСТРУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ) 1) ПЕРЕКРУЧИВАНИЕ НОЖКИ ОПУХОЛИ 2) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ 3) КРОВОИЗЛИЯНИЕ ВНУТРЬ КАПСУЛЫ 4) НАГНОЕНИЕ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленные осложнения

г) верно 4

д) ни одно из перечисленных осложнений

7.ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЯИЧНИКОВ 1) ЛУЧЕВОЕ 2) ГОРМОНАЛЬНОЕ 3) АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ 4) ВОЗМОЖНО НАБЛЮДЕНИЕ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) все перечисленное

г) верно 4

д) ничего из перечисленного

8.ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ ИМЕЮТ МЕСТО 1) ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ 2) ПРИ РАЗРЫВЕ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ 3) ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ 4) ПРИ ЖИДКОСТНОМ СОДЕРЖАНИИ ОПУХОЛИ

а) верно 1, 2, 3

б) верно 1, 2

в) при всем перечисленном

г) верно 4

д) ни при чем из перечисленного

9. ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА МОЖЕТ БЫТЬ:

а) полный

б) частичный

в) многократный

г) верно все перечисленное

д) все перечисленное неверно

10. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНО

а) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения

б) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной резко болезненной опухоли

в) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-д | 6-в |
| 2-б | 7-д |
| 3-в | 8-б |
| 4-а | 9-г |
| 5-б | 10-д |

**11.Ситуационные задачи по теме:**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

**Задача №1**

Больная М., 5 лет доставлена в детское гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: родилась от 1 беременности, 1 родов. При УЗИ исследовании во время беременности маме сообщили, что у плода в области малого таза проецируется образование жидкостное гладкостенное в D =3 см, после выписки из родительного дома мама с ребенком уехала в деревню и к врачу до настоящего времени не показывалась. При осмотре: девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост, масса тела соответствуют норме. Mа – 2, Pub-0, Adr-0, Me-1. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту и полу, слизистая преддверия без воспалительных явлений и дефектов, девственная плева цела. С отверстием по центру из которого слизисто-кровянистые умеренные выделения. Оволосение отсутствует. Перианальная область – б/о.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Гормонопродуцирующая феминизирующая опухоль яичника, изолированная ППР по изосексуальному типу, периферического генеза.
2. Саркома матки, рак шейки матки- полип, ППР центрального генеза.
3. УЗИ гениталий ,МРТ головного мозга, гормоны сыворотки крови (эстрадиол).
4. При подтверждении диагноза оперативное лечение (лапароскопия, ревизия органов бр.полости, удаление опухоли, при необходимости интраоперационная цитодиагностика).
5. Благоприятный при доброкачественном генезе опухоли.

**Задача №2**

Девушка 16 лет обратилась к гинекологу с жалобами на редкие менструации в течение последнего года, усиленный рост волос на бр.стенке, лице, груди. Из анамнеза: менструации с 12 лет, по 5 дней, до 15 лет регулярные через 30 дней, умеренные. Объективно: кожа жирная пористая, на верхней губе, подбородке, области бакинбардов, груди, бр.стенки, бедер, поясничной области избыточный рост волос. Молочные железы гипопластические. При ректальном обследовании через переднюю стенки прямой кишки пальпируется гипопластическая матка, плотная, Б/Б, придатки спарава не увеличены, б/б, слева – пальпируется образование тугоэластической консистенции, б/б в D 6 cм.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Диф. диагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Кистома яичника, не исключается гормонопродуцирующая-маскулянизирующая, с ОНМЦ по типу олигоменорреи, гирсутизмом.
2. Саркома матки, рак шейки матки- полип.
3. УЗИ гениталий ,МРТ головного мозга, гормоны сыворотки крови (тестостерон, ДАС, 17-ОН прогестерон, ФСГ, ЛГ, ССГ).
4. При подтверждении диагноза оперативное лечение (лапароскопия, ревизия органов бр.полости, удаление опухоли, при необходимости интраоперационная цитодиагностика).
5. Благоприятный при доброкачественном генезе опухоли.

**Задача №3**

Больная 30 лет, обратилась с жалобами на бесплодие в течение 7 лет. Менструации с 14 лет, по 5 дней ,через 30 дней. Последние 5 лет уряжаются до 1 раза в 3-5 месяцев. Месячные стали скудные в виде «мазни». Объективно: молочные железы гипопластичны, кожа жирная пористая, избыточный рост волос на верхней губе, подбородке, бр. стенки и конечностях. При влагалищном исследовании: шейка матки коническая, зев закрыт. Тело матки гипопластическое. Левые придатки-б/о. В области правых – тугоэластическое подвижное овальное D до 7 см, б/б. Своды глубокие, б/б.

1. Предполагаемый диагноз?
2. Дифдиагноз?
3. Планируемое обследование?
4. Тактика?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Кистома яичника, не исключается гормонопродуцирующая-маскулянизирующая, с ОНМЦ по типу олигоменорреи, гирсутизмом.
2. Саркома матки, рак шейки матки- полип.
3. УЗИ гениталий, МРТ головного мозга, гормоны сыворотки крови (тестостерон, ДАС, 17-ОН прогестерон, ФСГ, ЛГ, ССГ).
4. При подтверждении диагноза оперативное лечение (лапароскопия, ревизия органов бр.полости, удаление опухоли, при необходимости интраоперационная цитодиагностика).
5. Благоприятный при доброкачественном генезе опухоли.

**Задача №4**

Больная 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота, нерегулярный стул, увеличение живота. Из анамнеза: 3 родов, 4 аборта. Часто лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не была. Объективно: живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах, при перкуссии определяется наличие жидкости в брюшной полости. Бимануальное исследование: в области придатков матки пальпируются плотные опухоли, малоподвижные, умеренно болезненные, матка отдельно не определяется. В зеркалах: шейка матки без эрозии, светлые слизистые бели.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Какие дополнительные методы обследования необходимы в данном случае?

4. Объем операции при злокачественном поражении яичников?

5. В онкогинекологии наиболее высокая смертность наблюдается при следующем заболевании?

**Эталон ответа**

1. Рак яичников.

2. Дополнительные обследования с целью решения объема операции.

3. Онкомаркёры в сыворотке крови, УЗИ органов малого таза, колоноскопия.

4. Тотальная гистерэктомия с маточными придатками и ре-зекция большого сальника.

5. Рак яичника.

**Задача №5**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?

2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?

3. Тактика?

4. Прогноз?

5. Реабилитация?

**Эталон ответа**

1. Гормонопродуцирующая феминизирующая опухоль яичника.

2. УЗИ, гормоны крови, лапароскопия с биопсией яичников.

3. Оперативное лечение.

4. Благоприятный.

5. Тщательное диспансерное наблюдение с УЗИ, контролем гормонов сыворотки крови, онкомаркеров.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-10, ПК-12.**

1. Освоить методы диагностики опухолей яичников:

* Цитологическое исследование (кульдоцентез);
* Ректовагиноабдоминальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.

1. Участвовать в проведении УЗИ малого таза, КТ, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать морфологические данные.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака яичников.
4. Участвовать в операциях, гистерэктомии, пангистерэктомии, оментэктомии, аппендэктомии.
5. Уметь разработать план ведения больной:
6. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
7. Уметь клинически интерпретировать данные кульдоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики
8. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК при опухолях яичников.
9. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (кульдоцентез) и гистологического исследований гинекологической больной.

**1.Занятие № 27**

**Тема: «Предраковые заболевания шейки матки. Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки матки (кольпоскопия, цитологические исследование, прицельная биопсия, удаление полипов слизистой шейки матки)».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): в связи с ростом частоты фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки в популяции актуальность этой проблемы растет. Рак шейки матки – это не только медицинская, но и социальная проблема. Вакцинопрофилактика – это возможное решение проблемы в 21 веке для России.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-что относится к фоновым и предраковым заболеваниям шейки матки

-факторы риска патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Клинические проявления патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Скрининговые методы диагностики

-принципы лечения фоновых и предраквых заболеваний шейки матки

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска по раку шейки матки;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать патологию шейки матки

Обучающийся должен владеть**:**

-Взять мазок на АК с шейки матки

-Взять биопсию с шейки матки

-Кольпоскопию

-выскабливание цервикального канала

**5.Место проведения семинарского занятия:**

- учебная комната, кабинет патологии шейки матки, отделение гинекологии, смотровая

**6.Оснащение занятия**

а) иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, фотокольпоскопические картины, заключения анализов ПЦР на ВПЧ инфекцию и др. методов обследования, практические задачи, заключения цитологического и гистологического обследования

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| пп/п | Этапы  практического занятия | Продолжительность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Причины возникновения и развития различных заболеваний в таком органе-мишени, как шейка матки, до настоящего времени окончательно не установлены.

Тем не менее твердо определена роль различных факторов внешней и внутренней среды в генезе данной патологии. Все факторы риска возникновения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки делят на экзогенные, или средовые, и эндогенные, или генетические.

***К факторам риска относятся:***

1. Особенности становления менструальной функции. Установлено, что раннее менархе и раннее половое созревание увеличивают риск развития заболеваний шейки матки в 5-7,5 раза.
2. Сексуальный анамнез. Доказано, что раннее начало половой жизни, чрезмерная сексуальная активность, беспорядочные половые связи, частая смена половых партнеров создают условия для инфицирования половой системы. Это усугубляет течение фоновых заболеваний и содействует онкогенезу.
3. Инфицированность женского организма банальной микробной (кокки, палочки, хламидии, микоплазмы, гарднереллы, трихомонады) и вирусной (герпес простой, вирус папилломы человека) флорой. Способствует развитию воспалительных изменений в шейке матки и учащению фоновых и предраковых заболеваний. Воспаление сопровождается некротическими изменениями, слущиванием клеток и десквамацией фрагментов ткани. Это нарушает функцию созревания и дифференцировки клеточных элементов, создает фон для возникновения предраковых состояний.
4. Репродуктивная функция женщины, ее параметры и последствия. Особенности репродуктивного анамнеза являются ведущими в возникновении заболеваний шейки матки. Среди них наибольший интерес представляют следующие факторы риска: 1) *Возраст и количество беременностей, родов,* абортов неразрывно связаны между собой. Общепризнано, что высокая репродуктивная активность (большое количество беременностей с разными исходами) у молодых женщин (возраст менее 30 лет) и раннее наступление менопаузы (ранее 45 лет) увеличивают риск развития РШМ. 2) *Гормональный гомеостаз* регулируется центральными и периферическими звеньями. По современным представлениям, в генезе возникновения гиперпластических процессов шейки матки, гормональный дисбаланс играет главенствующую роль. Этот дисбаланс выявляется задолго до возникновения первых клинических проявлений заболевания ШМ. Основываясь на том, что эстрогены вызывают пролиферацию эпителиального покрова ШМ, его дифференцировку, а гестагены – слущивание эпителиальных клеток, установлена большая значимость гиперэстрогении в развитии заболеваний ШМ. Гормональные нарушения (ановуляция, неполноценная лютеиновая фаза, недостаточность обеих фаз, метроррагии, гиперполименорея и др.) встречаются у 72-73% больных с шеечной патологией. Вследствие имеющегося в организме гормонального дисбаланса отмечается высокая частота других заболеваний: миома матки (10,3%), дисфункция яичников с гиперпластическими процессами (1,6%), фиброзно-кистозная мастопатия (0,8%), хронические сальпингоофориты (30,9%). Терапия указанной патологии и изменений шейки матки оптимизирует лечебный процесс. Из других желез внутренней секреции на возникновение патологии ШМ особенно влияют щитовидная железа (дисфункция ее в любом варианте влечет ановуляцию) и надпочечники (высокая концентрация 17-кетостероидов часто сопровождается картиной пролиферирующего эндоцервикоза). *Последствия репродуктивной функции представлены* постабортной(послеродовой) травмой шейки матки и наличием воспаления. Травма ШМ вызывает образование в ней эктропиона. Это влечет за собой нарушение иннервации, рецепции и трофики органа, что создает условия для развития пролиферации тканей. Ткани выворота слизистой цервикального канала ШМ попадают в не свойственные им условия ( кислый рН влагалища). Слизистая пробка ШМ постепенно исчезает, снижается бактерицидность секрета шеечных желез. Это ведет к активации флоры влагалища и развитию цервицитов. В современной гинекологии пересмотрено значение воспаления в генезе псевдоэрозий. Доказано, что воспаление не является этиологическим фактором, оно играет лишь второстепенную роль.
5. Производственные вредности и генетические (наследственные) факторы. В генезе заболевания ШМ они изучены в меньшей степени.

Таким образом, анализ факторов, вызывающих заболевания ШМ и способствующих их поддержанию и длительному течению, свидетельствует об отсутствии на сегодняшний день единого мнения о причинах этой широко распространенной патологии. Для практического врача важно иметь представление о факторах риска возникновения рака не только ШМ, но и других органов репродуктивной системы.

На основании большого числа наблюдений отечественных и зарубежных исследователей можно считать установлен­ным, что рак не развивается на здоровом органе. Возникно­вению заболевания всегда предшествует какой-либо патоло­гический процесс. Практика показывает, что не всякое заболевание шейки матки обязательно приводит к злокачественному перерожде­нию, но объединение их в группу предраковых обращает вни­мание врача и требует проведения мероприятий как органи­зационных, так и лечебно-профилактических. Биологическая точность термина “предрак” не имеет принципиального зна­чения, важна клиническая сущность, динамика и возможные исходы

Впервые термин **“предрак”** был предложен в конце прош­лого столетия Dubreuil (1896) при определении предраковых кератозов (keratodes precancereuses).

С точки зрения этиологии и патогенеза предрак рассматри­вается как одно из фазовых состояний в общем комплексе канцерогенеза. *Канцерогенез* – это превращение нормальных клеток в злокачественные. Канцерогенез почти всегда многостадийный процесс, представляющий собой цепь генетических и эпигенетических повреждений, заканчивающийся тем, что клетка перестает отвечать на обычные ростовые ограничения со стороны хозяина.

**Канцерогенез может включать следующие стадии:**

1. *Мутация\ активация клетки* может вовлечь ростовые факторы, стимулирующие рост; структуры, дающие клетке метаболические преимущества; онкогены; инактиваторы функций генов – супрессоров и структуры, отвечающие за автономию клетки от контроля со стороны других клеток.
2. *Селективный рост клона –* обычно из одной клетки с новыми ростовыми преимуществами, что позволяет происходить дальнейшим мутациям.
3. *Селекция клеток* с дополнительными злокачественными чертами приводит к прогрессии от доброкачественной гиперплазии к автономному злокачественному росту.
4. *Многочисленные злокачественные клоны,* развивающиеся под действием мутаций с различной мозаикой генетических и функциональных способностей, приводят к еще большей автономии от контролирующего действия гормонов и ростовых факторов.
5. *Дальнейшие изменения*  способствуют инвазии и автономии метастазов – сначала групп клеток, а затем даже отдельных клеток.

***Примечание:*** Рождение одиночных злокачественных клеток – возможно, очень частое явление, происходящее каждый день, но продолжение их роста случается редко. Супрессирующее взаимодействие с защитными факторами организма хозяина происходит на всех уровнях. Возможность обратного развития как установившегося новообразования, так и предраковых заболеваний доподлинно доказана. Перечисленные выше стадии не обязательно отчетливы и каждая из них, возможно, включает множественные повреждения антигенности и регуляторных ферментов, нарушение экспрессии ростовых факторов и других центров активации генома.

Теория канцерогенеза предложена Л. М. Шабадом и И. Л. Векслером. Л. М. Шабад различает несколько стадий в разви­тии рака.

**Стадия I** — диффузная патологическая неравномерная и из­вращенная гиперплазия (в функциональном и морфологиче­ском отношении).

**Стадия II** — очаговые пролифераты.

**Стадия III** — развитие доброкачественных опухолей.

**Стадия IV** — злокачественные опухоли.

Изменения стадий II и III следует отнести к предракам в узком смысле (облигатные формы, т. е. безусловный предрак). Стадия I по этой теории предшествует очаговым пролифератам, не является собственно предраком, а рассматривается как предопухолевое (фоновое) изменение.

По теории И. Л. Векслера, *нет рака без предрака и всякий предрак, имеет свое предшествующее заболевание*. Автор вы­деляет три этапа в процессе развития рака:

**1) этап “предшествующего” заболевания**, которое возни­кает вне влияния канцерогена, но на его фоне часто начина­ется специфический, направленный к озлокачествлению про­цесс;

**2) этап предрака** — состояние, переходящее в рак, но еще не являющееся раком. Клинически предрак характеризуется наличием местных пролифератов и возникновением новых при­знаков как морфологического, так и общебиологического ха­рактера в картине “предшествующего” заболевания;

**3) этап злокачественного роста**.

Предраковое состояние является комплексным понятием, включающим в себя как локальные изменения в органе, так и общие изменения: нарушение иннервации, кровоснабжения, расстройство эндокринной системы и др. С помощью цитологического метода исследования предраковые изменения выявляют иногда и на визуально неизме­ненной шейке матки.

*С современных позиций патологические изменения на шей­ке матки принято разделять на фоновые, предраковые (предопухолевые) и опухолевые процессы.*

*Согласно решению группы экспертов ВОЗ, предраком шей­ки матки следует считать дисплазию.*

**Дисплазия — это гистологическое понятие**. Не все авторы пользуются термином “дисплазия шейки матки”, заменяя его другими терминами — “атипия эпителия”, “анаплазия”, “базально-клеточная гиперактивность”, “дискератоз”, “гиперкератоз”, “гиперплазия резервных клеток” и пр. По мнению большинства исследователей, это не всегда бывает оправ­данно.

**ФИЗИОЛОГИЯ И АНАТОМИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Шейка матки располагается ниже внутреннего маточного зева и состоит из влагалищной части, которая находится в по­лости влагалища, и надвлагалищной части, расположенной выше влагалищных сводов. Канал шейки матки сверху начи­нается от гистологического внутреннего зева и заканчивается наружным зевом влагалищной части шейки матки.

Гистологически шейка матки отличается от тела по харак­теру эпителия, желез и стромы. Слизистая оболочка влага­лищной части шейки матки (эктоцервикс) состоит из покров­ного эпителия, сходного с многослойным плоским эпителием влагалища, и стромы. Граница между эпителием и подлёжащей стромой обычно называется базальной мембраной, хотяне все морфологи признают ее как анатомическую структуру. Она представляет собой ретикулиновые и аргирофильные волокна, коллагеноподобное вещество и мукополисахариды.

Строма шейки состоит из соединительной ткани, имеющей многочисленные веретенообразные клетки. По мере приближе­ния к внутреннему маточному зеву в глубоких частях шейки наблюдается все большее включение мышечных клеток.

Многослойный плоский эпителий состоит из четырех слоев клеток, различных по форме, величине, ядру: базальные, парабазальные, промежуточные (шиповидные) и поверхностные.

Самый глубокий слой клеток, базальный, представляет собой однорядный слой призматических клеток с крупным цен­трально-расположенным гиперхромным ядром и незначитель­ным количеством цитоплазмы.

Парабазальные клетки похожи на базальные, но с мень­шим ядром и большим количеством цитоплазмы.Над ними располагается несколько рядов промежуточных клеток (их называют еще “шиповатые клетки”) — срединный слой — с четкой клеточной границей, прозрачной цитоплазмой и с овальным или круглым ядром, находящимся в середине клетки. Клеточные ядра хорошо окрашиваются и содержат в себе одно или два ядрышка; клетки содержат много глико­гена. Чем ближе к поверхности, тем клетки все более уплощаются и переходят в поверхностный слой. Ядра этих клеток пикнотические, маленькие.

Соединение многослойного плоского эпителия с цилиндрическим происходит на границе наружного маточного зева. В зависимости от возраста и гормональной функции яичников зона стыка двух эпителиев может перемещаться или на вла­галищную часть, или в канал шейки матки.

Строма слизистой канала шейки матки содержит много коллагеновых волокон, мезенхимных клеток и кровеносных сосудов. Эпителий однорядный, цилиндрический, в виде часто­кола. Ядро клетки располагается эксцентрично, ближе к осно­ванию.

В слизистой оболочке шеечного канала (эндоцервикс) рас­полагаются ветвящиеся железы, которые называют цервикальными. Они так же, как и канал шейки матки, выстланы одно­рядным цилиндрическим эпителием, ядра располагаются в базальных отделах. Железистый эпителий продуцирует слизь-(муцин), которая образует пробку в цервикальном канале. Слизистая пробка выполняет множество функций, в том числе и бактерицидную.

Эпителий эндоцервикса однослойным можно называть условно, так как под цилиндрическим эпителием, непосредст­венно над базальной мембраной, располагаются небольшие округлой или кубической формы клетки с округлыми ядрами, светлой цитоплазмой. Это так называемые резервные клетки, которые в литературе обозначают еще как субцилиндрические, базальные, субэпителиальные, индифферентные.

*Резервные клетки, проявляя тенденцию к гиперплазии, впо­следствии дифференцируются либо в цилиндрический эпите­лий, либо в многослойный плоский.* Несмотря на внешнее сход­ство резервных клеток с базальными клетками многослойного эпителия, между ними есть определенная разница, так как ба­зальные клетки многослойного плоского эпителия могут пре­вращаться только в клетки многослойного плоского эпителия.

Что касается физиологии шейки матки, то под влиянием менструального гормонального цикла в шейке матки проис­ходят изменения не только морфологические, но и функцио­нальные. В пролиферативной фазе содержание гликогена в клетках многослойного плоского эпителия нарастает, увели­чивается объем отдельных клеток и всего многослойного пла­ста в целом. Цилиндрический эпителий эндоцервикса остается интактным. Во время секреторной фазы количество гликогена в многослойном плоском эпителии уменьшается. В секрете желез эндоцервикса увеличивается количество кислых мукополисахаридов, отмечается гиперплазия резервных клеток .

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

По данным литературы предложены различные классифи­кации патологических процессов на шейке матки. Наиболее приемлема в практической работе клинико-морфологическая классификация, предложенная Я. В. Бохман (1989). В ней автор выделяет следующие стадии:

1. **Фоновые процессы:**

1) псевдоэрозия (эктопия);

2) эрозированный эктропион (псевдоэрозия в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки);

3) истинная эрозия;

4) лейкоплакия;

5) эритроплакия;

6) полип;

7) плоские кондиломы.

**П. Предраковый процесс** — дисплазия: слабая, умеренная, тяжелая.

**III. Преинвазивный рак** (внутриэпителиальный, карцинома in citu)*.*

**IV. Микроинвазивный рак.**

**V. Инвазивный рак:** плоскоклеточный ороговевающий, плоскоклеточный неороговевающий, аденокарцинома, диморфный железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный), низкодифференцированный.

Длительное время к предраковым относили: дискератозы шейки матки: 1) лейкоплакия; 2) акантоз (акантопапилломатоз); 3) эритроплакия; и железисто-мышечную гиперплазию шейки матки. Но в результате тщательных гистогенетических исследований установлено, что предраковые процессы должны определятся по строгим морфологическим критериям. Визуально определяемые наиболее частые патологические процессы шейки матки, такие как псевдоэрозии (эктопии), истинные эрозии, лейкоплакии, эритроплакии и полипы, следует относить к фоновым процессам. Истинным предраком является дисплазия, при которой уже имеется выраженная в различной степени атипия поверхностного эпителиального пласта.

В последние годы большинство исследователей применяют предложенную Richart (1968) классификацию “цервикальной интраэпителиальной неоплазии”

(CIN) – CIN I- слабая дисплазия, CIN II – умеренная дисплазия, CIN III – тяжелая дисплазия и преинвазивный рак. Объединение в категорию CIN III – тяжелой дисплазии и преинвазивного рака определяется сходными биологическим поведением этих процессов и лечебными подходами.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Средний возраст больных с дисплазией эпителия шейки матки 33 года, а с преинвазивным раком шейки матки 37 лет. Средний возраст беременных с дисплазией составля­ет 28 лет. В период менопаузы дисплазия обнаруживается лишь при гиперфункции яичников, но это бывает редко (Б. И. Железнов). При изучении биологических особенностей дисплазии было, в частности, отмечено, что она в среднем возникает в том же возрасте (IV десятилетие - 30-39 лет), что и преинвазивный рак, но примерно на 10 лет раньше чем инвазивный.

В практике ***истинная эрозия*** — “минус-ткань” — шейки матки встречается не так часто, так как она через 10-12 дней эпителизируется многослойным плоским эпителием.

***Эктопия (псевдоэрозия)*** - это “плюс-ткань”, т. е. участок на влагалищной части шейки матки вокруг наружного зева, покрытый цилин­дрическим эпителием. При исследовании при помощи зеркал виден участок ярко-красного цвета с бархатистой; зернистой поверхностью, окруженный бледно-розовой слизистой.Псевдоэрозии бывают различной величины и формы, легко крово­точат. Иногда при псевдоэрозии наблюдается гипертрофия шейки матки.

В настоящее время считают, что есть три пути возникновения *псевдоэрозии*: 1) при половом созревании с увеличе­нием продукции половых гормонов возникают так называе­мые врожденные псевдоэрозии; 2) после родов при травме круговых мышц образуется эктропион — выворот слизистой канала шейки матки; 3) воспаление нарушает целостность эпителия шейки матки, образуется истинная эрозия. На лишённую многослойного плоского эпителия поверхность наслаивается цилиндрический эпителий, который спус­кается из цервикального канала. Образуется псевдоэрозия. R. Меуег называет этот процесс первой стадией заживленияистинной эрозии. Нередко цилиндрический эпителий разрастается в глубину тканей влагалищной части шейки матки, образуя железистые ходы ветвящиеся подобно шеечным железам. Возникают так называемые эрозионые железы.

При длительном течении процесса происходит значительная гипертрофия эрозионных желез (ходов), расширение их просвета. Образуется так называемая фолликулярная псевдоэрозия. В некоторых случаях на поверхности псевдоэрозии возникают папиллярные разрастания стромы, покрытые цилиндрическим эпителием. В строме этих разрастаний находят мелкоклеточные инфильтраты и другие признаки воспали­тельной реакции.

После стихания воспалительных процессов, вызванных раз­витием псевдоэрозии, по концепции R.Меуег происходит постепенное замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским. Этот процесс называется второй стадией заживления истинной эрозии. Регенерирующий многослойный плоский эпителий со смеж­ных здоровых участков подрастает под цилиндрический (по­крывающий псевдоэрозию), который подвергается дистрофии и десквамации. При этом эрозионные железы могут остаться под многослойным плоским эпителием и превратиться в кисты (ovulae Nabothii),так как эпителий этих желез продолжает продуцировать секрет, выход для которого закрыт.

Реже многослойный плоский эпителий проникает под эпителий эрозионных желез, что приводит к отторжению послед­него, регрессу желез и полному заживлению псевдоэрозии.

В течение жизни в зависимости от гормонального состоя­ния (менструальный цикл, беременность, менопауза) меня­ется форма шейки матки, и граница стыка экто- и эндоцервикса (наружный зев) перемещается то в сторону цервикального канала, то в сторону влагалищной части. В менопаузе боль­шая часть псевдоэрозий регрессирует.

Эпидермизация псевдоэрозии происходит под действием различных экзогенных и эндогенных факторов. *Она может происходить двумя путями: 1) за счет метаплазии резервных клеток в многослойный плоский эпителий; 2) за счет нараста­ния с периферии псевдоэрозии многослойного плоского* ***эпите­лия влагалищного типа.***

Большинство авторов считают, что чаще наблюдается **пер­вый путь** эпидермизации: в результате дифференцировки не­зрелого эпителия из резервных клеток в многослойный плос­кий. **Второй путь** эпидермизации, как правило, происходит при повреждении цилиндрического эпителия вследствие воспале­ния, диатермо- , криодеструкции, диатермоэксцизии.

Эпидермизация за счет резервных клеток обычно начина­ется с периферии, но может развиваться и в центре псевдоэро­зии (что иногда отмечается при кольпоскопическом исследова­нии) и продолжаться годами. Метапластической эпителий (да­же зрелый) отличается от многослойного плоского отсутстви­ем очерченной линии базальных клеток, большими размерами ядра в парабазальных и промежуточных клетках, наклон­ностью к ороговению поверхностных клеток. Особенно четко видны эти различия в области границы соединения этих эпителиев.

Эпидермизирующиеся псевдоэрозии морфологически не яв­ляются предраковым процессом, но они относятся к длительно текущим доброкачественным фоновым заболеваниям.

Структурные нарушения слизистой оболочки шейки матки, связанные с наклонностью к ороговению (лейкоплакии) или атрофии - истончению эпителиального покрова (эритроплакии), объединяют под общим названием *“дискератоз”.* Неко­торые авторы рассматривают лейкоплакии как один из вариантов дисплазий с явлениями дискератоза (3.В. Гольберт, Т. Е. Гош, И. А. Яковлева, Б. Г. Кукутэ).

Однако большинство авторов рассматривают лейкоплакии отдельно от дисплазий и как предраковое состояние оценива­ют по-разному.

Выделяют две формы ***лейкоплакий*:** *простую* и *лейкоплакию с атипией*. Различия между ними обнаруживаются при кольпоскопическом, цитологическом и гистологическом иссле­дованиях.

Простая форма лейкоплакии никогда не озлокачествляется, но она может быть составной частью других патологиче­ских состояний и вследствие этого сочетаться с различными формами дисплазий и карциномой in situ. Лейкоплакия с ати­пией, как правило, озлокачествляется в 75% случаев. Макро­скопически она представляет собой белое возвышающееся пятно. При гистологическом исследовании лейкоплакии с ати­пией в верхних слоях обнаруживают гипер- и паракератоз (характерные для простой лейкоплакии), а в нижних - гиперактивность базальных клеток с нарастанием атипизма.

*Учитывая это, надо сказать, что, хотя по классификации ВОЗ лейкоплакия не относится к предракам, при ее обнару­жении требуется особая настороженность.*

***Эритроплакия*** встречается редко. Макроскопически пред­ставляет собой красное пятно, микроскопически - резкое уменьшение эпителиального пласта, под ним - нередко воспа­лительные инфильтраты и резко расширенные капиллярные сосуды. Она легко травмируется, изъязвляется, образуя эро­зивные поверхности.

**ДИСПЛАЗИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

Дисплазия эпителия шейки матки возникает при наруше­нии нормального течения эпидермизации псевдоэрозии и при нарушении правильной дифференцировки клеточных элементов в зависимости от фаз менструального цикла. Дисплазия может существовать долгие годы. Легкая степень дисплазий может регрессировать. Умеренная и тяжелая дисплазия чаще переходит в рак. Выраженная дисплазия может перейти в преинвазивный рак в 19—30% случаев, а не леченая диспла­зия переходит в рак в 1%—17% случаев (Б. И. Железнов).

Наибольшие изменения при дисплазий происходят в ба­зальных и парабазальных клетках, слоистость эпителия в той или иной степени сохраняется. Базальные клетки становятся меньшего размера, теряют свою полярность. Изменяется структура клеток: появляют­ся полиморфизм, вакуолизация, митозы, как правильные, так и патологические, и нарушается соотношение ядра и цитоплаз­мы. Над гиперплазированным слоем измененных клеток всег­да присутствует четко выраженный слой неизмененного или мало измененного эпителия с сохранением полярности (Б. И. Железнов).

**Дисплазия** - *это атипия эпителия шейки матки с нарушением “слоистости”, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы* (Я. В. Бохман, 1989).

Дисплазия шейки матки может быть обнаружена как при исследовании визуально неизмененной шейки матки, так и в сочетании с фоновыми процессами, а также с преинвазивным и инвазивным раком. В зависимости от степени выраженности гистологических изменений принято делить дисплазии на слабые, умеренные и тяжелые. Морфологические изменения при дисплазии в ряде слу­чаев сходны с теми, которые наблюдаются при карциноме in situ*.* Цитологическим эквивалентом дисплазии шейки матки является дискариоз. По определению Koss (1979), это пограничное состояние, при котором цитологическая атипия выражена главным образом в ядрах клеток, тогда как в раковых клетках находят патологические изменения и в ядрах, и в цитоплазме.

Согласно классификации ВОЗ 1975 г., дисплазию эпите­лия шейки матки, соответственно выраженности клеточной атипии и сохранности архитектоники эпителиального пласта, подразделяют на три степени: *1) слабая, 2) умеренная, 3) выраженная (тяжелая).*

**Дисплазия** как указывалось выше, в отличие от фоновых заболеваний, не имеет характерных визуальных особенностей. Кольпоскопически чаще выявляется картина атипического эпителия. Диагноз дисплазии ставят на основани цитологического и гистологического исследований. Цитологическим эквивалентом дисплазии шейки матки, как уже отмечалось мной выше, является дискариоз. Для ***дис­плазии легкой степени*** характерна пролиферация клеток базального и парабазального слоев, в некоторых клетках отме­чается дискариоз и реже — пролиферация клеток промежуточ­ного слоя. Изменения захватывают лишь 1\3 толщины эпителиального пласта, а строение остальных слоев эпителия сохраняется. При ***дисплазии средней степени*** отмечаются более значительные атипические изменения клеток с поражением до 1\2 толщины эпителиального пласта. При ***тяжелой дисплазии*** в 2\3 эпите­лиального покрова наблюдается дискариоз в сочетании с клет­ками базального и парабазального слоев, значительным числом фигур деления (патологических митозов), признаками атипии единичных клеток и их ядер. Ядра увеличены, неправильной формы. Но, структура верхнего слоя эпителия сохранена. Дальнейшее прогрессирование процесса с полным поражением всей толщи МПЭ, нарастанием ядерной и клеточной атипии рассматривается как внутриэпителиальный рак. Гистологически дисплазия характеризуется неравномерным утолщением плоскоэпителиального пласта за счет пролиферации клеток базального срединного слоя. Выявляются признаки анаплазии клеток и полиморфизм ядер эпителиального пласта, что отличает дисплазию от преинвазивного рака.

Эпителиальные дисплазии 1-2 степени могут длительное время не прогрессировать, подвергаться обратному развитию после излечения сопутствующего воспалительного процесса. Однако чаще дисплазия прогрессирует, переходит в РШМ. Средние сроки развития внутриэпителиальной карциномы из дисплазии 1 степени составляет 5 лет, из 2 степени – 3 года, из тяжелой – 1 год.

*Слабая дисплазия* характеризуется сохранением нор­мального расположения поверхностного и промежуточного слоев. Отмечается базально-клеточная гиперактивность[[1]](#footnote-1) ниж­ней трети эпителиального пласта. Базальные и парабазальные клетки мономорфны, округло-овальной и вытянутой формы с сохранившимся, несколько суженным ободком ци­топлазмы, принимающей базофильный оттенок. Ядра базальных и парабазальных клеток увеличены, часто неправильной формы, гипо-, нормо- и гиперхромные. Хроматиновая струк­тура ядрышка при этом отчетливо вырисовывается в ядрах клеток. Наблюдается усиление митотической активности гиперплазированных клеток. Атипические митозы встречаются крайне редко. Может быть, индивидуальное ороговение кле­ток промежуточного слоя, а также ороговение поверхности эпителиального пласта. Базально-клеточная гиперактивность носит либо очаговый, либо диффузный характер. Может иметь место чередование очагов гиперплазии базальных кле­ток с участками нормального эпителия, иногда отмечаются неглубокие акантотические разрастания гиперплазированного базального слоя.

При *умеренной дисплазии* изменения, описанные выше, захватывают больше половины толщи эпителиального пла­ста. Отмечаются нарушения вертикальной анизоморфности[[2]](#footnote-2) и стратификации[[3]](#footnote-3) нижних слоев пласта за счет тотальной базально-клеточной гиперактивности. Гиперплазированные клетки нижних слоев располагаются перпендикулярно по от­ношению к базальной мембране. Количество клеток с митотическим делением ядер нарастает по направлению к базаль­ной мембране. Верхние слои эпителиального пласта сохра­няют нормальное строение, и клетки располагаются горизон­тально по отношению к базальной мембране. Могут быть проявления гипер- и паракератоза, захватывающие не толь­ко поверхностный, но и промежуточный слои.

При *выраженной (тяжелой) дисплазии* анаплазия захва­тывает большую часть толщи эпителиального пласта, за ис­ключением нескольких поверхностных слоев из зрелых кле­ток, сохраняющих нормальное строение. Ниже этих поверх­ностных слоев вертикальная анизоморфность и стратифика­ция отсутствуют. Расположение клеток беспорядочное, круп­ные клетки с темно-окрашенными ядрами обнаруживаются в вышележащих слоях. Наряду с некоторым полиморфизмом клеток отмечается и изменение ядерно-цитоплазматическогосоотношения в сторону ядра. Цитоплазма в значительной ча­сти клеток представлена в виде узкого ободка. Значительно нарастает количество митотически делящихся клеток, а так­же некоторый полиморфизм ядер, часть которых гиперхромна.

Как отмечалось выше, дисплазия эпителия шейки матки может быть обнаруже­на на фоне заболеваний шейки (псевдоэрозия, рубцовая деформация с эктропионом, лейкоплакия, полипы), но она может быть и на визуально неизмененной шейке матки. В 85-89% случаев дисплазия сочетается с псевдоэрозией, эндоцервикозом. ***Так как дисплазия чаще всего развивается на фоне вышеуказан­ных заболеваний шейки, то их принято именовать фоновыми заболеваниями шейки матки.***

Фоновые заболевания диагностируются на основании макроскопической картины, клинических проявлений. Дис­плазия же определяется только на основании гистологиче­ского исследования, реже — цитологического или кольпомикроскопического.

В настоящее время практика показывает, что в целях про­филактики рака является недостаточным только выявление и лечение фоновых заболеваний, необходимо активно выяв­лять дисплазии, применять комплексные методы исследова­ния при профилактических осмотрах женского населения.

**КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ФОНОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРЕДРАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Как уже было сказано выше, дисплазия шейки матки не имеет клинической картины, если она возникает не на фоне псевдрэрозии, рубцовой деформации, эктропиона, лейкопла­кии и др. К фоновым заболеваниям шейки матки относят псевдоэро­зию, рубцовую деформацию шейки матки с эктропионом, цервикоз, лейкоплакию, эритроплакию. В подавляющем большинстве эти заболевания не имеют ярких клинических про­явлений и их нередко обнаруживают при профилактическом осмотре.

При гинекологическом осмотре фоновые заболевания оце­ниваются клиницистами как доброкачественные и только при проведении комплексного обследования можно обнаружить предрак и даже рак шейки матки.

Комплексное обследование женщин с целью выявления предраковых заболеваний шейки матки состоит в целенаправ­ленном выяснении жалоб, анамнеза, оценке общего состояния, осмотре шейки матки при помощи зеркал, кольпоскопическом, прицельном цитологическом исследовании мазков с поверх­ности шейки матки, результатов пробы Шиллера, бимануальном влагалищном исследовании. При выявлении фактов, по­дозрительных на предрак, необходима тщательная проверка. Обследуемым проводят расширенную кольпоскопию, микрокольпоскопию, повторное цитологическое исследование по­верхностного соскоба с шейки матки и из цервикального ка­нала, прицельную биопсию, выскабливание слизистой канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

При выяснении жалоб и анамнеза следует учитывать, что они не всегда специфичны для предрака шейки матки, однако иногда этого бывает достаточно, чтобы отнести данную боль­ную в группу риска.

Очень часто больные жалоб не предъявляют, но при нали­чии фоновых заболеваний, сопровождающихся воспалитель­ным процессом, могут быть жалобы на бели, иногда контакт­ные кровяные выделения.

В анамнезе врач обращает внимание на перенесенные вос­палительные заболевания, ЗППП, роды, аборты, родовые травмы, за­болевания шейки матки, методы и результаты лечения этих заболеваний, наличие эндокринных и нервных заболеваний. Общее состояние больных без патологических изменений.

При осмотре шейки матки при помощи зеркал обращают внимание на форму и величину влагалищной части шейки мат­ки, состояние поверхности слизистой оболочки, ее цвет, форму наружного зева, характер выделений из цервикального ка­нала.

Бимануальное исследование — определение консистенции, формы, подвижности шейки матки.

**Кольпоскопией** называется визуальное обследование шейки матки, влагалища и наружных половых органов с помощью кольпоскопа, состоящего из бинокулярной оптической системы и вмонтированного в нее осветителя. С помощью цервикоскопа осматривают канал шейки матки. Кольпоскоп устанавливают на расстоянии 20-25 см от изучаемой поверхности. Пучок света наводят на шейку матки и врач, смотря в окуляры кольпоскопа, устанавливает объективы так, чтобы получить четкое изображение слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, стенки влагалища или наружных половых органов. Шейка матки имеет сферическую поверхность, поэтому, чтобы все поле попало в фокус окуляра, проводят тщательный осмотр. Шейку матки осматривают по часовой стрелке или по зонам, ко­торые выделяют условно (рис. 1). Такие деления помогают луч­ше фиксировать внимание на имеющихся патологических измене­ниях и производить прицельную биопсию.

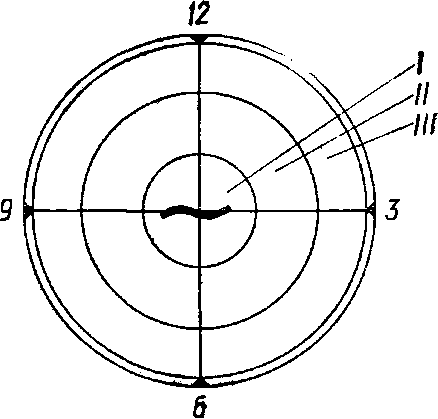
****

Рис. 1. Кольпоскопическая картина шейки матки и деление ее по цифер­блату и зонам (/—///).

Метод кольпоскопии был предложен немецким врачом Н.Hinselmann в 1925 г. Он дает возможность осматривать влагалищную часть шейки матки при увеличении в 10-30 раз. Это позволяет выявить различную патологию, невидимую невооруженным глазом. Кольпоскопическое исследование выявляет наиболее подозрительные участки на слизистой шейки матки для взя­тия поверхностных соскобов и биопсии (так называемая при­цельная цитология, прицельная биопсия).

В норме соприкосновение цилиндрического эпителия с многослойным плоским эпителием у женщин до 20 лет происходит на границе 1 и 2 зоны, после 22 лет оно смещается к наружному зеву. В возрасте после 40-42 лет граница цилиндрического и многослойного плоского эпителия располагается в нижней или средней трети канала шейки матки. В климактерическом периоде многослойный плоский эпителий атрофируется и вместо обычных 18-20 имеет 6-12 слоев, поэтому подлежащая ткань с сосудами становится ясно видимой. У 95% женщин рак шейки матки возникает в области стыка плоского и цилиндрического эпителия и в нижнем отделе канала шейки матки. Нижний отдел канала шейки матки у рожавших женщин можно осмотреть и с помощью зеркал. Процессы патологического дискератоза могут распространяться на весь канал шейки матки, осмотр которого проводят с помощью цервикоскопа.

Простая, или обзорная, кольпоскопия выполняется до влагалищного бимануального исследования, без удаления слизи, чтобы не травмировать шейку матки. В случаях, когда по­верхность шейки матки покрыта слизисто-гнойным налетом, затрудняющим исследование, его надо осторожно удалить ватным тампоном. Осмотр проводят последовательно, обращая внимание на рельеф и цвет слизистой оболочки, на границу многослойного плоского и цилиндрического эпителиев, на расположение, форму и калибр субэпителиальных сосудов.

Простая кольпоскопия позволяет ориентировочно выявить сте­пень патологического процесса и обнаружить или исключить атипию подэпителиальных сосудов.

Расширенная кольпоскопия (с применением 3 % раствора уксусной кислоты и 1-2 % раствора Люголя) проводится для более точного определения всех участков измененного эпителия.

Раствор уксусной кислоты, действуя на эпителий в течение полутора минут, растворяет слизь, вызывает набухание клеток цилиндрического эпителия, усиливает побеление атипического ороговевающего эпителия, более отчетливо выделяет отверстия выводных протоков желез. Расширенные под воздействием патологического процесса сосуды суживаются и исчезают из поля зрения. Последующее смазывание шейки матки 1-2 % раствором Люголя *(проба Шиллера)* выявляет участки атипического эпителия, не воспринимающие окраску или окрашивающиеся в светло-желтый цвет. Под воздействием 1-2 % водного раствора Люголя нормальный зрелый многослойный эпителий шейки матки, богатый гликогеном, окрашивается в темно-коричневый цвет (положительная проба Шиллера). Все патологически измененные участки тканей (доброкачественные процессы, предрак, рак) раствором Люголя не окрашиваются, или же окрашиваются в слегка желтоватый цвет. Таким образом, проба Шиллера позволяет обнаружить патологически измененные участки ткани и выявить границы поражения. Раствор Люголя приготавливают по следующей прописи: йода –1 г, калия йодида – 2 г, дистиллированной воды – 300 мл.

Существует множество кольпоскопических классификаций. В практической работе большинство врачей пользуються классификацией кольпоскопических картин, предло­женной Л. Н. Василевской и М. Л. Винокур :

***1. Нормальная слизистая влагалищной части шейки мат­ки гладкая, блестящая, бледно-розового цвета.***

***2. Доброкачественные изменения слизистой: эктопия, зона превращения, различные сочетания этих изменений, полипы шеечного канала, истинная эрозия, кольпиты, эндометриоз и изменения слизистой после диатермокоагуляции.***

***3. Атипический эпителий: лейкоплакия, основа лейкопла­кии, образование полей, эритроплакия, атипическая зона пре­вращения.***

***4. Рак шейки матки: сочетание атипического эпителия с атипией сосудов.***

В описаниях к атласам по кольпоскопии, которыми пользуются практические врачи-кольпоскописты, нет единого полного совпадения в терминологии, что требует унификации наименований кольпоскопических картин. На 2-Международном конгрессе по патологии ШМ и кольпоскопии (Австрия, 1975) была рекомендована следующая кольпоскопическая терминология:

1. Нормальная кольпоскопическая картина.
2. Патологическая кольпоскопическая картина.
3. Смешанная кольпоскопическая картина.

В 1-группу включены: плоский многослойный эпителий, высокий цилиндрический эпителий (эктопия), зона трансформации (зона превращения, перестройки).

Во 2-группу – атипическая зона трансформации, мозаика (поля), пунктуация (основа, база лейкоплакии), белый эпителий, кератоз, атипические сосуды, подозрение на инвазивный рак.

В 3-группу – воспалительные изменения, атрофические изменения, эрозия, кондилома, папиллома и другие изменения.

На основании тщательных клинико-эндоскопических и морфологических сопоставлений, К.П. Ганина, Е.В. Коханевич и А.Н. Мельник (1984) предложили следующую кольпоскопическую классификацию дисплазии эпителия шейки матки: поле дисплазии (многослойный плоский или призматический эпителий); папиллярная зона дисплазии; предопухолевая зона трансформации.

Для преинвазивного и микроинвазивного РШМ, по данным этих авторов, характерны следующие кольпоскопические картины: пролиферирующая лейкоплакия, поле атипического эпителия, папиллярная зона атипического эпителия, зона трансформации атипического эпителия, атипическая васкуляризация.

Вместе с тем весьма многообразным кольпоскопическим картинам не всегда соответствуют строго определенные гистологические заключения. Так, в зоне превращения (трансформации) эктопии и в основе лейкоплакии (пунктуация) может наблюдаться широкая гамма гистологических изменений – метаплазия эпителия, дисплазия, преинвазивный рак. Иными словами, между кольпоскопическими картинами и степенью тяжести дисплазии нет параллелизма. Вместе с тем на фоне кольпоскопических картин простого атипического эпителия чаще выявляются дисплазия и преинвазивный рак, а на фоне высокоатипического эпителия чаще обнаруживается микроинвазивный рак.

Таким образом, кольпоскопические картины **доброкачественного** характера настолько отчетливы, что совпадение кольпоскопического и гистологического диагнозов при этих изменениях составляют почти 100%. Поэтому выявление при кольпоскопическом исследовании заведомо доброкачественных изменений ШМ позволяет избежать многих лишних биопсий.

Большое значение имеет динамическое исследование кольпоскопических изменений на ШМ, поэтому необходимо записывать каждую находку кольпоскопии применяя условные знаки. Условные знаки, предложенные разными авторами, несколько отличаются друг от друга, поэтому чтобы соблюдать преемственность в работе в пределах одного учреждения должна быть договоренность в употреблении того или иного условного знака.

При **псевдоэрозии (эктопии)(высокий цилиндрический эпителий)** однослойный цилиндрический эпителий шеечного канала распространяется на влагалищную часть шейки матки, замещая многослойный плоский. Определяется в области наружного зева или во­круг него. В основе – многочисленные железистые структуры причудливой формы. Псевдоэрозии принято делить на железистые, папиллярные и эпидермизирующие. Для железистой эрозии характерно образование желез из влагалищной части шейки матки; при папиллярной происходит одновременное разрастание стромы в виде сосочков. Чаще отмечается псевдоэрозия в стадии эпидермизации, когда среди железистого эпителия встречаются островки метапластического или плоского эпителия. При полном заживлении псевдоэрозии она покрывается многослойным эпителием. Нередко возникают ретенционные кисты (Ovula Nabothi). Кольпоскопическая картина эктопии — гроздевидные скопления мелких округлых или продолговатых сосочков ярко-красного цвета, что обусловлено просвечивающимисясквозь плоский однослойный эпителий кровеносными сосудами. Зона превращения — на ярко-красной поверхности эктопии видны нежные бледно-сероватые язычки многослойного плос­кого эпителия, могут быть открытые и закрытые железы и вы­раженная сосудистая сеть, особенно на поверхности закрытых желез.

Структура **полипов** шейки матки характеризуется центральной соединительной ножкой, покрытой или многослойным плоским, или цилиндрическим эпителием, который образует также железистые или железисто-фиброзные структуры, расположенные в толще полипа. Поверхность полипов шеечного канала при кольпоскопическом исследовании соответствует изменениям, характерным для эктопии и зоны превращения.

**Истинная эрозия** выглядит как ярко-красный участок лишенный эпителиального покрова, когда обнажается соединительно-тканная строма. Выражены явления неспецифического воспаления. О характере истинной эрозии судят в зависимости от фона, на котором она развивается, и возраста женщины.

**Эндометриоидные образования** определяются в виде цианотичных бугорков, находящихся под слизистой оболочкой и покрытых многослойным плоским неизмененным эпителием. Размеры и цвет эндометриоидной гетеротопии изменяются в зависимости от менструального цикла.

После диатермокоагуляции на поверхности шейки матки видны красные полоски, точки различной величины. Они пред­ставляют собой сосудистые образования, иногда обширные подэпителиальные гематомы, покрытые истонченным много­слойным плоским эпителием.

Кольпоскопические картины доброкачественного характера четки и ясны, в большинстве случаев кольпоскопический ди­агноз совпадает с гистологическим. Выявление доброкачест­венных кольпоскопических картин позволяет избежать лиш­них биопсий.

**Лейкоплакия** — беловатые пятна различной величины, с ровной поверхностью слизистой или возвышающиеся над ней в виде бляшек (более четко выделяются при действии раст­вором Люголя). Возникает в процессе избыточного ороговения, паракератоза и акантоза.

**Основа лейкоплакии (пунктуация)** — плоские, хорошо очерченные, беле­соватые и светло-желтые участки с красными мелкими точ­ками. В основе лейкоплакии находятся периваскулярные и субэпителиальные инфильтраты, представленные гистиоцитами и плазматическими клетками.

**Образование полей (поля)** — полигональные беловатые поля не­больших размеров, ограниченные линией красного цвета (ткань стромы, просвечивающей сквозь верхние слои эпите­лия).

**Эритроплакия** — красный участок резко истонченного плоского эпителия, через который просвечивает подлежащая ткань.

Фоновые процессы не имеют патогномоничной цитологической картины. При истинных эрозиях в цитограммах наблюдаются элементы воспаления. При исследовании “поверхностных соскобов” или отпечатков с поверхности псевдоэрозии обнаруживаются фрагменты нормального и реактивно измененного железистого эпителия, метаплазированные клетки многослойного плоского эпителия разной степени зрелости. У больных простой лейкоплакией (без атипии) в цитологических препаратах находят ороговевшие клетки многослойного плоского эпителия, нередко безъядерные.

**Атипическая зона превращения** — йод негативные участки, имеющие резкие и извилистые границы, извилистые кровеносные сосуды. Показателем озлокачествления служит обнаружение атипического сосудистого рисунка: сосуды не анастомозируют, имеют вид штопорообразных, в виде запятых, обры­вающихся “палок” на фоне “стеклянной” ткани.

Атипический эпителий может быть выявлен как при фоно­вых заболеваниях, так и при дисплазиях, преинвазивном раке и начальных стадиях инвазивного рака. Поэтому для установ­ления диагноза необходимо произвести морфологическое ис­следование.

**Кольпомикроскопическое** исследование предложили проводить Antoine и Grunberger (1948, 1949). Кольпомикроскопия – оригинальный метод прижизненного гистологического исследования слизистой оболочки шейки матки. Кольпомикроскоп это прибор, с помощью которого исследуемый участок поверхности шейки матки рассматривают при увеличении в 100-300 раз. Перед исследованием шейку матки окрашивают 1% раствором толуидинового синего или гематоксилином. Тубус кольпомикроскопа вводят во влагалище, объектив подводят вплотную к слизистой оболочке шейки матки. Результаты этого метода исследования наиболее сопоставимы с гистологическим исследовани­ем, так как после окраски красителями, применяемыми в гис­тологии, стало возможным рассматривать гистологическую структуру поверхностных слоев шейки матки. Преимущество кольпомикроскопии состоит в том, что метод дает возможность изучать не морфологию отдельных отторгнутых клеток, а структуру тканей без нарушения целостности клеток. Особенно ценен этот метод при динамическом наблюдении. Недо­статки метода — невозможность исследования глубоких сло­ев ткани шейки матки и слизистой канала шейки матки. Этот метод не применяется для ранней диагностики рака при мас­совых обследованиях, но является ценным методом для углубленной ди­агностики, при выявлении патологического процесса во время профилактических осмотров и цитологических исследований.

Я.В. Бохман и Н.В. Гарманова (1981) предложили новую кольпомикроскопическую классификацию, в основу которой положен морфологический принцип:

1. Многослойный плоский эпителий (МПЭ): нормальный, истонченный, с воспалительными изменениями, незрелый.
2. Цилиндрический эпителий нормального вида в зоне эктопии.
3. МПЭ реактивно измененный, со слабо выраженной атипией.
4. Атипический МПЭ с дискариозом, соответствующий различным степеням дисплазии.
5. Преинвазивный рак – пласты, состоящие из опухолевых клеток с выраженным ядерным полиморфизмом.
6. Инвазивный рак – тяжи или комплексы опухолевых клеток, чередующиеся с очагами некрозов.

**Цитологическое** исследование эпителия шейки матки в на­стоящее время считается основным диагностике предраковых заболеваний.

Достоверность цитологического срининга достигает 98 %, а среди ошибочных заключений обычно преобладают ложноположительные. ***Реальное снижение показателей заболеваемости и смертности от РШМ под влиянием скрининга достигается только при непременном условии регулярного цитологического обследования большинства женской популяции (80 %) в возрасте старше 20 лет.***

*Не подлежат цитологическому скринингу только 3 категории женщин: 1) в возрасте до 20 лет; 2) в любом возрасте, не жившие половой жизнью; 3) перенесшие в прошлом экстирпацию матки. Желательно начинать скрининг с 20-летнего возраста. Время окончания скрининга находится в интервале 61-65 лет при условии негативных цитологических данных двух предшествовавших обследований. В России цитологические исследования чаще всего проводятся 1 раз в 2 года.*

Интерпретация цитологической картины во мно­гом зависит от правильного взятия материала. Материал сле­дует брать с поверхности шейки матки до различных иссле­дований и с не травмированной зеркалами поверхности. Наи­более информативен поверхностный соскоб, полученный с по­мощью металлического шпателя Ауег, с влагалищной части шейки матки и из цервикального канала. Из полученного ма­териала желательно приготовить несколько мазков. Сопрово­дительный бланк заполняется с указанием фамилии, имени, отчества, возраста больной, кратких клинических данных, ди­агноза, даты последней менструации. Мазки окрашивают и изучают морфологию клеток под микроскопом с окуляром 7, объективами 20, 40, 90. Окончательное заключение делают после исследования с иммерсионной системой. При оценке со­стояния клеточных элементов в окрашенном мазке-препарате, многие врачи в России чаще всего используют методику цитодиагностики, раз­работанную Н. Н. Шиллер-Волковой с соавт. (1964), по кото­рой выделено пять типов цитограмм.

***Первый тип*** — цитограммы отражают нормальное строе­ние эпителиального покрова слизистой.

***Второй тип***—цитограммы характеризуют пролиферацию плоского и цилиндрического слоев эпителия, проявляющуюся в укрупнении ядер значительного числа клеток.

***Третий тип*** — цитограммы, которые характеризуются нали­чием дискариоза клеток в пределах одного или нескольких слоев многослойного плоского или цилиндрического эпителиев и не имеют изменений со стороны формы самих клеток.

***Четвертый тип*** — цитограммы, в которых выражен дискариоз во всех слоях многослойного плоского и цилиндрическо­го эпителия или только в промежуточном и парабазально-базальном слое с обязательным присутствием единичных атипи­ческих эпителиальных клеток промежуточного слоя.

***Пятый тип***—цитограммы, в которых обнаружено значи­тельное число клеток, обладающих в совокупности всеми при­знаками злокачественности.

Первые три типа цитограмм относятся к доброкачествен­ным состояниям, последние два свидетельствуют о злокачественности процесса и соответствуют интраэпителиальному, или инвазивному раку (Е. А. Невская, 1970).

Во многих странах мира принята пятибалльная система классификации результатов цитологического исследования по Papanicolau (1943): 1) отсутствие атипических клеток; 2) атипические клетки без признаков злокачественности; 3) подозрение на рак; 4) некоторые признаки рака; 5) рак.

Каждое цитологическое исследование и заключение должно оцениваться критически и сопоставляться с клиниче­скими данными. Окончательный диагноз ставят на основа­нии гистологического исследования.

**Гистологический метод** является завершающим этапом комплексного исследования патологического процесса на шейке матки. Прицельная биопсия производится скальпелем на границе с неизмененными участками слизистой с подлежа­щей тканью. На рану после иссечения накладывают 1—2 уз­ловых кетгутовых шва и смазывают 3-5% раствором йода. При наличии подозрительных множественных участков следует проводить расширенную биопсию— электроэксцизию шейки матки.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. Клинико-морфологическая классификация патологических процессов шейки матки

2. Фоновые процессы шейки матки: эрозия (истинная, эктопия), лейкоплакия, полипы шейки матки.

3. Предраковые заболевания шейки матки: дисплазия.

4. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

5. Планирование лечения фоновых процессов шейки матки: электрокоагуляция, электроконизация, криодеструкция.

6. Лечение дисплазии шейки матки. Криодеструкция шейки матки, лазерная деструкция, диатермоконизация шейки матки.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

1. БОЛЬНЫЕ С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ШЕЙКИ МАТКИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА УЧЕТЕ У ОНКОЛОГА-ГИНЕКОЛОГА?

а) рецидивирующий полипоз;

б) простая форма лейкоплакии;

в) лейкоплакия с атипией;

г) дисплазия;

д) эритроплакия;

1. К ПРЕДРАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСИТСЯ:

а) эктопия цилиндрического эпителия

б) простая лейкоплакия

в) полип

г) дисплазия (CIN)

д) папилломатоз

1. СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ

а) кольпоскопия

б) цитология

в) биопсия

г) ПЦР

д) УЗИ сканирование

1. ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ:

а) травмы шейки матки

б) ВПЧ

в) частое смена половых партнеров при пренебрежении

барьерными методами контрацепции

г) верно все перечисленное

д) хронический эндоцервицит

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) нет верного ответа

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) кольпоскопия

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-г |
| 2-г | 7-б |
| 3-а | 8-г |
| 4-г | 9-г |
| 5-г | 10-г |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная М. 25 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-2. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. Шейка цилиндрическая в зеве полип в D= 0,7 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

* 1. Полип цервикально канала
  2. С раком шейки матки
  3. Обследования, осмотр в зеркалах, кольпоскопия, Мазки АК, флору.
  4. Удаление полипа, с коагуляцией ножки после местносанирующего лечения 7-10 дней.
  5. Планирование беременностей, регулярные проф.осмотры с цитологическим скринингом.

**Задача №2**

Больная М. 28 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -2, Абортов-5. В анамнезе аднексит. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке эрозия в D= 2 см, контактно кровоточит. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Эктопия шейки матки.
2. С раком шейки матки.
3. Обследования, осмотр в зеркалах, кольпоскопия, Мазки АК, флору.
4. Криодеструкция.
5. Планирование беременностей, регулярные профосмотры с цитологическим скринингом.

**Задача №3**

Больная М. 35 лет, жалуется на кровянистые мажущие выделения после коутуса в течение 3 –х месяцев, менструации с 12 лет по 5 дней, через 30 дней, умеренные, б/б. Роды -1, Абортов-6. В анамнезе аднексит, ДМК. При осмотре НПО – Б/о. На Шейке белесоватое пятно с перламутровым оттенком. В мазках на АК: лекоплакия с атипией. Тело матки и придатки б/б, Своды б/б. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Атипическая лейкоплакия шейки матки.
2. С раком шейки матки.
3. Обследования, осмотр в зеркалах, кольпоскопия, Мазки АК, флору.
4. Плазменно-аргонная аблация шейки матки после санирующего лечения.
5. Планирование беременностей, регулярные профосмотры с цитологическим скринингом.

**Задача №4**

Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Определите стадию заболевания?

4. Определите тактику для данной больной?

5. Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки.

2. Дальнейшее обследования для определения объема оперативного вмешательства.

3. 1 В.

4. Комбинированное лечение.

5. Низкодифференцированный плоскоклеточный рак;

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки.

2. Дополнительное обследование для дальнейшего определения объема оперативного вмешательства.

3. Онкомаркер SCC.

4. Рак ограничен шейкой матки.

5. Хирургическое. Сочетанная лучевая терапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8.**

1. Освоить методы диагностики фоновых, предраковых заболеваний шейки матки:

* Цитологическое исследование;
* Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;
* Кольпоскопию;
* Прицельная биопсия шейки матки;
* Цервикоскопию;
* Ректовагинальное исследование.

1. Участвовать в проведении кольпоскопии, цервикоскопии, УЗИ малого таза, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать данные цитограмм, кольпофотографий.

**1.Занятие № 28**

**Тема: «Диагностика и классификация предраковых заболевания тела матки (цитологические и гистологическое исследование, гистерография, гистероскопия)».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы**: В настоящее время имеет место рост рака эндометрия, особенно в группе женщин молодого репродуктивного возраста. Своевременное выявление фоновых и предраковых процессов эндометрия, адекватная их терапия являются профилактикой онкологической патологии и смертности от онкогинекологических заболеваний.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Злокачественные заболевания матки и придатков матки (клинику, диагностику, лечение)

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику фоновых и предраковых заболеваний эндометрия

-Интерпретировать результаты УЗИ матки

-Интерпретировать результаты ГСГ

-Определять показания для РДВПМ

-Определять показания для гормонотерапии

Обучающийся должен владеть:

-функциональным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией эндометрия

-аспират полости матки

-методами консервативного лечение доброкачественных гиперпластических процессов и предрака

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната, специально оборудованная лаборатория, палаты в стационаре, кабинет в поликлинике, операционная, Кабинет УЗИ

**6.Оснащение занятия**

а) иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, задачи, фотокольпоскопические картины, заключения анализов ПЦР на ВПЧ инфекцию и др. методов обследования, практические задачи, заключения цитологического и гистологического обследования, МРТ - снимки., ГСГ, УЗИ, муляжи, видеофильмы

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Морфологическая картина аденоматоза эндометрия. Морфологическая характеристика полипов эндометрия: Классификация Хмельницкого О. К. (1994):

* Железистый полип функционального типа характеризуется зрелым типом строения, циклическими изменениями в течение цикла. Различают секреторный, пролиферативный, гиперпластический варианты.
* Железистый полип эндометрия базального типа – наиболее частый вариант полипов в репродуктивном возрасте. Состоит из незрелого эндометрия базального слоя, гормонально мало зависим. Различают индифферентный, гиперпластический, пролиферативный варианты.
* Пролиферирующий железистый полип характеризуется активной пролиферацией эпителия.
* Аденомиоматозный полип - в строении участвуют гладкомышечные волокна.
* Аденоматозный полип характеризуется явлениями тканевого и структурного атипизма.
* Стромальный эндометриальный полип – редкий вариант полипа как проявление стромального эндометриоза. Необходима дифференциальная диагностика с полиповидной эндометриальной саркомой.

Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов. Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.

2. Классификация гиперпластических процессов эндометрия**.**

* Классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)

1. Эндометриальная гиперплазия;
2. Эндометриальные полипы;
3. Атипическая гиперплазия эндометрия.

* Классификация Б. И. Железнова (1977) 1) железистая (железисто-кистозная) гиперплазия эндометрия; 2) гиперплазия с секреторным превращением; 3) гиперплазия базального слоя; 4) стромальная гиперплазия.
* Классифиация Я. В. Бохмана (1985) 1) фоновые процессы эндометрия (железистая гиперплазия, эндометриальные полипы); 2) предрак эндометрия (атипическая гиперплазия эндометрия).

*Современная классификация патологических процессов эндометрия (ВОЗ, 1993)*

1. Гиперплазия эндометрия (пролиферация эндометриальных желез без клеточной атипии).

1.1 Простая гиперплазия эндометрия

1.2 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия

2. Атипическая гиперплазия эндометрия (имеются проявления клеточной дисплазии).

2.1 Простая гиперплазия эндометрия

2.1 Аденоматозная (комплексная) гиперплазия эндометрия.

Классификация основана на разделении понятий клеточный атипии (дисплазии) и тканевой (структурной) атипии, т.е. аденоматоза. В рамках понятия тканевой атипии выделяется простая гиперплазия эндометрия, характеризующаяся ненарушенным соотношением железистого и стромального компонентов и аденоматозная (комплексная) гиперплазия. Последняя проявляется в выраженном тканевом атипизме, т.е. нарушении архитектоники эндометрия за счет чрезмерной пролиферации желез и уменьшения стромального компонента. Клеточная атипия (дисплазия) может сопровождать любой морфологический вариант строения эндометрия.

Клиника

Основными жалобами больных являются:

1. нарушения менст­руальной функции (или кровянистые выделения из поло­вых путей в менопаузе);
2. болевой синдром или контактные кровяные выделения;
3. жалобы, обусловленные обмен­ными и эндокринными нарушениями.

В репродуктивном возра­сте больные обычно жалуются на кровянистые выделения из половых путей в межменструальном периоде, а также до или после менструации. Для всех гиперпластических процессов эндометрия характер­ны нарушения менструального цикла по типу дисфункциональных маточных кровотечений или циклических ановуляторных менструальноподобных кровотечений. Последние могут созда­вать иллюзию сохраненной менструальной функции. Субстрат кровотечения, как правило, составляют участки гиперплазированного эндометрия с выраженными дистрофическими изменениями и очагами некроза, резко расширенными кровеносными сосудами и тромбозом. У женщин детородного возраста часто наблюдается бесплодие.

В пременопаузальном периоде женщин бес­покоят нерегулярные, обильные менструации с последующей длительной кровянистой «мазней» (при полипозе) и кровотечениями (при железистой гиперплазии и аденоматозе). В менопаузе больные отмечают скудные кратковременные или длительные кровянистые выделения. Наиболее характерными жалобами при наличии обменных и эндокринных нарушений являются го­ловные боли, избыточная прибавка массы тела, патологическое оволосение, нарушение сна, периодически возникающая жажда, розовые стрии, пониженная работоспособность, раздражительность.

Клинике гиперпластических процессов часто присущи прояв­ления гипертонической болезни, сахарного диабета, ожирения, т. е. метаболических нарушении, являющихся фоном для разви­тия пролиферативных процессов в органах-мишенях.

**Диагностика** ГПЭ базируется на данных анамнеза, объективного обследования, вспомогательных методов исследования.

Обследование больных должно быть комплексным и направлено на выявле­ние характера патологического процесса эндометрия, общих заболеваний, определение гормонального профиля. Целесообразно двухэтапное обследование больных с патологией эндометрия: I этап – в амбулаторных условиях, II этап – более углубленное в стационаре.

Объем и характер обследований зависят от возраста больной. Всем больным репродуктивного и пременопаузального периода необходимо в течение 3 мес. проводить обследование по тестам функциональной диагностики, определять количественное содержание гормонов яичника, гипофиза, надпочечников. Параллельно следует произвести рентгенографию черепа и турецкого седла, исследовать цветные поля зрения. Больным при подозре­нии на склерокистозные яичники или гормонопродуцирующую опухоль яичника производится биконтрастная гинекопельвиография, лапароскопия.

Больным с нейроэндокринными нарушениями показано обследование функции печени, щитовидной железы, контроль артериального давления, определение глюкозы крови и сахарной кривой с нагрузкой. ГПЭ в периоде менопаузы чаще развиваются на фоне относительно высокого насыщения организма эстрогенами.

Для установления источника патологических кровянистых выделений необходимо тщательно осмотреть наружные половые органы, стенки влагалища, влагалищную часть шейки матки, обратив особое внимание на характер выделений из цервикального канала.

Внедрение *ультразвукового исследования* в гинекологическую практику позволило косвенно судить о состоянии эндометрия, ориентируясь на толщину и структуру срединного М-эха. Эндометрий имеет четкие очертания и большую акустическую плотность по сравнению с миометрием, занимая срединное положение параллельно внешнему контуру матки. При нормальном менструальном цикле толщина эндометрия зависит от фазы цикла, постепенно возрастая от 3-4 мм в 1-й фазе до 12-15 мм - во 2-й фазе цикла. ГЭ обусловливает значительное увеличение этих показателей. Полипы эндометрия, как правило, визуализируются на эхограммах в виде округлых или удлиненных овальных образований с четким контуром и тонким эхонегативным ободком («гало») на фоне расширенной полости матки. В постменопаузе увеличение срединного М-эха до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

Важное значение имеет и изучение эхоструктуры и размеров яичников при ультразвуковом исследовании, что позволяет уточнить характер их патологии. В норме яичники у женщин репродуктивного возраста выявляются как овальные образования средней эхогенности с четкими контурами, длиной 2,9 см, шириной 2,7 см и переднезадним размером 1,5-1,9 см. Одностороннее увеличение яичников может свидетельствовать о наличии гормонально-активных структур. В постменопаузе яичники, как и матка, подвергаются инволюции и их визуализация существенно затруднена.

Наиболее ценным первичным обследованием является *цитологическое ис­следование* эндометрия. Материал из полости матки может быть получен с помощью шприца Брауна, микробраншей, эндозамплера. Полученный материал нано­сят на предметное стекло, приготовляют тонкий мазок (как при исследовании крови) и отправляют его в цитологическую лабо­раторию. Основной задачей этого метода является обнаружение и изучение изменений, происходящих в клетках эндометрия: при ГПЭ отмечается увеличение ядер по сравнению с размерами клетки, полиморфизм величины и формы отдельных клеток. Таким образом, цитологическое исследование аспирата из полости матки позволяет определить выраженность пролиферативных изменений эндометрия, но не дает четкого представления о его патоморфологической структуре.

Содержимое полости матки для цитологического исследова­ния можно взять в виде смывной жидкости, для чего в шприц набирают 2-3 мл стерильного физио­логического раствора с добавлением нескольких капель 10% рас­твора цитрата натрия для предотвращения образования сгустков крови в аспирате. Раствор вводят через катетер в полость матки и тотчас аспирируют этим же шприцем. Полученную смывную жидкость необходимо отцентрифугировать в течение 5 мин, надосадочную жидкость слить, а из осадка приготовить цито­логические препараты. Этот метод можно рекомендовать в качестве скрининга патологии эндометрия и его состояния на фоне гормональной терапии.

Ультразвуковой метод исследования и лапароскопия позво­ляют выявить патологию яичников (поликистозные яичники, гомонально-активные опухоли яичников).

Наиболее достоверным и объективным методом диагностики является гистологическое исследова­ние соскобов из цервикального канала и полости матки, полученных при раздельном лечебно-диагностическом вы­скабливании. Ин­формативность исследования повышается, если оно проводится под контролем ***гистероскопии***, которая позволяет выявить сопут­ствующую внутриматочную патологию. *Выскабливание эндометрия без гистероскопии приводит к оставлению патологического очага в матке и, следовательно, к ошибочной диагностике.* При этом может быть нераспознан свое­временно аденоматоз, и даже рак эндометрия и упущены сроки для своевременного оперативного лечения. Неполное удаление эндометрия при выскабливании без гистероскопии может привести к грубой ошиб­ке - установлению в последующем рецидивирующего процесса, что, в свою очередь, может приводить к не всегда оправданному оперативному вмешательству. Гистероскопия позволяет не только более детально изучить состояние эндометрия, провести четкую топическую диагностику, но и проконтролировать результаты корригирующей терапии.

##### В качестве неинвазивного скринингового метода диагностики гиперпластических процессов эндометрия может быть использовано и определение активности ß-D-глюкоронидазы в плазме крови (В.А. Фролов, В.Е. Радзинский, Б.И. Лавер, 2000).

*Гистерография* обычно выполняется при подозрении на сочетанную внутриматочную патологию (гиперпластический процесс эндометрия, внутренний эндометриоз, миома матки) или в связи с отсутствием возможности для проведения гистероскопии. Это исследование проводят на 7-8-й день цикла, используя водорастворимые контрастные вещества (верографин, урографин, уротраст). Гиперплазированный эндометрий и полипы на гистограммах проявляются в виде зазубренности контуров матки или дефектов наполнения. Ценность гистерографии в диагностике гиперпластических процессов эндометрия уступает гистероскопии и диагностическому выскабливанию.

*Радионуклидное исследование* с Р32 основано на способности радионуклидов накапливаться в гиперплазированном эндометрии в больших концентрациях, нежели в здоровой ткани. Накопление Р32 в секреторном эндометрии составляет в среднем 175 %, при гиперплазии эндометрия эти цифры достигаю 250-300 %. Локальное повышение накопления Р32 до 260 % отмечается при очаговой гиперплазии и полипах эндометрия. Для предраковых состояний (аденоматоз) характерно большое накопление Р32, достигающее 340% и более.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1. Морфофункциональная характеристика эндометрия в норме и патологии:
2. Особенности эндометрия как ткани-мишени: эндометрий в течение нормального менструального цикла, возрастная инволюция эндометрия.
3. Изменение эндометрия при типичных клинических ситуациях: влияние экзогенных гормонов на эндометрий, влияние ВМК на эндометрий, изменение эндометрия при беременности.
4. Морфологическая картина гиперпластических процессов эндометрия: морфологическая картина железистой гиперплазия ндометрия, морфологическая картина аденоматоза эндометрия, морфологическая характеристика полипов эндометрия (классификациияХмельницкого О. К. (1994)
5. Клиническая интерпретация некоторых гистологических заключений соскобов эндометрия
6. Гистологические картины, отражающие избыточное влияние гормонов:

* «Активная форма железистой гиперплазии эндометрия»
* «Покоящаяся форма железистой гиперплазии эндометрия»
* «Базальная гиперплазия эндометрия»
* «Переходный эндометрий»
* «Гиперпластический смешанный эндометрий»; «Гиперплазия с секреторным превращением»
* «Ультраменструальная гиперплазия»
* «Полипоз эндометрия»
* Гистологические картины, отражающие недостаток эстрогенов.
* «Нефункционирующий (покоящийся) эндометрий», «гипопластический эндометрий»

1. Гистологические картины, отражающие нарушение отторжения и регенерации эндометрия.

* «Эндометрий в фазе обратного развития»
* «Dysmenoreha membranocea»

1. Классификация гиперпластических процессов эндометрия. (классификация гиперпластических процессов эндометрия (ВОЗ, 1975)
2. Этиопатогенез гиперпластических процессов эндометрия Механизмы активации пролиферации.
3. Диагностика гиперпластических процессов эндометрия
4. Лечение больных с гиперпластическими процессами эндометрия.
5. Выбор режима гормонотерапии: циклический, контрацептивный и непрерывный режимы гормонотерапии.
6. Типы гормональных препаратов, используемых для лечения ГПЭ: гестагены, антигонадотропины, агонисты Гн-РГ).
7. Показания к хирургическому лечению при ГПЭ.
8. Диспансеризация больных с ГПЭ

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

1.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) нет верного ответа

2.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу > 15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

3.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д)нет верного ответа

4.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией

эндометрия

д) нет верного ответа

5.ГОРМОНОТЕРАПИЮ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРОВОДЯТ ПРЕПАРАТАМИ, КРОМЕ:

а) 17-ОПК

б) Депо-провера

в) прогинова

г) мегейс

д) нет верного ответа

6.ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ И РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) нарушения жирового обмена

б) стрессовые ситуации

в) нарушение менструального цикла

г) верно а и б

д) все перечисленное

7.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ СХОДНА:

а) с железисто-кистозной гиперплазией

б) с эндометриальным полипом

в) с метроэндометритом

г) с высокодифференцированным раком

д) нет верного ответа

8.АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПЕРЕХОДИТ В РАК ЧАЩЕ

а) в репродуктивном возрасте

б) в климактерическом возрасте

в) в любом возраст

г) в периоде постменопаузы

д) все верно

9.КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ У ЖЕНЩИН В РЕПРОДУКТИВНОМ ПЕРИОДЕ:

а) ациклические кровотечения

б) наличие предменструальной «мазни»

в) меноррагии

г) верно а и б

д) верно все перечисленное

10.УРОВЕНЬ ЭСТРОГЕНОВ И ПРОГЕСТЕРОНА ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ В ЭНДОМЕТРИИ СООТВЕТСТВУЕТ ТАКОВОМУ:

а) в постменопаузе

б) во второй фазе менструального цикла

в) всегда различны

г) в первой фазе менструального цикла

д) беременности

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-б | 6-д |
| 2-д | 7-г |
| 3-б | 8-в |
| 4-г | 9-д |
| 5-в | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

**Задача №1**

Больная А., 35 лет, доставлена в гинекологическое отделение машиной скорой помощи с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками. Из анамнеза: кровянистые выделения из половых путей появились несколько часов назад. Менструации с 12 лет, в течение последних трех лет нерегулярные, через 28-45 дней, по 5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 20 дней назад, в срок, обильная, в течение 8 дней. В анамнезе одна беременность, закончилась срочными родами 6 лет назад. Контрацепция барьерная. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает. Из соматических заболеваний: ожирение III степени, эндемический зоб II степени (эутиреоз). Объективно: кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 36, 6 градусов. Пульс 84 уд. в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Составьте план обследования больной для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Эталон ответа**

1. Дисфункциональное маточное кровотечение.
2. Развернутый и биохимические анализы крови, общий анализ мочи, гемостазиограмма, исследование гормонов крови, тест на ХГ, УЗИ гениталий, кольпоскопия, мазки на атипические клетки с шейки матки, фракционное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии.
3. С патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью, с аденомиозом, субмукозной миомой матки, травмой половых органов.
4. Фракционное выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием соскобов.
5. От результата гистологического исследования соскобов.

**Задача №2**

В гинекологический стационар бригадой скорой помощи доставлена пациентка 47 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей со сгустками, которые продолжаются 10 –е сутки. Из анамнеза: нарушений менструальной функции ранее не отмечала, последняя менструация 2 месяца назад, без особенностей. В анамнезе 5 беременностей, из которых 2 закончились срочными родами и 3 мед. аборта без осложнений. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, гинеколога посещает нерегулярно. Из соматических заболеваний имеет место ожирение 3 степени. При осмотре в зеркалах: слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки без видимой патологии, выделения кровянистые, обильные. При влагалищном исследовании: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка нормальных размеров и консистенции, безболезненная. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды – без особенностей.

1. Предположительный диагноз?
2. Какова тактика врача?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Какой метод обследования является решающим в плане дифференциальной диагностики в данном случае?
5. От чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения больной?

**Эталон ответа**

1. Климактерическое кровотечение.
2. Проведение фракционного выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии.
3. С патологией эндометрия и шейки матки, прервавшейся маточной и внематочной беременностью, с аденомиозом, субмукозной миомой матки, травмой половых органов.
4. Гистологическое исследование соскобов.
5. От результата гистологического исследования соскобов.

**Задача №3**

Больная 49 лет обратилась в женскую консультацию по поводу кровянистых выделений из половых путей в течение последних 11 дней, которые начались после задержки menses на 3 месяца.

Из анамнеза: Гинекологические заболевания отрицает. Половая жизнь регулярно, без контрацепции.

При влагалищном исследовании: Слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, из цервикального канала умеренные кровянистые выделения. Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды свободные, глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Эталон ответа**

1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода (климактерическое кровотечение).
2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки.
3. Направить больную в гинекологический стационар.
4. Раздельное диагностическое выскабливание стенок матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба.

5. Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

**Задача №4**

Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Тактика врача женской консультации?

4. План обследования?

5. Лечение?

**Эталон ответа:**

1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.

1. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Внематочная беременность.
2. Направить больную в гинекологический стационар.
3. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β-ХГ.
4. Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

**Задача №5**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?

3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

4. Лечение?

5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа**

1. Быстрорастущая миома матки.

2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозных узлов, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.

3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, 3. трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки, беременностью.

4. Оперативное лечение.

5. Экстирпация матки.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-10.**

Овладеть лечебно-диагностическими процессами, для оказания профессиональной медицинской помощи в полном объеме гинекологическим больным с патологией эндометрия

Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ

Уметь клинически интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований гинекологической больной с патологией эндометрия

Уметь разработать план ведения больной с патологией эндометрия

Уметь определить показания, противопоказания, алгоритмы и дозы назначения гормональных препаратов в зависимости от вида патологии эндометрия

Уметь составить алгоритм контроля лечения

Уметь осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность у больных гормонально обусловленными заболеваниями репродуктивной системы

Уметь проводить профилактику патологии эндометрия

**1.Занятие № 29**

**Тема: «Рак шейки матки (эндофитная и экзофитная формы). Клиника, методы диагностики, лечение».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): в связи с ростом частоты фоновых, предраковых заболеваний и рака шейки матки в популяции актуальность этой проблемы растет. Рак шейки матки – это не только медицинская, но и социальная проблема. Вакцинопрофилактика – это возможное решение проблемы в 21 веке для России.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-что относится к фоновым и предраковым заболеваниям шейки матки

-факторы риска патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Клинические проявления патологии шейки матки

-Методы диагностики патологии шейки матки

-Скрининговые методы диагностики

-принципы лечения фоновых и предраквых заболеваний шейки матки

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-определять группы риска по раку шейки матки;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-диагностировать патологию шейки матки

Обучающийся должен владеть:

-Взять мазок на АК с шейки матки

-Взять биопсию с шейки матки

-Кольпоскопию

-выскабливание цервикального канала

**5.Место проведения семинарского занятия:**

- учебная комната, кабинет патологии шейки матки, отделение гинекологии, операционная, смотровая

**6.Оснащение занятия**

а) иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, задачи, фотокольпоскопические картины, заключения анализов ПЦР на ВПЧ инфекцию и др. методов обследования, практические задачи, заключения цитологического и гистологического обследования,

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

Рак шейки матки — наиболее распространенная форма злокачественного новообразования половых органов жен­щины. В структуре женской онкопатологии РШМ составляет 42,4% и занимает стабильно 1 место. По данным ВОЗ, ежегодно в мире выявляется около 500 000 заболевших РШМ (в 1980 г. в мире – 465600 свежих случаев инвазивного рака, приблизительно 80 % этих случаев наблюдались в развивающихся странах). Больше 200 тыс. летальных случаев в год от РШМ. Ежегодные потери составляют 3-4 млн\ чел\ лет. Это ведущая опухоль в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности в развивающихся странах Азии, Африки и Латинской Америки и важная медицинская и социальная проблема во всех экономически развитых странах. В 1992г. в России выявлено 11500 первичных больных. В Европе и Северной Америке его частота составляет 10-20 на 100тыс. женского населения. Возрастной пик заболеваемости падает на возраст 48-55 лет, пик для карциномы in situ падает на возраст 25-40 лет.

По словам видного онкогинеколога А. И. Сереброва, рак шейки матки остается злободневной проблемой меди­цины, важной в социальном отношении, так как, вырыва­ет из общества, из семьи женщин в наиболее цветущем в смыс­ле физических и умственных сил возрасте. В связи с этим борьба с раком шейки матки, его ранняя ди­агностика и профилактика — важный раздел общегосударст­венной программы борьбы со злокачественными опухолями.

Несмотря на значительное снижение за последние десяти­летия в экономически развитых странах смертности от рака шейки матки, в общей структуре онкологических заболевании в России рак шейки матки находится на четвертом месте по­сле рака желудка, кожи и молочной железы.

РШМ – это заболевание, которое можно предупредить и выявить в начальной стадии. Для раннего распознавания РШМ не требуется принципиально новые методы, так как сочетание клинического, эндоскопического (кольпоскопия, кольпомикроскопия) и морфологического (цитологическое и гистологическое) исследований позволяет решить все диагностические проблемы.

Сравнительно недавно к случаям запоздалой диагностики относили только установление РШМ 4 стадии, а в последние годы – и 3 стадии. Однако обнаружение РШМ и 1в и во 2 стадиях уже нельзя признать своевременным. Дело в том, что при 1в стадии метастазы в регионарных лимфатических узлах таза определяются у 16-20% больных, при 2 – у 30-35%. Фактически эти больные к началу лечения имеют не 1 и 2, а 3 стадию. Отмечается следующая закономерность: 5- летние результаты лечения при каждой стадии равняются 100% минус частота метастазирования в регионарные лимфатические узлы таза при данной стадии. ***Поэтому можно утверждать, что ранняя диагностика РШМ – это распознавание пре- или микроинвазивного рака (1а стадия, инвазия опухоли в строму не более 3 мм)***. Поскольку пре- и микроинвазивный РШМ не имеет патогномоничных клинических симптомов, он может быть своевременно установлен только при морфологическом (цитологическом, гистологическом) и эндоскопическом исследованиях. В связи с этим ошибки диагностики РШМ могут быть условно разделены на две категории: ошибки при клинически выраженных формах рака и ошибки при скрининге (т.е. при активном выявлении преклинических, начальных форм рака).

Структура заболеваемости раком основных локализаций в Красноярском крае за последние несколько лет значительной динамики не претерпела. Как и прежде на 1 месте – рак легкого (18,7%), на 2 – рак желудка (12,5%) и на 3 – рак молочной железы (9,4%). Заболеваемость РШМ на 100 тыс. населения в 1998 г. составила в нашем крае 15,8 %. Основной проблемой остается позднее выявление злокачественных новообразований в ЛПУ. Так, удельный вес запущенности РШМ составил в 1995 г – 40,5%, а в 1998 г- 40 %. Одногодичная летальность за 1998 год составила для РШМ 20,3 %.

В развивающихся странах рак шейки матки составляет 20—30% всех онкологических заболеваний. При этом отмечается относительно молодой возраст больных (более половины обследованных—женщины моложе 50 лет).

По данным ВОЗ, самые высокие цифры смертности от ра­ка шейки матки сохраняются в Латинской Америке: Мексике, Венесуэле, Бразилии.

Большое значение в распространенности этого заболевания в развивающихся страдах имеют социально-экономические факторы, особенности детородной функции, условия личной и половой гигиены, национально-этнические и географические условия.

**Эпидемиология.** Отмечают связь между ранним началом половой жизни, частой сменой половых партнеров и развитием предраковых и раковых поражений шейки матки.

**Заболеваемость.**

РШМ остается одной из основных причин смерти от болезней злокачественного роста, несмотря на снижение частоты этого заболевания за последние 30 лет на 50%.

Снижение летальности в развитых странах мира при РШМ обусловлено внедрением в диагностику дисплазии и внутриэпителиального рака метода исследования мазков по Папаниколау (Пап-мазок). В России и странах СНГ это мазок на АК (Папенгейму).

Инвазивный рак чаще возникает у больных в возрасте 45-55 лет в группе лиц с низким социальным статусом. Дисплазия ШМ –33 года, преинвазивный РШМ –37 лет, инвазивный РШМ – 57 лет (Я.В.Бохман,1989).

**Факторы риска.**

1. *Раннее начало половой жизни;*
2. *Большое количество сексуальных партнеров (промискуитет);*
3. *Первые роды в очень раннем возрасте;*
4. *Венерические заболевания в анамнезе;*
5. *Применение пероральных контрацептивов (признается не всеми авторами).Недавние исследования показали,что прием контрацептивов в течение периода, превышающего 5 лет, ассоциируется с умеренным повышением относительного риска (от 1,3 до 1,8).*

**Этиология.**

В последние годы установлена связь между возникновением РШМ и инфицированием женщин ***ВПЧ*** *и* ***ВПГ-2.***.

1) У женщин с дисплазией и инвазивным РШМ часто наблюдают латентное инфицирование ВПЧ. 2) У женщин, имеющих в анамнезе остроконечные кондиломы гениталий, чаще возникают дисплазия и инвазивный РШМ. 3) Существует взаимосвязь между ВПЧ типа 16,18,31,33 и 35 высокого онкогенного риска и тяжелой дисплазией и РШМ.

***ВПГ-2.***  1) У женщин с дисплазией шейки матки в Пап-мазке чаще выявляют признаки инфицирования ВПГ-2. 2) У женщин с РШМ часто бывает положительный титр АТ к ВПГ-2 и белкам вируса ВПГ-2. 3) ДНК и мРНК ВПГ-2 присутствуют в раковых клетках шейки матки.

Ряд факторов влияет на уровень заболеваемости женщин РШМ. Так, заболевание крайне редко встречается у девственниц. Отмечается очевидная связь между уровнем заболеваемости и ранним началом половой жизни. Заболевание встречается наиболее часто у женщин, имеющих половую связь со многими партнерами и у женщин, мужья которых имеют многочисленные внебрачные связи. Особенно высокий уровень заболеваемости РШМ имеет место у проституток. Существует очевидная связь между уровнем заболеваемости и социально-экономическими условиями, в которых находится женщины. Так, женщины из бедных семей гораздо более подвержены опасности возникновения опухоли. РШМ реже встречается у женщин, у которых во время полового акта применяются механические противозачаточные средства. Отмечается связь между повышением частоты РШМ и использованием оральных контрацептивов у интенсивно курящих женщин.

В сложной и разветвленной проблеме РШМ ключевое положение занимают 3 основных направления: 1) патогенетическое обоснование методов профилактики и ранней диагностики; 2) усовершенствование методов лечения дисплазии и преинвазивного рака; 3) повышение эффективности лечения инвазивного рака. Эти 3 направления должны привести к решению трудной, но реальной задачи – свести к минимуму заболеваемость и смертность от РШМ.

РШМ – первая злокачественная опухоль, возникновение инвазивных форм которой может быть предупреждено в ближайшие годы. Для этого не требуется новых открытий, так как применение испытанных методов морфологической и эндоскопической диагностики решает основные диагностические проблемы.

Симптоматика и клиника рака шейки матки во многом за­висят от характера роста опухоли. Различают следующие формы опухолей: 1) эндофитная; 2) экзофитная; 3) смешанная; 4) язвенно-инфильтративная. Наиболее характерным является эндофитный рост опухоли (52%), при котором шейка матки гипертрофируется, приобретает “бочкообразную” форму, становится плотной, малоподвижной. Поверхность опухоли обычно гладкая, слизистая влагалищной части шейки матки цианотичная или темно-багровая с выраженной сетью капилляров. Реже встречается экзофитная форма роста (32%), при которой имеются мелкососочковые разрастания на шейке мат­ки типа “цветной капусты”. Опухоль обычно кровоточит при дотрагивании (контактные кровотечения). Эта форма отли­чается ранней симптоматикой.

Смешанная форма (16%) характеризуется сочетанием инфильтративного роста с экзофитным (обычно в области цервикального канала). Язвенно-инфильтративная форма обычно является показателем запущенности процесса. Она характеризуется наличием некроза и рас­пада опухоли, при котором шейка матки частично или пол­ностью разрушается. В своде влагалища образуется язва с неровными краями, покрытая грязно-серым некротическим на­летом. Отделяемое язвы гнойно-кровянистое со специфическим неприятным запахом.

По гистологическому строению различают плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак шейки матки (94-95%), развивающийся из многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки, и первичную аденокарциному (5-6 %), растущую из эпителия цервикального канала. Реже встречается диморфный железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный) и низкодифференцированный РШМ. В ходе прогрессии опухоли степень дифференцировки снижается; в результате частота низкодифференцированного рака при III стадии вдвое больше, чем при I стадии. Отмечается тенденция к увеличению частоты лимфогенного метастазирования при железистом и низкодифференцированном раке по сравнению с плоскоклеточным.

**Пути распространения опухоли.**

Основными путями распространения РШМ являются стенки влагалища, тело матки, параметральная клетчатка с регионарными лимфатическими узлами, соседние органы: мочевой пузырь, прямая кишка. Реже встречаются отдаленные метастазы, связанные с распространением опухоли по кровеносным сосудам.

**Классификация рака шейки матки по стадиям**

( *Минздрав СССР, 1985 г.)*

**Стадия 0** — карцинома in situ, преинвазивный или внутриэпителиальный рак.

**Стадия I** — рак инфильтрирует соединительную строму шейки, но строго ограничен ее пределами

1а — опухоль, ограниченная шейкой матки с инвазией в строму не более 3 мм (диаметр опухоли не должен превышать 1 см) – микроинвазивный рак;

1b — опухоль ограниченная шейкой матки с инвазией более 3 мм.

**Стадия II**

IIа - рак инфильтрирует влагалище, не переходя на его нижнюю треть и/или распространяется на тело матки.

IIb - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, не переходя на стенку таза.

**Стадия III**

IIIa - рак инфильтрирует нижнюю треть влагалища и/или имеются метастазы в придатках матки; регионарные метастазы отсутствуют.

IIIb - рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах до стенки таза и/или имеются регионарные метастазы в лимфатических узлах таза, и/или определяются гидронефроз и нефункционирующая почка, обусловленные стенозом мочеточника.

**Стадия IV**

IVa - рак прорастает мочевой пузырь и/или прямую кишку.

IVb - определяются отдаленные метастазы за пределами малого таза.

**Классификация Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).**

***Стадия 0*** – карцинома in situ, преинвазивный, или внутриэпителиальный рак.

***Стадия 1*** – рак строго ограничен шейкой матки.

***Стадия 1а1*** – преклиническая карцинома шейки, диагностируется только минимальными микроскопическими проявлениями.

***Стадия 1а2*** – микроскопическое поражение может быть измерено и ограничено глубиной инвазии не более 5 мм и горизонтальным распространением не более 7 мм. Большие размеры определяют стадию 1в.

***Стадия 1в*** – поражение большего размера, чем при стадии 1а 2, обнаруживается клинически или микроскопически.

***Стадия 2*** – рак выходит за пределы шейки матки, но не распространяется на влагалище, за исключением его верхней трети.

***Стадия 2а*** – нет очевидного вовлечения параметрия.

***Стадия 2в –*** очевидное (явное) вовлечения параметрия.

***Стадия 3*** – рак распространяется на стенки таза; при ректальном исследовании нет свободного промежутка между опухолью и стенками таза; вовлекается нижняя часть влагалища; сюда же относятся случаи с гидронефрозом или нефункционирующей почкой, обусловленными опухолевым процессом.

***Стадия 3а –*** распространение на стенки таза.

***Стадия 3в –*** распространение на стенки таза и гидронефроз или нефункционирующая почка.

***Стадия 4 –*** рак распространяется за пределы малого таза или имеются клинические признаки вовлечения слизистой оболочки мочевого пузыря или прямой кишки.

***Стадия 4а –*** распространение по протяжению на соседние органы.

***Стадия 4в –*** отдаленные метастазы.

В 1966 г. Международным противораковым союзом была предложена и рекомендована для клинического использова­ния классификация **ТNМ**, по которой стадия заболевания оце­нивается по трем критериям:

1) **Т (tumог)**—степень распространенности первичной опухоли;

2) **N (nodes)** — состояние регионарных лимфатических узлов;

3) **М (metastases)** — наличие отдаленных метастазов.

***Международная классификация рака шейки матки по системе ТNМ (1985г.)***

**Т — первичная опухоль**

Т is — преинвазивный рак.

Т — рак, ограниченный шейкой матки.

Т1a1— микроинвазивная карцинома (инвазия до 3 мм).

Т1a2 – глубина инвазии до 5 мм, горизонтальное распространение до 7 мм.

Т1b — инвазивная карцинома.

Т2 — рак, распространяющийся за пределы шейки матки, но не достигающий стенок таза, и/или рак, инфильтрирующий влагалище, кроме его нижней трети, и/или рак переходящий на тело матки.

Т2а — рак, распространяющийся на влагалище или тело матки без инфильтрации параметральной клетчатки.

Т2b - рак, инфильтрирующий медиальные отделы параметральной клетчатки с вовлечением тела матки, влагалища или без такового.

Т3 — рак, инфильтрирующий параметральную клетчатку до стенки таза (отсутствует свободное пространство между опухолью и стенкой таза) и/или распространяющийся, на влагалище, включая нижнюю треть.

Т3а - рак распространяющийся на нижнюю треть влагалища без поражения параметральной клетчатки.

Т3b — рак, инфильтрирующий параметрий до стенки таза с распространением на влагалище или без него, и/или вызывает гидронефроз или отсутствие функции почки вследствие сдавления мочеточника опухолью.

T4 — рак, распространяющийся за пределы малого таза, а также прорастающий слизистую оболочку прямой кишки или мочевого пузыря (наличие буллезного отека недостаточно для отнесения опухоли к Т4).

**N — регионарные лимфатические узлы**

Nx — этот критерий используется тогда, когда оценка со­стояния лимфатических узлов с помощью клинических мето­дов невозможна. Гистологическое исследование удаленных при операции лимфатических узлов позволяет установить их метастатическое поражение (Nх+) или отсутствие такового (Nx-).

При проведении лимфоангиографии используются следую­щие критерии оценки состояния лимфатических узлов.

Nо — отсутствие рентгенологических признаков метастати­ческого поражения лимфатических узлов.

N1 — наличие рентгенологических признаков, указывают на вероятность метастазов в тазовых лимфатических уз­лах.

N2 — выявление при пальпации плотных конгломератов лимфатических узлов у стенки таза и свободного пространства между ним и первичной опухолью.

**М — отдаленные метастазы**

Мо — нет признаков отдаленных метастазов.

М1 — имеются отдаленные метастазы вне малого таза.

В каждом конкретном клиническом наблюдении символы **Т**, **N** и **М** группируются вместе, причем можно провести следующую аналогию с клинической классификацией по стадиям.

**Стадия 0 - Tis**

**Стадия Ia – T1aN0M0**

**Стадия Ib – T1bN0M0**

**Стадия IIa – T2aN0M0**

**Стадия IIb – T2bN0M0**

**Стадия III – T3N0M0; T1-3N1M0;T1-3N2M0.**

**Стадия IV – T4 и/или M1 при любых значениях символов T и N.**

**Общие правила определения стадий:**

1. При установлении стадии должны приниматься во внимание только факты, выявленные при объективном обследовании.
2. При сомнении, к какой стадии отнести случай, следует устанавливать более раннюю стадию.
3. Наличие двух или более условий, характеризующих стадию, не должно влиять на установление стадии.
4. Стадирование РШМ рекомендуется проводить дважды: до начала терапии с целью ее планирования и, в случаях хирургического лечения,- после получения результата окончательного гистологического исследования. Повторное уточнение стадии необходимо для постановки прогноза, определения группы инвалидности и построения корректной программы реабилитации.

**СИМПТОМАТОЛОГИЯ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

***Симптоматика рака шейки матки существенно зависит от формы роста опухоли (эндофитная, экзофитная, смешанная, язвенно-инфильтративная), стадии и варианта распростране­ния заболевания (параметральный, влагалищный, маточный, метастатический).***

Классическая триада (**бели, кровотечение и боли**) появ­ляется при далеко зашедшем процессе и не может служить синдромом ранней диагностики рака шейки матки.

Наличие водянистых **белей** связано с лимфорреей из участ­ков опухоли, подвергающейся некрозу и распаду. Позже выделения приобретают характерный вид “мясных помоев” с рез­ким гнилостным запахом, появляется примесь гноя. Кровоте­чение является наиболее частым признаком рака шейки матки. Особенно характерны контактные **кровотечения**, возникающиё при половом сношении, дефекации, подъеме тяжестей или при гинекологическом исследовании. При распаде опухо­ли кровотечения носят характер беспорядочных, многократно повторяющихся выделений, усиливающихся перед и после менструаций.

**Боли** при раке шейки матки чаще всего возникают вслед­ствие сдавления опухолевым инфильтратом нервных стволов и не зависят от положения тела и поведения больной. Они локализуются преимущественно внизу живота и пояснично-крестцовой области. Боли могут появляться и в начальной стадии заболевания. В этом случае они чаще всего связаны с присоединением инфекции (эндомиометрит) или развитием опухоли в цервикальном канале. В последнем случае боли не­редко носят схваткообразный характер.

При поражении параметральной клетчатки и регионарных лимфатических узлов возникают резкие, “*грызущие*” боли, особенно в ночное время. Эти боли локализуются обычно в пояснице и иррадиируют в нижние конечности.

*При экзофитном росте опухоли раньше появляются бели и контактные кровотечения, для эндофитной формы характерны внезапные кровотечения, иногда довольно обильные, и боле­вой синдром.*

При значительной величине опухоли нередко появляются симптомы со стороны соседних с маткой органов: **дизурические расстройства или нарушения дефекации.** Опухоль может прорастать в мочевой пузырь или прямую кишку, что приводит к образованию пузырно- или прямокишечно-влагалищного свища. При росте опухоли может возникать сдавление мочеточников с нарастанием явлений почечной недостаточности.

Следует еще раз подчеркнуть, что все описанные симптомы характерны для далеко зашедшего процесса. На ранней стадии рак шейки матки протекает практически бессимптомно или с незначительными проявлениями, которые не всегда заставляют больную обращаться к врачу.

Однако ранняя диагностика рака шейки матки вполне возможна в первую очередь благодаря доступности шейки матки для осмотра и других методов исследования.

**ДИАГНОСТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Идея широкого проведения профилактических осмотров для раннего выявления рака шейки матки впервые была вы­сказана выдающимся русским акушером-гинекологом В. Ф. Снегиревым еще в 1914 г.

Диагностика рака шейки матки при развитом процессе не представляет трудности: наличие характерных жалоб боль­ных на бели, кровяные выделения и боли, осмотр шейки матки при помощи зеркал, биопсия подозрительного участка и по­следующее гистологическое исследование во всех случаях позволяют поставить правильный диагноз.

При осмотре шейки матки с помощью зеркал рекомендует­ся проведение пробы Хробака (надавливание на пораженный участок шейки пуговчатым зондом), что позволяет отличить опухолевую инфильтрацию шейки матки от воспалительной.

При эндофитной форме рака шейки матки зонд легко проникает через хрупкую опухолевую ткань, при наличии изменении воспалительного характера этого не происходит.

Применяется также проба Шиллера. Которая заключается в обработке поверхности шейки матки 2—3% раствором Люголя. Нормальный эпителий шейки матки (многослойный плоский неороговевающий) окрашивается при этом в темно-бурый цвет за счет наличия большого количества гликогена. Участки, пораженные раковой опухолью, вследствие бедности гликогеном остаются неокрашенными.

При бимануальном исследовании больной раком шейки матки отмечается увеличение плотности шейки матки, ограничение ее подвижности.

Значительное распространение процесса обусловливает наличие выраженной гипертрофии шейки матки и инфильтрации стенок влагалища (влагалищный вариант), увеличение тела матки (маточный вариант), опухолевидное образование в параметральной клетчатке (параметральный вариант).

Более точное представление о распространенности процес­са обычно удается получить при ректовагинальном исследовании больной.

Диагностика ранней стадии развития рака шейки матки возможна при тщательном обследовании больной и примене­нии дополнительных методов исследования, особое значение среди которых имеют цитология и кольпоскопия.

В анамнезе больной раком шейки матки часто можно най­ти указания на воспалительные заболевания внутренних поло­вых органов, наличие рецидивирующей псевдоэрозии шейки матки, полипы шейки матки.

Необходимо обращать внимание на количество родов и абортов, характер половой жизни.

Известно, что рак шейки матки чаще встречается у рожавших и имеющих в анамнезе аборты женщин.

При расспросе необходимо уточнить особенности менструальной и секреторной функций.

Ведущая роль в ранней диагностике рака шейки матки принадлежит кольпоскопии и цитологическому исследованию.

*Кольпоскопия—*осмотр влагалищной части шейки матки с помощью специального оптического прибора, дающего много­кратное увеличение.

При осмотре обращают внимание на форму шейки матки, наличие ее деформации, состояние эпителия, сосудов шейки матки.

Специальная обработка позволяет уточнить характер из­менений шейки матки. Ватным или марлевым тампоном про­изводят обработку влагалищной части шейки матки 3% ук­сусной кислотой и 2% водным раствором Люголя. Обработка уксусной кислотой позволяет выявить участки эктопии эпи­телия цервикального канала и определить реакцию сосудов шейки матки (при опухолевом процессе сосуды чаще всего расширены, штопорообразно извиты и не суживаются под действием уксусной кислоты). Раствор Люголя окрашивает многослойный плоский неороговевающий эпителий влагалищной части шейки матки в бурый цвет. Не окрашиваются участки, пораженные опухолью, а также эпителий с процессами оро­говения. Из подозрительных участков прицельно берется ткань для гистологического исследования.

Для *цитологического исследования* берутся мазки из подозрительных участков влагалищной части шейки матки, церви­кального канала и заднего свода влагалища. Мазки берутся с помощью ватных тампончиков, наносятся на предметное стекло, сушатся и окрашиваются по определенной методике (по Папаниколау или гематоксилин-эозином). Исследование мазков под микроскопом позволяет выявить атипические ра­ковые клетки.

Для установления диагноза рака шейки матки использу­ется также (наряду с биопсией шейки матки) выскабливание слизистой цервикального канала с гистологическим исследованием соскоба.

При установленном диагнозе рака шейки матки для выбо­ра метода лечения необходимым является определение степе­ни распространенности процесса. В связи с этим большое значение приобретает комплексное обследование, включающее наряду с клиническими, инструментальными и морфологиче­скими такие методы, как рентгеноконтрастная и непрямая ра­диоизотопная лимфография, чрезкостная флебография, артериография и др.

Одним из методов прижизненной диагностики метастазов рака шейки матки является прямая рентгеноконтрастная лимфография.

Рентгеноконтрастная флебография является методом кос­венной диагностики лимфогенного распространения рака шей­ки матки, артериография дает возможность уточнить степень поражения тазовой клетчатки и оценить, таким образом, ста­дию опухолевого процесса.

Дополнительно производится урологическое обследование: цистоскопия и рентгеноконтрастное исследование устанавливаюшее, состояние мочевыделительной системы (возможность сдавления мочеточника растущей опухолью). Проводится также RRS для установления состояния прямой кишки.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

Лечение больных раком шейки матки в настоящее время развивается в трех основных направлениях:

1) сочетанная лучевая терапия;

2) комбинированное лечение (лучевая терапия и хирурги­ческое лечение);

3) только хирургическое лечение.

Выбор метода лечения определяется стадией рака шейки матки, зависит от общего состояния больной и сопутствующих заболеваний.

**Хирургическое лечение** как самостоятельный метод лече­ния больных раком шейки матки является целесообразным при лечении больных ранними формами рака шейки матки. При 0 стадии (ТisN0М0) производят щадящую операцию — конизацию шейки матки электрохирургическим или ножевым способом. В результате такой небольшой по объему операции наступает клиническое излечение 99% больных. У больных старше 50 лет, имеющих миомы матки, опуще­ние и выпадение матки, при отсутствии анатомических усло­вий для производства конизации осуществляется экстирпация матки. У больных репродуктивного возраста с неизменными яичниками производят экстирпацию матки без придатков.

При микроинвазивном раке Т1а1(инвазия до 1 мм) у женщин до 50 лет возможна конизация шейки матки, а при Т1а2 (инвазия 2-3 мм) экстирпация матки с оставлением яичников у женщин репродуктивного возраста (до 45 лет).(Я.В.Бохман, 1989).

При Т1b и Т2а операция Вертгейма показана в следующих случаях: 1).молодой и средний возраст больной (до 50 лет); 2). сочетание с беременностью; 3). Сочетание с миомой матки и воспалительными процессами или опухолями в придатках; 4). Резистентность опухоли к облучению, выявляемая в процессе лучевой терапии, особенно в случаях раздутой “бочкобразной” шейки вследствие инфильтрации; 5). лимфографические признаки метастазов в регионарных узлах таза.

При больших экзофитных опухолях (Т1b) и во всех случаях Т2а предпочтительна предоперационная внутриполостная гамма-терапия в суммарной дозе 40-50 Гр.

Послеоперационное дистанционное облучение показано во всех наблюдениях с метастазами в удаленных лимфатических узлах, а также при глубокой инвазии опухоли (более 1 см).

Для больных раком шейки матки Т2b стадии и для всех больных в Т3 стадии заболевания сочетанная луче­вая терапия в полном обьеме — единственно возможный метод лечения, которое может быть дополнено экстраперитонеальной подвздошной лимфаденэктомией при убедительных позитивных лимфографических данных.

4 стадия заболевания является показанием к паллиативной лучевой терапии, назначению противоопухолевых препаратов или симптоматической терапии.

**Сочетанная лучевая терапия** — применение дистанционного облучения в сочетании с внутриполостной гамма-терапией.

Лучевую терапию применяют при всех стадиях РШМ, но преимущественно при II и особенно III.

Для внутриполостной радиационной терапии используются специальные источники излучения, гинекологические эндостаты (трубки различной формы и величины для введения во вла­галище, цервикальный канал, полость матки, содержащие ра­диоактивные элементы - 60Со; 137Сs; 226Rа; 192Iг).

Для дистанционной лучевой терапии применяют гамма- терапевтические установки, бетатроны и линейные ускори­тели.

*Противопоказания к лучевому лечению больных РШМ:* воспалительные процессы в виде осумкованного пиосальпинкса, эндометрита, параметрита; отдаленные метастазы, прорастание смежных с шейкой матки полостных органов и костей таза; острый нефрит, пиелит, хронические воспалительные заболевания мочевого пузыря и прямой кишки с частыми обострениями и изменениями их слизистой оболочки; атрезия, стеноз влагалища или пороки развития наружных половых органов, не позволяющие провести внутривлагалищное облучение; опухоли яичников, миомы матки или беременность, сопутствующие РШМ.

Основным направлением в дистанционной лучевой тера­пии больных раком шейки матки является выбор оптималь­ного объема облучения и определение его зон таким образом, чтобы создать наибольшую концентрацию в месте поражения, минимально травмируя здоровые ткани. Производится облучение первичного очага (шейка матки, тело, влагалище) путей распространения опухоли (лимфатические узлы таза).

Лучевая терапия РШМ чаще всего используется как радикальный метод. В качестве паллиативной терапии она применяется с целью затормозить рост опухоли, когда облучение по полной программе не осуществимо (тяжелые сопутствующие заболевания, большое местное распространение опухоли). Как симптоматическое средство оно нередко снимает болевой синдром и останавливает кровотечение.

Сочетанная терапия рака шейки матки, проводимая по современным методам, существенно снизила процент ранних (поздних лучевых осложнений со стороны кишечника (лучевые ректосигмоидиты, колиты), мочевыделительной системы (циститы, стриктуры мочеточников после лучевой терапии).

Редкими осложнениями являются кишечно- и пузырно-влагалищные свищи.

Применение поэтапной радиационной терапиии значительно уменьшило частоту и степень выраженности поражения кожи и подкожно-жировой клетчатки.

**Комбинированный метод лечения** заключается в использовании лучевой терапии в пред- или послеоперационном периоде. Обычно такой метод бывает приемлемым при I—II стадиях процесса. В результате предоперационного облучения иногда удается добиться уменьшения размеров опухоли. Предоперационная лучевая терапия хорошо переносится больными, приводит к уменьшению числа послеоперационных осложнений, позволяет сократить сроки лечения и в целом дает возможность рассматривать данный метод лечения как весьма перспективный в начальных стадиях заболевания.

**Химиотерапия.** Поскольку основными методами лечения РШМ являются хирургический и лучевой, роль химиотерапии при данной локализации изучена менее полно. Она применяется в основном при 3 и 4 стадиях, рецидивах после операции и лучевой терапии и у больных с метастазами в тазовые и периаортальные л\узлы, имеющих малые шансы на излечение стандартными методами. Кроме того, химиотерапия может играть роль сенсибилизатора при использовании в комбинации с лучевой терапией. С этой целью чаще используют цисплатин (эффективность – 40%).

В последние годы изучаются новые возможности химиотерапии, в том числе внутриаортальная химиотерапия через катетер, введенный по Сельдингеру во внутреннюю подвздошную артерию или во внутреннюю подчревную артерию. При регионарной инфузионной химиотерапии используют фторурацил и цисплатин; цисплатин, метотрексат и блеомицин; митомицин С, блеомицин и винкристин.

Одним из основных направлений РШМ является применение ее в качестве неоадьювантной (до операции и лучевой терапии). Теоретическими предпосылками к этому являются лучшая доставка лекарств к опухоли сосудами, неповрежденными вследствие лучевой терапии и операции; возможность уменьшения опухоли с целью большей эффективности последующих методов лечения; вероятность патоморфологической оценки эффекта и эрадикация микрометастазов.

С целью неоадьювантной терапии может быть использована как монохимиотерапия (цисплатин, ифосфамид), так и полихимиотерапия (цисплатин и фторурацил).

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1. Клинико-морфологическая классификация рака шейки матки

2. Принципы и методы скрининга патологических процессов шейки матки.

3. Преинвазивный рак шейки матки, микроинвазивный рак шейки матки. Инвазивный рак шейки матки.

4. Лечение преинвазивного и микроинвазивного рака шейки матки.

5. Планирование лечения инвазивного рака шейки матки.

6. Хирургическое, лучевое лечение, химиотерапия

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ 90-Х ГГ.

а) является самой высокой среди всех злокачественных опухолей гениталий

б) остается стабильной

в) наметилось ее снижение во всех странах

г) имеет тенденцию к повышению

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЭПИТЕЛИИ

а) всех слоев

б) только в поверхностном

в) только в отдельных клетках

г) во всех слоях, кроме поверхностного

д) нет верного ответа

1. ТЯЖЕЛАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭПИТЕЛИЯ ШЕЙКИ МАТКИ - ЭТО

а) предрак

б) начальная форма рака

в) фоновый процесс

г) дисгормональная гиперплазия

д) нет верного ответа

1. СКРИНИНГ МЕТОДОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ

а) визуальный осмотр

б) кольпоскопия

в) радионуклидный метод

г) цитологическое исследование мазков

д) нет верного ответа

5. ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

а) в поверхностном слое

б) только атипию в некоторых клетках

в) только в отдельных участках пласта эпителия

г) во всей толще эпителия

д) нет верного ответа

6. ОТЛИЧИТЕЛЬНОЙ ЧЕРТОЙ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ

а) отсутствия инвазии в подлежащую строму

б) сохранения базальной мембраны

в) клеточного атипизма во всем пласте эпителия

г) очагового проникновения группы клеток в строму

д) нет верного ответа

7. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ НАЗЫВАЮТ "КОМПЕНСИРОВАННЫМ" В СВЯЗИ С ТЕМ, ЧТО ОН ИМЕЕТ

а) малую стромальную инвазию

б) низкую потенцию к метастазированию

в) раковые эмболы в лимфатических щелях

г) верно а) и б)

д) все перечисленное

8. МИКРОИНВАЗИВНЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПО СВОЕМУ КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ СХОДЕН

а) с тяжелой дисплазией

б) с внутриэпителиальным раком

в) с инвазивным раком

г) верно а) и б)

д) со всем перечисленным

9. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОК МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

а) экстирпация матки с придатками

б) экстирпация матки без придатков

в) криодеструкция

г) электроконизация

д) все верно

10. ПРИ ВНУТРИЭПИТЕЛИАЛЬНОМ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН 50 ЛЕТ И СТАРШЕ С ЛЕЧЕБНОЙ ЦЕЛЬЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВОДИТЬ

а) экстирпацию матки с придатками

б) экстирпацию матки без придатков

в) криодеструкцию

г) электроконизацию

д) радиоволновой метод

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-в | 6-г |
| 2-г | 7-г |
| 3-а | 8-г |
| 4-г | 9-г |
| 5-г | 10-а |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

**Задача №1**

Женщина 58 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 10 лет. Беременностей не было. АД 170/110. Вес – 93кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован. Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий не инфильтрирован. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

* 1. Рак шейки матки Iст. эндофитный тип роста Ожирение. ГБ.
  2. Раком эндометрия.
  3. Расширенная кольпоскопия, Мазки АК, РДВПМ, ФЛГ , УЗИ органов брюшной полости, ректальное обследование.
  4. При подтверждении диагноза расширенная экстирпация матки с придатками , лучевая терапия в п/о периоде.
  5. Удовлетворительный при своевременном лечении.

**Задача №2**

Женщина 48 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 2 года. Беременностей 10: Криминальный аборт- 3, с/в -7, Р-0. АД 170/110. Вес – 103кг. Рост – 160см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибрильным налетом . Тело матки не увеличено, обычной консистенции, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован до стенок таза. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования?
4. План лечения?
5. Профилактика?

**Эталон ответа:**

1. Рак шейки матки IIIст. Параметральный вариант, эндофитный тип роста. Ожирение. ГБ.
2. Раком эндометрия.
3. Расширенная кольпоскопия, Мазки АК, РДВПМ, Цистоскопия, ФЛГ , УЗИ органов брюшной полости, ректальное обследование, общеклиническое об-е.
4. Сочетанная лучевая терапия, симптоматическая терапия (местносанирующая, антианемическая, общеукрепляющая, дезинтоксикационная, иммунокоррегирующая) .
5. Планирование беременностей (контрацепция), регулярные профосмотры, с ежегодным цитологическим скринингом.

**Задача №3**

Женщина 54 года обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение 2х недель. Менопауза 6 лет. Беременностей 8: Криминальный аборт- 3, с/в -2, Р-3. АД 170/110. Вес – 100кг. Рост – 161см. При влагалищном исследовании: шейка матки гипертрофирована, наружный зев деформирован с кратерообразым углублением. Ткани с некрозом и фибринным налетом . Тело матки незначительно увеличено, плотное. Придатки без особенностей. Параметрий инфильтрирован не доходя до стенок таза с ихорозным запахом. Выделения – кровянистые, скудные.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальный диагноз.
3. План обследования.
4. План лечения.
5. Профилактика.

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки IIст. Параметральный вариант, эндофитный тип роста. Ожирение. ГБ.
2. Раком эндометрия, туберкулез шейки матки.
3. Расширенная кольпоскопия, Мазки АК, РДВПМ, Цистоскопия, ФЛГ , УЗИ органов брюшной полости, ректальное обследование, общеклиническое об-е.
4. Сочетанная лучевая терапия, симптоматическая терапия (местносанирующая, антианемическая, общеукрепляющая, дезинтоксикационная, иммунокоррегирующая) .

* Планирование беременностей (контрацепция), регулярные профосмотры, с ежегодным цитологическим скринингом.

**Задача №4**

* Больной 54 лет с посткоитальными кровотечениями произведена при-цельная биопсия йоднегативного участка шейки матки. При гистологическом исследовании биоптата выявлена картина плоскоклеточного среднедифференцированного рака. Глубина инвазии 6 мм. При бимануальном исследовании: матка и маточные придатки не увеличены, подвижные, безболезненные. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована.
* Поставьте диагноз?
* Ваша тактика?
* Определите стадию заболевания?
* Определите тактику для данной больной?
* Наиболее неблагоприятный прогноз бывает в следующем случае?
* Эталон ответа
* Рак шейки матки.
* Дальнейшее обследования для определения объема оперативного вмешательства.
* 1 В.
* Комбинированное лечение.
* Низкодифференцированный плоскоклеточный рак;
* Задача №5
* Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.
* Поставьте диагноз?
* Ваша тактика?
* Целесообразно провести какие диагностические исследования?
* Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?
* Лечение рака шейки матки включает?
* Эталон ответа
* 1. Рак шейки матки.
* 2. Дополнительное обследование для дальнейшего определения объема оперативного вмешательства.
* 3. Онкомаркер SCC.
* 4. Рак ограничен шейкой матки.
* 5. Хирургическое. Сочетанная лучевая терапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-7.**

1. Освоить методы диагностики раковых заболеваний шейки матки:

* Цитологическое исследование;
* Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;
* Кольпоскопию;
* Прицельная биопсия шейки матки;
* Цервикоскопию;
* Ректовагинальное исследование.

1. Участвовать в проведении кольпоскопии, цервикоскопии, УЗИ малого таза, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать данные цитограмм, кольпофотографий.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака шейки матки.
4. Участвовать в операциях РДВ, конизации шейки матки, гистерэктомии, расширенной гистерэктомии.
5. **Занятие № 30**

**Тема: «Рак эндометрия. Диагностика. Особенности клинического течения и современные методы лечения».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы): в связи с ростом заболеваемости раком тела матки в индустриальных странах, в том числе и в России актуальность этой проблемы растет. Рак эндометрия – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований ЖПО; составляет 9% всех раковых опухолей женщин. Заболеваемость РЭ неуклонно увеличивается и составляет примерно 19- 22 на 100 тыс. женщин в год. В структуре онкогинекологической заболеваемости В России и США он занимает сейчас первое место. Ежегодно только в США смертность от РЭ составляет около 3 тыс., а выявляется он примерно в 34 тыс. новых случаев.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.

**- учебная:**

Обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Злокачественные заболевания матки (клинику, диагностику, лечение)

Обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации беременных и гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-оценивать результаты гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки;

-проводить диагностику заболеваний эндометрия

-Интерпретировать результаты УЗИ матки

-Интерпретировать результаты ГСГ

-Определять показания для РДВПМ

-Определять показания для гормонотерапии

Обучающийся должен владеть:

-раздельным диагностическим выскабливанием слизистой оболочки тела и шейки матки. Гистероскопией;

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией эндометрия

-аспират полости матки

-методами консервативного лечение доброкачественных гиперпластических процессов и предрака

**5.Место проведения семинарского занятия:**

- учебная комната, кабинет патологии шейки матки, отделение гинекологии, смотровая, операционная, кабинет УЗИ

**6.Оснащение занятия**

а) иллюстративный материал - методические рекомендации, периодическая литература, схемы распространения ракового процесса практические задачи, заключения УЗИ, ЦДК, гистероскопии, цитологического и гистологического обследования, МРТ – снимки., видеофильмы

б) амбулаторные карты и истории болезни гинекологических больных

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

**Эпидемиология. *Заболеваемость.*** Рак эндометрия – одно из наиболее распространенных злокачественных новообразований ЖПО; составляет 9% всех раковых опухолей женщин. Заболеваемость РЭ неуклонно увеличивается и составляет примерно 72 на 100 тыс. женщин в год (Х.Фредериксон, 1997). В структуре онкогинекологической заболеваемости он занимает сейчас второе место после РШМ, на третьем месте РЯ. Ежегодно только в США смертность от РЭ составляет около 3 тыс., а выявляется он примерно в 34 тыс. новых случаев. Возрастание заболеваемости РЭ связано с увеличением продолжительности жизни в ряде стран. Средний возраст больных с РЭ составляет 59,2 года.

***Факторы риска.***  Кроме увеличения продолжительности жизни среди причин возрастания частоты заболевания РЭ можно назвать следующие:

1. Возрастание частоты эндокринных заболеваний (ожирение). Так у женщин с массой, превышающей норму на 10-25 кг, риск развития рака эндометрия в 3 раза больше, чем при нормальной массе тела. У женщин, чья масса превышает норму более чем на 25 кг, риск развития заболевания в 9 раз больше.
2. Хроническая ановуляция или поликистоз яичников. Повышенный риск у больных с хронической ановуляцией связывают с несбалансированной стимуляцией эндометрия эстрогенами.
3. Гранулезоклеточные опухоли яичников. Гормонально активные опухоли яичников, секретирующие эстрогены, в 25% случаев сопровождаются РЭ.
4. Экзогенные эстрогены. Между пероральным применением эстрогенов и РЭ существует значительная кореляция, если терапию эстрогенами проводить без дополнительного назначения прогестерона.

***Пути распространения.***

1. Вниз из полости матки на цервикальный канал, что может привести к стенозу и пиометре.
2. Сквозь миометрий на серозную оболочку и в брюшную полость.
3. Через просвет фаллопиевых труб к яичнику.
4. Гематогенный путь, приводящий к отдаленным метастазам.
5. Лимфогенный путь.

***Патогенетические варианты.***

В результате комплексных исследований была выдвинута и обоснована концепция о двух патогенетических вариантах гиперпластических процессов и рака тела матки Я.В.Бохман, 1985).

**1 (гормонозависимый) патогенетический вариант** (1-ПГВ) наблюдается у 60-70% больных с атипической гиперплазией и РЭ и характеризуется многообразием и глубиной проявлений хронической гиперэстрогении в сочетании с нарушениями жирового и углеводного обмена. Клинический симптомокомплекс проявляется в ановуляторных маточных кровотечениях, бесплодии, позднем наступлении менопаузы (после 50 лет), сопровождается гиперплазией текаткани яичников в сочетании с феминизирующими опухолями яичников и синдромом Штейна-Левенталя, гиперпластическими процессами в эндометрии, окружающем полипы, очаги атипической гиперплазии или рака, миомой матки, аденомиозом. Обменные нарушения сводятся к ожирению, сахарному диабету(СД), гиперлипидемии. Гипертоническая болезнь сочетается с ожирением и\или СД. Т-система иммунитета без существенных изменений. Наблюдается эстрогенный тип кольпоскопической реакции в постменопаузе.

**2 (автономный) патогенетический вариант** (2-ПГВ) отмечается у 30-40% больных. Указанные выше эндокринно-обменные нарушения (ЭОН) выражены нечетко или вообще отсутствуют. Для этих больных характерно сочетание фиброза стромы яичников и атрофии эндометрия, на фоне которого возникают полипы, атипическая гиперплазия и рак. Менструальная и детородная функции обычно не нарушены. Время наступления менопаузы, как правило, до 50 лет. Состояние эндометрия – без особенностей. Ожирения, СД и гиперлипидемии нет. Гипертоническая болезнь отсутствует или не сочетается с ожирением и СД. Для Т-системы иммунитета характерна иммунодепрессия.

Для того чтобы отнести каждое конкретное наблюдение к 1-ПГВ, необходимы 2 условия: соответствие более чем половине его признаков и сочетание симптомов гиперэстрогении с обменными нарушениями.

Примечательна четкая корреляция между вариантом и степенью дифференцировки аденокарциномы. 1-ПГВ отмечается у 4 из 5 больных с 1 и 2 степенью дифференцировки (81,6%) и только 38,8% больных – при 3 и 4 степени дифференцировки. При 2-ПГВ не имеют выраженных ЭОН 63,2% больных с низкодифференцированным РЭ.

При развитии рака по 1-ПГВ хорошо дифференцированная опухоль сохраняет ряд признаков, свойственной исходной нормальной ткани, и не утрачивает гормональной зависимости. При 2-ПГВ, когда ЭОН и гиперпластические процессы органов РС не определяются, выявляются опухоли со сниженной дифференцировкой.

К особенностям клинического течения при 1-ПГВ относят: обычно длительная продолжительность симптомов; высокая (чаще 1 или 2 степень) степень дифференцировки опухоли; поверхностная глубина инвазии в миометрий; невысокие потенции к лимфогенному метастазированию; высокая чувствительность к прогестагенам; высокая частота синхронных и метахронных первично множественных опухолей, чаще всего локализующихся в молочной железе, яичниках и толстой кишке; более благоприятный прогноз (85,6% 5-летних излечений).

Для клинического течения 2-ПГВ характерно: обычно короткая продолжительность симптомов; глубокая глубина инвазии; 3 и 4 степень дифференцировки опухоли; высокие потенции к лимфогенному метастазированию; первично множественные опухоли не характерны; сомнительный прогноз (58,8% 5-летних излечений).

**КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЭНДОМЕТРИЯ**

Патологические состояния эндометрия, имеющие значение для онкологической клиники, классифицируются следующим образом (Я.В. Бохман 1985)

1. **Фоновые процессы:** железистая и железисто-кистозная гиперплазия, эндометриальные полипы.
2. **Предраковое заболевание:** атипическая гиперплазия эндометрия в любом возрасте; атипические полипы; ЖГЭ резистентная к гормонотерапии; ЖГЭ в сочетании с нейроэндокринным синдромом; рецидивирующая ЖГЭ, особенно в пре- и постменопаузе.
3. **Рак:** аденокарцинома; аденоакантома (аденоакантокарцинома), светлоклеточная мезонефроидная аденокарцинома, железисто-плоскоклеточный (мукоэпидермоидный) рак, недифференцированный рак.

Согласно классификации ВОЗ, аденокарциномы эндометрия в зависимости от степени гистологической дифференцировки делят на высокодифференцированные (G1), умереннодифференцированные, в том железисто-солидный рак (G2), и низкодифференцированные (G3). Учитывая существенные различия клинического течения и гормоночувствительности умереннодифференцированного и железисто-солидного рака, Я.В.Бохман рекомендует разделять аденокарциному эндометрия в соответствии с четырьмя степенями дифференцировки: высокодифференцированная, умереннодифференцированная, железисто-солидная и низко-дифференцированная.

**КЛИНИКА РАКА ТЕЛА МАТКИ**

Основной симптом РТМ – маточные кровотечения, которые, по данным литературы, отмечаются в 95-98% случаев. Указанная частота может стать значительно ниже при условии активного выявления бессимптомного рака. Характерны, но менее постоянны лейкорея и боли. Патологические бели могут быть молочного, гное­видного или кровянистого характера. При присоединении инфекции бели приобретают желтовато-зеленый цвет, вызывают зуд и раздражение кожи наружных половых органов. Кровяные выделения могут носить характер мено- или метроррагии или появляться в менопаузе. Кровяные выделения могут носить также контактный характер или появляться после физической нагрузки и продолжаться длительно. Менее частым признаком рака тела матки, как я отмечал выше, являются боли различного характера. В ран­них стадиях заболевания боли могут носить схваткообразный характер, что обусловлено сокращениями миометрия, кото­рый пытается опорожнить полость матки от скопившейся в ней крови или гноевидной жидкости, поэтому после таких схваткообразных болей либо появляются, либо увеличиваются патологические выделения из матки (кровь, гной).

При далеко зашедшем раковом процессе боль может но­сить постоянный ноющий характер и усиливаться в ночное время (компрессия раковым инфильтратом или лимфогенными метастазами нервных сплетений, а также запирательного и\или седалищного нервов в малом тазу; растяжение стенок матки распадающимися опухолевыми массами, скопившимися в полости матки). При пе­реходе ракового процесса на соседние органы (мочевой пу­зырь, мочеточники, прямая кишка) появляются симптомы нарушения функции этих органов. В терминальных стадиях заболевания могут наблюдаться явления раковой интоксикации. Распространение рака тела матки происходит по трем путям: лимфогенному, гематогенному и имплантационному.

Основным из трех указанных путей метастазирования яв­ляется лимфогенный. Частота лимфогенного метастазирова­ния зависит от глубины инвазии опухоли в миометрий (Я. В. Бохман, 1989). Подвздошные лимфоузлы чаще поражаются при локализации опухоли в нижней трети тела матки, при локализации опухоли в дне и в верхних 2/3 тела матки поражаются преимущественно парааортальные лимфо­узлы. В целом у 9,3% больных обнаруживаются метастазы в тазовые лимфатические узлы, но при 1 стадии заболевания такое поражение выявляется менее, чем у 2%, при 3 стадии опухоли тазовые лимфатические узлы поражаются в 30% случаев. В целом метастазы в парааортальные узлы выявляются у 5,4% больных, но при 1 стадии этого практически никогда не происходит, а у больных с 3 стадии обнаруживаются примерно в 15% случаев, даже при отсутствии поражения лимфатических узлов таза.

Для больных раком тела матки с лимфогенными метастазами не характерны нарушения овуляции и метаболизма жи­ров и углеводов. Сам факт лимфогенного метастазирования обусловлен нарастанием автономности и снижением гормо­нальной зависимости опухоли от организма. При возникнове­нии рака тела матки по второму патогенетическому варианту (отсутствие выраженных нарушений овуляции и метаболизма жиров и углеводов) чаще наблюдаются лимфогенные метастазы.

Гематогенный путь метастазирования фактически не встре­чается изолированно, а чаще всего сочетается с поражением лимфоузлов (Я. В. Бохман, 1989).

Гематогенные метастазы чаще всего возникают в легких, печени и костях.

При распространении опухоли на шейку матки вступают в силу закономерности лимфогенного метастазирования, ха­рактерные для рака шейки матки. Кроме того, начинается рас­пространение опухоли путем прямого роста, при этом проис­ходит инфильтрация связочного аппарата матки, параметральной и паравагинальной клетчатки, что значительно изме­няет лечебную тактику.

Имплантационное и лимфоимплантационное распростране­ние рака эндометрия связано с вовлечением в процесс парие­тальной и висцеральной брюшины при прорастании опухолью миометрия, периметрия и серозы матки; при прохождении клеток опухоли через маточные трубы в брюшную полость происходит поражение труб и яичников, что часто ведет к метастазированию в большой сальник.

В опухолях различной степени дифференцировки могут наблюдаться так называемые псевдоплоскоклеточные участки, которые являются доброкачественными структурами и не оп­ределяют биологических свойств опухоли. Такие опухоли в ли­тературе принято называть аденоакантомами.

Довольно редким вариантом рака тела матки являются светлоклеточные (мезонефроидные) аденокарциномы, которые могут быть различной степени дифференцировки. К недиффе­ренцированным формам рака эндометрия относятся опухоли настолько низкодифференцированные, что их невозможно от­нести к какой-либо категории карцином.

Следует подчеркнуть, что тщательная морфологическая идентификация рака эндометрия имеет большое значение при выборе метода лечения и постановке прогноза у данной конкретной больной. В выборе рационального метода лечения и постановке индивидуального прогноза, кроме степени гистологической дифференцировки опухоли, большую роль играет стадия распространения ракового процесса.

Классификация рака тела матки по стадиям распростране­ния позволяет объективно оценить эффективность различных методов лечения.

**Классификация по стадиям РТМ**

**О стадия** – преинвазивная карцинома (син. атипическая ГЭ)

**Стадия I**—опухоль ограничена телом матки, регионарные метастазы не определяются.

**1а стадия**- опухоль ограничена эндометрием

**1б стадия**- инвазия в миометрий до 1 см.

**1в стадия**- инвазия в миометрий более 1 см, но нет прорастания серозной оболочки.

**Стадия II** - опухоль поражает тело и шейку матки, регионарные метастазы не определяются.

**Стадия III** – опухоль распространяется за пределы матки, но не за пределы малого таза.

**3 а стадия** – опухоль инфильтрирует серозную оболочку матки и\или имеются метастазы в придатках матки и\или в регионарных лимфатических узлах таза.

**3 б стадия** – опухоль инфильтрирует клетчатку таза и\или имеются метастазы во влагалище.

**Стадия IV** – опухоль распространяется за пределы малого таза и\или имеется прорастание мочевого пузыря и\или прямой кишки.

**4 а стадия** – опухоль прорастает мочевой пузырь и\или прямую кишку.

**4 б стадия** - опухоль любой степени местного и регионарного распространения с определяемыми метастазами.

**Примечание:** 1. Наличие буллезного отека слизистой оболочки мочевого пузыря не дает оснований для установления 4 стадии. 2. Метастазы в пахово-бедренных или поясничных лимфатических узлах следует считать лимфогенными отдаленными метастазами (4б). 3. Стадия устанавливается перед началом лечения. При хирургическом лечении проводится послеоперационная коррекция стадии с учетом данных гистологического исследования, с целью определения показаний к дальнейшей терапии, прогноза, экспертизы трудоспособности и реабилитации.

Широкое применение в клинической онкологии нашла классификация по системе TNM.

**Классификация рака тела матки по системе TNM (2002 г.)**

**T**- *первичная опухоль.*

**Tis** – преинвазивный (внутриэпителиальный) рак.

**Т0** – первичная опухоль не определяется (полностью удалена при кюретаже)

**T1** - карцинома ограничена телом матки.

**T1a** - полость матки до 8 см.

**T1b** - полость матки более 8 см.

**T2** - карцинома распространяется на шейку матки, но не за пределы матки.

**T3** - карцинома выходит за пределы матки, включая влагалище, но остается пределах малого таза.

**Т4** — карцинома распространяется за пределы малого таза и\или поражает слизистую оболочку мочевого пузыря и\или прямой кишки.

**N** - *регионарные лимфатические узлы таза.*

**Nо** – метастазы в регионарных лимфатических узлах не определяются.

**N 1** - имеются метастазы в регионарных лимфатических узлах таза

**Nх** – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

**М** — *отдаленные метастазы*.

**М0** — нет данных об отдаленных метастазах.

**М1** — имеются отдаленные метастазы, включая поражение паховых лимфоузлов.

С 1985г. используется классификация рака тела матки, предложенная Международной федерацией акушеров и гине­кологов **(FIGО)**.

Согласно классификации **FIGO**, рак тела матки имеет пять стадий распространения (от 0 до IV).

**Стадия 0** – внутриэпителиальный рак (АГЭ).

**Стадия I** — опухоль ограничена телом матки;

**1а** — длина полости матки не превышает 8 см;

**1b** — длина полости матки превышает 8 см.

**Стадия II**—опухоль распространяется на тело и шейку матки, но не за пределы матки.

**Стадия III**—распространение опухоли за пределы матки (на параметральную клетчатку или метастазы во влагалище), но не за пределы малого таза.

**Стадия IV** — распространение процесса за пределы мало­го таза, и\или прорастание мочевого пузыря и прямой кишки, и\или наличие отдаленных метастазов.

**G** – *гистопатологические градации:*

**G1**— высокодифференцированный железистый рак;

**G2** — умеренно дифференцированный железистый рак;

**G3**— преобладание структуры солидного строения или полностью недифференцированный рак.

Степень дифференцировки опухоли (G1, G2, G3) указывается не только при 1-ой, но и 2-4 стадиях, так как имеет большое значение для планирования гормонотерапии. Разделение 1 стадии на подгруппы проводится в соответствии не с длиной полости (часто зависящей от сопутствующей миомы), а измеренной после операции глубины инвазии опухоли в миометрий.

Классификация FIGО наиболее полно отражает различ­ные варианты распространения ракового процесса и успеш­но применяется онкогинекологами во всем мире.

В каждом клиническом наблюдении символы Т, N и М группируют, что позволяет провести следующую аналогию с клинико-анатомической классификацией по стадиям:

Стадия 0 – Тis

Стадия I - T1N0M0

Стадия II - T2N0M0

Стадия III – T3N0M0; T1 – 3N1M0

Стадия IV - T4 и/или M1 при любых значениях символов T и N.

В настоящее время выявилась необходимость определения не только особенностей распространения опухоли, но и ее развития (прогрессии), степени агрессивности и взаимоотношения с организмом. Важным фактором, определяющим исходы лечения, является состояние клеточного иммунитета. Исходные лимфопения и анемия при прочих равных условиях снижают частоту 5-летних излечений больных РЭ на 15-20%. Не меньшее значение имеет определение содержания Т-лимфоцитов и их субпопуляций в крови и регионарных лимфатических узлах.

**ДИАГНОСТИКА РАКА ТЕЛА МАТКИ**

Диагностика рака тела матки и определение стадии его распространения основывается на учете данных анамнеза, двуручного ректовагинальноабдоминального, цитологическо­го, гистологического и рентгеновского исследований.

О роли и месте анамнестических данных и клинических симптомов в диагностике предраковых процессов эндометрия и рака тела матки было сказано выше.

Двуручное ректовагинальноабдоминальное исследование в ряде случаев может подтвердить подозрение на рак тела мат­ки (равномерное увеличение матки, приобретение ею округ­лой формы и неравномерно консистенции с участками раз­мягчения и уплотнения за счет растяжения полости скопившимися в ней продуктами распада опухоли; участки уплотнения обнаруженные при исследовании, соответствуют мес­там инфильтрации миометрия опухолью).

Обнаружение при гинекологическом исследовании ин­фильтратов в параметральной клетчатке, которые смещают матку и ограничивают ее подвижность, заставляют думать о переходе ракового процесса на параметрий. Ограничение подвижности слизистой прямой кишки говорит об инфиль­трации ее стенки раковой опухолью.

Увеличение придатков матки (при наличии вышеуказан­ных клинических симптомов рака эндометрия и пальпаторных данных со стороны матки) может указывать на метастазы рака в яичники или на сочетание рака тела матки с гормонопродуцирующей опухолью яичников.

При выявлении указанных анатомических изменений, симптомов заболевания и данных гинекологического иссле­дования для уточнения диагноза следует произвести зондирование матки и раздельное диагностическое выскаблива­ние слизистой цервикального канала и тела матки либо гистероцервикоскопию с прицельной биопсией из участка опу­холи.

Рак тела матки, при гистероскопии имеет характерный вид (сосочковые разрастания, напоминающие цветную капусту, обширные участки некроза и кровоизлияния).

Указанные диагностические мероприятия позволяют не только поставить диагноз рака, но и выяснить степень гис­тологической дифференцировки опухоли, а также точно определить длину полости матки и распространения рака на цервикальный канал.

Для ранней диагностики рака тела матки большое зна­чение имеет цитологическое исследование аспирата из поло­сти матки, проводимое у больных группы повышенного рис­ка в амбулаторных условиях.

Как для диагностики рака тела матки, так и для уточ­нения места локализации ракового поражения эндометрия применяется гистероцервикография.

Для диагностики поражения при раке тела матки регионарных лимфоузлов применяют лимфографию. Чтение гистеро- и лимфограмм требует большого опыта в их интерпре­тации.

Необходимо учитывать, что гистероцервикография может способствовать попаданию опухолевых клеток через фалло­пиевы трубы в брюшную полость (Т. П. Алейникова, 1967), поэтому этот метод диагностики следует применять только по строгим показаниям, при этом необходимо отказаться от из­лишне тугого заполнения полости матки и применения водорастворимых контрастов (Т. П. Алейникова, 1968).

Для диагностики отдаленных метастазов применяется рентгенография легких и костей.

Клиническое течение заболевания определяется взаимо­действием различных биологических свойств опухоли (лока­лизация, форма роста, глубина инвазии, гистологическое строение), ее способностью к лимфогенному, гематогенному и имплантационному метастазированию в сложном взаимо­действии с организмом.

Как показало изучение произведенных в различные сро­ки до выявления рака тела матки биопсий эндометрия, опу­холи могут предшествовать гиперпластические процессы, аденоматоз или атрофия эндометрия.

В случаях, где образованию опухоли предшествовали ги­перпластические процессы или аденоматоз, рак тела матки по своему гистологическому строению был высокодифференцированным или зрелым железистым и развивался по перво­му патогенетическому варианту.

Рак тела матки, возникший на фоне атрофических изме­нений в эндометрии, по своему гистологическому строению был железисто-солидной или солидной (низкодифференциро­ванной) аденокарциномой и развивался по второму патоге­нетическому варианту.

Я. В. Бохман (1989) выделил в клиническом течении рака тела матки три этапа.

*Первый этап — от возникновения инвазивного роста до момента его глубокого прорастания в миометрий.* Этот этап характеризуется развитием первичной опухоли, которое происходит в направлении постепенной потери морфологическо­го сходства с эндометрием. Обнаружение высокодифференцированного железистого рака является свидетельством медленных темпов роста опухоли под влиянием гормональных воздействий и защитных реакций организма. Снижение дифференцировки опухоли в железисто-солидных и солидных ра­ках свидетельствует о быстрых темпах роста опухоли и на­растании ее автономности.

*Второй этап характеризуется местнорегионарным распро­странением*. Он начинается с глубокого прорастания опухоли в миометрий, после чего темпы ее роста и распространения резко ускоряются, появляются метастазы в лимфоузлы таза. Глубо­кая инвазия, снижение дифференцировки и возникновение регионарных метастазов — основные признаки прогрессии рака эндометрия, свидетельствующие о нарастании автономности и злокачественности опухоли.

*Третий этап характеризуется диссеминацией процесса*, он измеряется промежутком времени от прорастания опухоли за серозу, покрывающую матку, или образования регионарных метастазов до широкой лимфогенной, лимфогематогенной и имплантационной диссеминации.

Разнообразные сочетания биологических свойств опухоли, отражающие степень ее прогрессии и эндокринно-обменные особенности организма, предопределяют значительную вариа­бельность клинического течения рака тела матки.

На основании сопоставления этих данных у каждой кон­кретной больной можно составить представление о характере клинического течения заболевания:

***а)*** ***медленное сравнительно благоприятное течение***. У этих больных обычно выражены симптомы нарушений обмена жи­ров и углеводов. Характерна значительная длительность симп­тома маточных кровотечений, обусловленных гиперпластическими процессами в эндометрии. Гистологически—высокодифференцированный или зрелый железистый рак с поверх­ностной инвазией в миометрий. Лимфогенные метастазы от­сутствуют;

***б)*** ***неблагоприятное клиническое течение***. Эндокринно-об­менные нарушения чаще всего выражены нечетко или вовсе отсутствуют. Длительность симптомов заболевания невелика. Гистологически — железисто-солидный или солидный рак. Опухоль глубоко инфильтрирует миометрий, что связано с ее быстрым метастазированием в лимфоузлы таза; при переходе опухоли на цервикальный канал возникает возможность ин­фильтрации параметриев. Возможно метастазирование во вла­галище;

***в) «острое» крайне неблагоприятное клиническое течение.*** Наблюдается редко и проявляется одновременным сочетанием нескольких неблагоприятных факторов, характеризующих нарастание опухолевой прогрессии: средняя или низкая дифференцировка опухоли, интенсивный прямой инвазивный рост, метастазы в тазовых и поясничных лимфоузлах. При прора­стании серозы матки или поражении яичников возможен «овариальный» тип метастазирования — по париетальной брюшине и в большой сальник.

Профилактика рака тела матки состоит в своевременном выявлении и правильном лечении предраковых заболеваний эндометрия.

Лечение больных с предраковыми заболеваниями эндометрия вам прочитала О.Ю. Шилова. Самостоятельно в журнале «А и Г» за 1996 год. Лекция Хохловой И.Д., Кудриной Е.А. «Диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия», с.50-55.

**ЛЕЧЕНИЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ**

Для лечения больных раком тела матки в настоящее вре­мя применяются различные методы: хирургический, комбини­рованный, сочетанная лучевая терапия, гормоно- и химиоте­рапия.

Одной из особенностей лечения РЭ в НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова является применение прогестагенов (ОПК) и антиэстрогенов (тамоксифен, 40 мг, ежедневно в течение 2 нед) (за исключением низкодифференцированного рака) перед операцией или лучевым лечением в течение 2-3 недель в общей дозе 12-16 г, который вводили ежедневно в\м по 500мг (4мл 12,5% раствора). В случаях когда проводилась лимфография, ОПК вводили также и эндолимфатически по 1г на каждую сторону. В дальнейшем, если при повторном гистологическом исследовании выявляется чувствительность опухоли к прогестагенам (повышение дифференцировки, секреция, деструктивные изменения), гормонотерапия продолжается после завершения хирургического и лучевого лечения. В прогностически благоприятных ситуациях этот курс сравнительно недолог (2-3 мес), а суммарная доза составляет 16-24 г ОПК. В случаях, когда прогноз сомнителен или неблагоприятен, ОПК назначают в течение длительного времени (до 3 лет и более; 1-3 месяц: 500 мг ежедневно, 4-6-й месяц : 500 мг 2 раза в неделю, далее по 500 мг 1 раз в неделю) с целью предупредить рецидив или отодвинуть сроки появления клинических признаков прогрессирования заболевания. Введение ОПК сочетается с назначением антиэстрогенов.

Наиболее распространенным методом является **хирургиче­ский.**

Вопрос об объеме оперативного лечения при раке тела мат­ки довольно сложен, так как это заболевание чаще встречается у женщин пожилого возраста, страдающих в большинстве слу­чаев тяжелой экстрагенитальной патологией (сахарный диа­бет, ожирение, атеросклероз, гипертоническая болезнь и т. д.). Эти заболевания сами по себе могут явиться противо­показаниями к оперативному, а значит и комбинированному лечению.

Если учитывать большое сходство в путях метастазирования рака тела и шейки матки, то оптимальным объемом опе­рации при раке тела матки является расширенная экстирпа­ция матки, выполненная брюшно-стеночным доступом. Рас­ширенная экстирпация матки по методу Вертгейма, является самой большой и травматичной операцией в онкогинекологии.

Учитывая указанные выше экстрагенитальные заболевания и подходя к лечению каждой больной индивидуально, следует отметить, что часто при раке тела матки применяется простая экстирпация матки с придатками с обеих сторон, при распространении рака на придатки придатки матки следует произвести еще и резекцию большого сальника, так как при поражении придатков опухоль часто метастазирует в большой сальник. В этих случаях в комплекс послеоперационного лечения следует включить и химиотерапию.

При стадии 1 G1 – экстирпация матки с придатками.

При стадии 1 G2 G3 – модификация расширенной экстирпации матки с придатками и лимфатическими узлами по Я.В. Бохману с послеоперационной лучевой терапией на область тазовых органов плюс прогестагены и антиэстрогены.

При стадии 2 G1- G3 – Расширенная экстирпация матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфатическими узлами по методу Вертгейма плюс послеоперационная лучевая и гормоно- терапия. Возможно сначала наружная и внутриполостная лучевая терапия с проведением через 4 недели хирургического лечения.

При стадии 3 G1- G3 – При метастазах в придатках и лимфатических узлах: модификация расширенной экстирпации матки с придатками и лимфатическими узлами таза по методу Я.В. Бохмана или операция Вертгейма (при переходе опухоли на цервикальный канал) плюс послеоперационная лучевая и гормоно- терапия. Возможно сначала наружная и внутриполостная лучевая терапия с проведением через 4 недели хирургического лечения.

Лечение аденокарциномы 3 и 4 стадии должно быть индивидуальным. В большинстве случаев схемы лечения включают хирургическое вмешательство с химиотерапией, гормональную терапию и облучение.

Кроме хирургического метода, который является самостоятельным методом лечения в вышеперечисленных случаях, при раке тела матки применяется **комбинированный метод,** вклю­чающий в себя два вида лечения как два его этапа.

Одним из этапов комбинированного метода является опера­тивное лечение (чаще первый этап, так как на операции окон­чательно уточняется стадия распространения процесса и лока­лизация метастазов), другим —дистанционная лучевая тера­пия.

Задачей оперативного лечения является удаление очага по­ражения, при дистанционной лучевой терапии облучаются пути лимфогенного метастазирования.

Комбинированный метод применяется при отсутствии экстрагенитальных противопоказаний к нему, а также при возмож­ности радикального удаления первичного очага поражения при хирургической операции.

**Сочетанная лучевая терапия** как метод лечения рака тела матки включает два вида лучевой терапии:

1) дистанционная лучевая терапия;

2) внутриполостная гамма-терапия.

При сочетанием лучевом лечении облучаются одновре­менно и первичное поражение, локализующееся в полости матки, и пути метастазирования (как лимфогенные, так и имплантационные).

Сочетанная лучевая терапия применяется при наличии противопоказаний к комбинированному методу лечения, а также при значительном распространении процесса, стадии I—III (классификация FIGO).

При стадии IV (классификация FIGO) применяется гор­монотерапия (17 ОПК), химиотерапия цитостатиками (эффективны в 20-30% случаев) (цисплатин, адриамицин, ТИО-ТЭФ, циклофосфан, 5-фторурацил ) и симптоматическая терапия.

Заключая рассмотрение вопроса о выборе метода лечения рака тела матки, следует помнить о законе Бергонье и Трибандо, который гласит: «Чувствительность тканей к облуче­нию прямо пропорциональна митотической активности и об­ратно пропорциональна дифференцированности клеток».

**Прогноз.**

Стадия болезни в момент диагностики опухоли – самый важный прогностический фактор, 5-летняя выживаемость варьирует от 76% в 1 стадии до 9% в 4 стадии заболевания.

Важными прогностическими факторами является: поражение шейки матки и лимфатических узлов (особенно тазовых и\или парааортальных), инвазия миометрия, патогистологическая дифференцировка. Меньшее значение имеют возраст больной, клеточный тип опухоли, ее размер, наличие раковых клеток в асцитической жидкости.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1. Классификация патологических процессов эндометрия. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия, рак эндометрия.
2. Классификация аденокарцином (ВОЗ) в зависимости от степени гистологической дифференцировки.
3. Рак эндометрия. Эпидемиология и факторы риска. Патогенетические варианты.
4. Заболеваемость и смертность. Прогноз. Возрастные особенности.
5. Особенности клинического течения и метастазирование рака эндометрия.
6. Клиника и диагностика рака эндометрия.
7. Современные подходы к лечению рака тела матки.
8. Планирование лечения и прогноз рака эндометрия.
9. Классификацию рака тела матки по стадиям.
10. Консервативное лечение атипической гиперплазии и начального рака эндометрия
11. Самостоятельная гормонотерапия рака тела матки.

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1.ФАКТОРЫ РИСКА РАКА ЭНДОМЕТРИЯ

а) метаболический синдром

б) гипертоническая болезнь

в) сахарный диабет

г) хроническая ановуляция на фоне гиперэстрогении

д) верно все перечисленное  
2.В ПОСЛЕДНЕЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ ВЫШЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ:

а) рака шейки матки

б) рака эндометрия

в) злокачественных опухолей яичника

г) рака вульвы

д) нет верного ответа

3.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО:

а) метаболические и обменно-эндокринные нарушения

б) выраженные нарушения овуляции

в) гиперпластические процессы эндометрия

г) чувствительность к прогестагенам

д) верно все перечисленное

4.НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ:

а) дно матки

б) углы матки

в) нижне-задний отдел с переходом на эндоцервикс

г) передняя стенка матки

д) все верно

5.ОСНОВНОЙ СИМПТОМ РАКА ТЕЛА МАТКИ ПРИ НЕЗАПУЩЕННЫХ СТАДИЯХ:

а) болевой

б) патологические бели

в) метроррагия

г) нарушение функции соседних органов

д) нет верного ответа

6.УЗ-ПРИЗНАКИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) М-эхо во II фазу > 15 мм

б) неоднородность структуры, эхопозитивные сигналы

в) наличие жидкости в позадиматочном пространстве

г) увеличение размеров матки

д) верно а) и б)

7.СКРИНИНГ ПАТОЛОГИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

а) цитология аспирата

б) УЗ-сканирование

в) опухолевые маркеры

г) биопсия эндометрия

д) нет верного ответа

8.ПРЕДРАК ЭНДОМЕТРИЯ:

а) железисто-кистозная гиперплазия

б) атипическая гиперплазия

в) полипы эндометрия

г) атрофический эндометрий

д) все верно

9.ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ РАКЕ ТЕЛА МАТКИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

а) аспирации эндометрия с последующим цитологическим

исследованием

б) гистероскопии, биопсии эндометрия с последующим

гистологическим исследованием

в) гистеросальпингографии

г) лапароскопии.

д) нет верного ответа

10.СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДРАКА ЭНДОМЕТРИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН:

а) субтотальная гистерэктомия

б) тотальная гистерэктомия

в) расширенная эктирпация матки по Вертгейму

г)гистерорезектоскопия: резекция эндометрия в сочетании с аблацией

эндометрия

д) все верно

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-д | 6-д |
| 2-б | 7-б |
| 3-д | 8-б |
| 4-в | 9-б |
| 5-в | 10-г |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

**Задача №1**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечение?
4. Факторы риска?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

* 1. Рак эндометрия?
  2. РДВПМ под контролем гистероскопии, гистология соскоба.
  3. При подтверждении диагноза – Расширенная экстирпация матки с придатками. При высокодифференцированной аденокарциноме – гормонотерапия, при низкодифференцированной – лучевая терапия.
  4. Ожирение.
  5. Ежегодный проф.осмотр с контролем УЗИ .

**Задача №2**

К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д»-учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталоны ответа:**

1. Быстрорастущая миома матки.
2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозных узлов, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.
3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки, беременностью.
4. Оперативное лечение.
5. Экстирпация матки.

**Задача №3**

В ж/к обратилась пациентка 42 лет с жалобами на периодические тянущие боли в низу живота, учащенное мочеиспускание малыми порциями. Из анамнеза: месячные регулярные, через 30-32 дня, по 5 дней, умеренные, безболезненные. В анамнезе 1 беременность, закончившаяся срочными родами. Контрацепция – фарматекс. Гинекологические заболевания в анамнезе отрицает, у гинеколога на проф. осмотре последний раз была 3 года назад. При гинекологическом осмотре: в зеркалах – слизистая влагалища без воспалительных явлений, шейка матки рубцоводеформирована старыми невосстановленными акушерскими разрывами, выделения слизистые. Вагинально: матка увеличена до 6-7 недель беременности, по передней стенке матки близко к ее перешейку определяется плотное опухолевидное образование с четкими контурами до 6 см в диаметре, безболезненное. При смешении тела матки образование смещается вместе с маткой. Придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие безболезненные.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
4. Лечение?
5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа**

1. Субсерозная миома матки с нарушением функции соседних органов.

* Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозного узла, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, симптом «пулевых щипцов», лапароскопия, КТ малого таза.
* С опухолью яичника, опухолью кишечника или мочевого пузыря.
* Оперативное лечение.
* Экстирпация матки.

**Задача №4**

* Больная 45 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на «мажущие» кровянистые выделения из половых путей в течение последних 9 дней, которые начались после задержки очередной menses на 1,5 месяца. Из анамнеза: Долго лечилась по поводу первичного бесплодия, без эффекта. Половая жизнь регулярно, без контрацепции. При осмотре: АД 150/100 мм рт.ст., PS 68 в 1 мин, ИМТ = 34. При влагалищном исследовании: Шейка матки не эрозирована, феномен «зрачка» (+ +). Матка не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Своды глубокие.
* 1. Наиболее вероятный диагноз?
* 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
* 3. Тактика врача женской консультации?
* 4. План обследования?
* 5. Лечение?

**Эталон ответа**

* 1. Дисфункциональное маточное кровотечение перименопаузального периода.
* 2. Гиперплазия эндометрия. Полип эндометрия. Рак матки. Подслизистая миома матки. Внематочная беременность.
* 3. Направить больную в гинекологический стационар.
* 4. Раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки под контролем гистероскопии с последующим гистологическим исследованием полученного соскоба. Анализ мочи на β-ХГ.
* 5. Лечение зависит от результатов анализа гистологического исследования.

**Задача №5**

* К гинекологу в женскую консультацию обратилась пациентка 44 лет с жалобами на чувство тяжести в нижних отделах живота. Из анамнеза: менструальная функция не нарушена, месячные регулярные, через 28-30 дней по 3-4 дня, безболезненные. Имела 2 беременности, закончившиеся срочными родами без осложнений. В течение 5 лет состоит на «Д» учете в ж/к по поводу миомы матки, лечения не получала. Последний раз осматривалась гинекологом год назад, увеличение размеров матки соответствовало 6 недельной беременности. Соматически здорова. При проведении гинекологического осмотра: в зеркалах – слизистая влагалища и шейка матки без видимой патологии, выделения слизистые. Вагинально: шейка цилиндрическая, подвижная. Тело матки увеличено до 11-12 недель беременности, бугристое, плотное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные, безболезненные.
* 1. Предварительный диагноз?
* 2. Какие дополнительные методы обследования позволят обсуждать вопрос о лечении?
* 3. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
* 4. Лечение?
* 5. Каков объем операции в случае оперативного лечения?

**Эталон ответа**

* 1. Быстрорастущая миома матки.
* 2. Общеклинические анализы крови и мочи, УЗИ органов малого таза с допплерометрией сосудов матки и миоматозных узлов, кольпоскопия и цитология мазков с шейки матки, гистероскопия с фракционным выскабливанием слизистой матки.
* 3. Аденомиозом, раком эндометрия, раком шейки матки, 3. трофическими нарушениями в миоматозных узлах, саркомой матки, беременностью.
* 4. Оперативное лечение.
* 5. Экстирпация матки.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6.**

1. Освоить методы диагностики фоновых, предраковых заболеваний и рака тела матки:

* Цитологическое исследование (пайпель – диагностика);
* Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;
* Ректовагинальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.
* Гистероскопия.

1. Участвовать в проведении гистероскопии, УЗИ малого таза, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать морфологические данные.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака тела матки.
4. Участвовать в операциях гистероскопии. РДВ, гистерэктомии, расширенной гистерэктомии.
5. Уметь разработать план ведения больной:
6. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
7. Уметь клинически интерпретировать данные кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики
8. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК при патологии эндометрия.
9. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (пайпель) и гистологического исследований гинекологической больной.

**1.Занятие № 31**

**Тема: «Вопросы медицинской, социальной, психологической, сексуальной и профессиональной реабилитации онкогинекологических больных».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения**: объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы** (актуальность изучаемой проблемы). За последние 10 лет онкологическая заболеваемость резко возросла, в том числе среди гинекологических больных. В достаточной степени нерешенной остается проблема реабилитации онкогинекологических больных, ввиду большой травматичности оперативных вмешательств и длительного химиолучевого лечения пациентов данного контингента, что в итоге может приводить к социальной дезадаптации.

**Цели обучения:**

**- общая:** обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.

**- учебная:**

обучающийся должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

обучающийся должен уметь:

-определять показания к госпитализации гинекологических больных;

-проводить профилактические осмотры;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

обучающийся должен владеть:

-методами диагностики фоновых и предраковых заболеваний

-оценкой результатов гистологического исследования соскоба слизистой оболочки матки

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната, палаты в стационаре, кабинет в поликлинике, смотровые

**6.Оснащение занятия** (перечень таблиц, слайдов, технических и электронных средств обучения, схемы, таблицы, муляжи и др.).

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа\*\* обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 210 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 270 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

В последние годы отмечается не только рост заболеваемости гинекологическим раком, но и наметилась тенденция прироста удельного веса женщин репродуктивного возраста, страдающих этой патологией. Так, в структуре онкологической заболеваемости и смертности рак шейки матки (РШМ) в возрастной группе от 15 до 39 лет занимает 1-е место, от 40 до 54 лет – 2-е, а рак тела матки (РТМ) – 3-е.

Удельный вес выявления ранних стадий рака шейки матки составляет 59,5%, рака тела матки – 77%. Основным методом лечения больных этой патологии является комбинированный, включающий радикальное хирургическое вмешательство с последующей лучевой и/или химиотерапией. Поэтому при высоких показателях выживаемости больных с ранними стадиями гинекологического рака у пациенток молодого возраста наблюдается развитие хирургической менопаузы, что отражается в значительном снижении качества жизни этих женщин. Эксперты ВОЗ рассматривают качество жизни как конечную цель реализации сложного комплекса медицинских, психологических, духовных и социальных программ помощи больным.

Больные гинекологическим раком репродуктивного возраста после радикального лечения в большинстве своем стремятся сохранить прежний образ жизни, социальный статус, а также трудовую активность. Выводы об отдаленной эффективности лучевого, хирургического и комбинированного лечения чаще всего основываются на анализе количества осложнений и уровня смертности. Однако эти объективные критерии оценки здоровья и результатов лечения не всегда дают возможность всесторонне оценить субъективное состояние здоровья человека, которое часто является более полным и точным. Именно субъективные показатели отражают восприятие пациентом степени собственного благополучия – качества жизни. Современной методикой, позволяющей проводить сравнительный анализ результатов различных видов лечения, является оценка качества жизни.

По определению EORTC качество жизни, связанное со здоровьем, является характеристикой степени воздействия болезни или лечения на ожидаемое физическое, эмоциональное и социальное благосостояние. Оценка качества жизни – современный метод исследования, позволяющий выявлять даже незначительные изменения в любых сферах жизнедеятельности человека с целью всестороннего определения эффективности лечения. Увеличение сроков выживания поднимает вопрос не только о том, сколько лет прожила пациентка, но и как она их прожила.

Факторами, влияющими на качество жизни онкогинекологических больных, являются как сам онкологический процесс (стадия, симптоматика, осложнения), так и осложнения проводимого лечения – хирургического вмешательства, химиотерапии и лучевой терапии.

Анализ материалов отечественной и зарубежной литературы свидетельствует о том, что в настоящее время вопросы качества жизни у онкогинекологических больных после радикального лечения, в частности больных злокачественными опухолями шейки и тела матки, находятся в стадии активного изучения).

При исследовании уровня качества жизни у больных раком шейки матки после проведенного лечения отмечалось достоверное снижение показателей эмоционального, социального функционирования и общего уровня здоровья.

Впервые выявлена взаимосвязь особенностей клинического проявления постовариэктомического синдрома онкогинекологических больных репродуктивного возраста после различных видов противоопухолевого лечения с интегральными показателями качества жизни, характеризующаяся преобладанием нейровегетативных расстройств легкой степени тяжести, возникающих на 3-и–7-е сутки после оперативного лечения и на 12–24-е сутки после начала лучевой терапии, высоким уровнем тревожно-депрессивных расстройств и статистически значимым снижением уровня эмоционального и социального функционирования. Показано, что снижение качества жизни у молодых больных гинекологическим раком в большей степени обусловлено развитием постовариэктомического синдрома.

Впервые разработан и клинически апробирован патогенетически обоснованный комплекс восстановительного лечения больных гинекологическим раком репродуктивного возраста после противоопухолевого лечения, включающий: ванны 4-камерные, КВЧ-терапию, электросон, лечебное плавание в бассейне, терренкур, психологическую разгрузку.

Впервые показано, что проведение разработанного комплекса восстановительного лечения способствует снижению выраженности нейровегетативных расстройств, уровня тревоги, тенденции к снижению уровня депрессии, а также статистически значимому повышению уровня эмоционального и социального функционирования на протяжении 12 месяцев после завершения восстановительного лечения.

Показано, что у молодых больных раком тела и шейки матки после завершения восстановительного лечения отмечается статистически значимое повышение уровня эстрадиола.

Исследовано влияние разработанного комплекса реабилитационных мероприятий на отдаленные результаты противоопухолевого лечения, установлено, что восстановительное лечение не оказывает отрицательного влияния на показатели двухлетней общей и безрецидивной выживаемости по сравнению с контрольной группой.

Впервые проведена оценка социально-экономической эффективности комплекса восстановительного лечения онкогинекологических больных репродуктивного возраста, которая выявила статистически значимое снижение уровня инвалидизации и повышение коэффициента «трудовой реабилитации» через 12 месяцев после окончания реабилитационных мероприятий у пациенток основной группы.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. Какие больные относятся к группе риска по возникновению рака яичника?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак тела матки?
3. Профилактика рака тела матки и методы ранней диагностики.
4. Вопросы психологической реабилитации
5. Вопросы сексуальной реабилитации

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1.ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ СТАДИЯ II А ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ:

1. Только облучение.
2. Гистерэктомию.
3. Гистерэктомия + лучевая терапия.
4. Гормонотерапия.
5. Радикальная гистерэктомия + гормонотерапия

2.К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

1. Простая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия.
2. Аденоматоз.
3. Аденоматозные полипы
4. Рецидивирующая железисто-кистозная гиперплазия эндометрия при условии адекватного гормонального лечения
5. Простая железисто-кистозная гиперплазия у женщин с нейро-обменно-эндокринным синдромом

3.К ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСИТСЯ:

1. Аденомиоз
2. Аденоматоз
3. Эндометрит
4. Железисто-фиброзный полип эндометрия
5. Аденоматозный полип эндометрия

4. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. Гормонотерапию
2. Лучевую терапию
3. Физиолечение
4. Симптоматическое лечение
5. Оперативное лечение

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ

1. гестагенов
2. андрогенов
3. эстрогенов
4. агонистов гонадотропинов
5. витаминов

6.РАК ТЕЛА МАТКИ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ:

1. до 25 лет
2. 55-65 лет
3. 45-50 лет
4. старше 70 лет
5. до 30 лет

7.ДЛЯ ПЕРВОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль чувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Как правило возникает у женщин с обменно-эндокринными нарушениями
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это высокодифференцированная аденокарцинома

8.ДЛЯ ВТОРОГО ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА РАЗВИТИЯ РАКА ТЕЛА МАТКИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

1. Опухоль нечувствительна к лечению гормонами
2. Позднее метастазирование
3. Возникает на фоне атрофического эндометрия
4. Ранее метастазирование
5. Гисто-морфологически это низкодифференцированный плоскоклеточный рак

9.ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ:

1. в течение 1 менструального цикла
2. 2-3 месяца
3. 4 месяца
4. 6 месяцев
5. не менее 9 месяцев

10. НАИБОЛЕЕ АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. Гормонотерапия
2. Только оперативное лечение
3. Оперативное лечение + химиотерапия
4. Сочетанная лучевая терапия
5. Оперативное лечение + гормонотерапия

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-д | 6-б |
| 2-а | 7-г |
| 3-г | 8-б |
| 4-в | 9-д |
| 5-в | 10-д |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

**Задача №1**

Больная С., 28 лет доставлена в гинекологическое отделение по поводу рецидивирующей метроррагии. Больная трижды подвергалась фракционному диагностическому выскабливанию по поводу метроррагии, последний раз 3 мес. назад под контролем гистероскопии. Патологии со стороны полости матки не было выявлено. Гистологическое исследование соскоба полости матки выявило железисто-кистозную гиперплазию эндометрия (активную форму). Пациентка получала гормонотерапию КОК (Жанин по схеме контрацепции), чистыми гестагенами (Дюфастон по схеме контрацепции), антигонадотропинами (Даназол) – без эффекта. Метроррагия рецидивировала. Половая жизнь с 20 лет. Методы контрацепции не использует. Беременностей не было. Гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. При влагалищном исследовании: наружные гениталии развиты правильно, оволосение по женскому типу. Влагалище свободное. Шейка без видимой патологии. Тело матки и левые придатки не увеличены, безболезненны. Правый яичники увеличен до 5 см, плотный, безболезненный. Своды глубокие. Выделения кровянистые, мажущие.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа**

1. Гормонопродуцирующая феминизирующая опухоль яичника.
2. УЗИ, гормоны крови, лапароскопия с биопсией яичников.
3. Оперативное лечение.
4. Благоприятный.
5. Тщательное диспансерное наблюдение с УЗИ, контролем гормонов сыворотки крови, онкомаркеров.

**Задача №2**

Больная Д., 5 лет жалуется на кровянистые выделения из половых путей в течение недели. Родилась от первой беременности, росла и развивалась соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний – паротит в 4 года, частые ОРЗ. При осмотре: молочные железы по Таннеру – II, на лобке единичные жесткие волоски. Гинекологический статус: наружные гениталии развиты правильно, слизистая преддверия во влагалище без воспалительных явлений. Девственная плева с овальным отверстием по центру, интактна. Ректально: сфинктер сохранен, ампула прямой кишки свободная, слизистая эластичная, подвижная. Высоко определяется матка, чуть больше нормы, придатки слева не увеличены, справа пальпируется яичник до 4 см, плотный, безболезненный. На пальце фекалии.

1. Диагноз?
2. Какое обследование следует произвести для подтверждения диагноза?
3. Тактика?
4. Прогноз?
5. Реабилитация?

**Эталон ответа**

1. Гормонопродуцирующая феминизирующая опухоль яичника.
2. УЗИ, гормоны крови, лапароскопия.
3. Оперативное лечение.
4. Благоприятный.
5. Тщательное диспансерное наблюдение с УЗИ, контролем гормонов сыворотки крови, онкомаркеров.

**Задача №3**

Больная М., 50 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли в низу живота. Из анамнеза: родов –3, абортов – 4. Длительно лечилась по поводу воспаления придатков матки. Два последних года у гинеколога не наблюдалась. Объективно: кожа бледная, тургор понижен, легкие и сердце в пределах возрастных изменений, живот несколько увеличен, болезненный в нижних отделах. Перкуссия определяет наличие асцита. Влагалищно-ректальное исследование: матка отдельно не контурируется. С обеих сторон пальпируются плотные болезненные конгломераты, неподвижные. Задний свод инфильтрирован, бугристый. При микроскопии осадка асцитической жидкости – атипические клетки.

1. Диагноз?
2. Что необходимо для подтверждения стадии?
3. План лечения?
4. Реабилитация?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Рак яичников III ст.
2. Для подтверждения стадии рекомендуется ФЛГ, УЗИ печени, ирригоскопия, цистоскопия.
3. Оперативное лечение. С учетом верификации опухоли, стадии распространения решается вопрос о целесообразности химио-лучевой терапии.
4. Дезинтоксикационная, десенсибилизирующая. Общеукрепляющая терапия. Иммунокоррекция с учетом иммунограммы. Адекватное обезболивание по показаниям.
5. Регулярное наблюдение у гинеколога, учитывая факторы риска УЗИ гениталий не менее 2-х раз в год, онкомаркеры.

**Задача №4**

Больная 58 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на умеренные кровяные выделения из половых путей в течение 3-х недель, к врачу не обращалась. Постменопауза 6 лет. В анамнезе 1 родов, абортов не было, гинекологические заболевания отрицает. Соматически здорова. Общее состояние удовлетворительное, вес 96 кг, рост 160см. Бимануально: матка несколько увеличена, область придатков свободна, пальпация безболезненна. Шейка при осмотре визуально не изменена. Выделения из матки кровяные, умеренные. При УЗ сканировании: срединное М-эхо 19 мм, неоднородной структуры, на границе с миометрием - выраженная зона разряжения эхоструктуры.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. План обследования?

3. План лечение?

4. Факторы риска?

5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Рак эндометрия?

2. РДВПМ под контролем гистероскопии, гистология соскоба.

3. При подтверждении диагноза – Расширенная экстирпация матки с придатками. При высокодифференцированной аденокарциноме – гормонотерапия, при низкодифференцированной – лучевая терапия.

4. Ожирение.

5. Ежегодный проф.осмотр с контролем УЗИ .

**Задача №5**

Больная 32 лет в течение 4 лет периодически проходит лечение у врача в женской консультации по поводу эрозии (эктопии) шейки матки. Применяются влагалищные ванночки с различными растворами и мазевые тампоны. Недавно появилась жалоба на беспорядочные кровянистые выделения из половых путей. Бимануальное исследование: определяется увеличенная, плотная, бугристая шейка матки. Матка нормальных размеров, подвижна, безболезненна. Придатки матки не увеличены, безболезненны. Околоматочная клетчатка не инфильтрирована. В зеркалах: на шейке матки видны разрастания в виде "цветной капусты", кровотечение после осмотра.

1. Поставьте диагноз?

2. Ваша тактика?

3. Целесообразно провести какие диагностические исследования?

4. Какой вариант рака шейки матки относят к I стадии?

5. Лечение рака шейки матки включает?

**Эталон ответа**

1. Рак шейки матки.

2. Дополнительное обследование для дальнейшего определения объема оперативного вмешательства.

3. Онкомаркер SCC.

4. Рак ограничен шейкой матки.

5. Хирургическое. Сочетанная лучевая терапия.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8.**

1. Освоить методы диагностики фоновых, предраковых заболеваний и рака тела матки:

* Цитологическое исследование (пайпель – диагностика);
* Раздельное выскабливание цервикального канала и тела матки;
* Ректовагинальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.
* Гистероскопия.

1. Участвовать в проведении гистероскопии, УЗИ малого таза, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
2. Уметь интерпретировать морфологические данные.
3. Составить план лечения больных с различными стадиями рака тела матки.
4. Участвовать в операциях гистероскопии. РДВ, гистерэктомии, расширенной гистерэктомии.
5. Уметь разработать план ведения больной:
6. Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования.
7. Уметь клинически интерпретировать данные кольпоцитологического исследования, результаты тестов функциональной диагностики
8. Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК при патологии эндометрия.
9. Уметь клинически интерпретировать данные цитологического (пайпель) и гистологического исследований гинекологической больной.

**1.Занятие № 32**

**Тема: «Доброкачественные заболевания вульвы: классификация, этиология, клиника, диагностика и лечение. Рак вульвы: классификация, клиника, диагностика, лечение».**

**2.Форма организации учебного процесса:** семинарское занятие

**3.Методы обучения:** объяснительно-иллюстративный, проблемного изложения

**4.Значение темы**: Злокачественные опухоли вульвы составляют от 2,5 до 5% злокачественных онкогинекологических заболеваний, занимая 4-е место после рака шейки матки, эндометрия и яичников. В США ежегодно выявляют около 4000 больных раком вульвы и 850 женщин умирают от этого заболевания.

Средний возраст больных раком вульвы составляет 65–68 лет.

У женщин репродуктивного возраста рак вульвы развивается крайне редко и заболеваемость им возрастает в постменопаузе. Пик заболеваемости приходится на возраст 75 лет. Эпидемиология рака вульвы изучена недостаточно. В развитых странах заболеваемость находится на уровне 3–5%.

**Цели обучения:**

**- общая**: обучающийся должен обладать УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.

**- учебная:**

обучаемый должен знать:

-Организационные принципы работы женской консультации и стационара;

-Формы взаимодействия консультации с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

-Основные формы учетно-отчетной документации (обменная карта, материалы МСЭК и ВКК, санаторно-курортные карты, амбулаторные карты, истории родов, истории болезни, больничные листы и др.)

-Организация гинекологической помощи;

-Диспансеризацию гинекологических больных;

-Методы и принципы лечения амбулаторных больных;

-Использование современной медицинской аппаратуры в гинекологии;

-Техники выполнения основных хирургических вмешательств в гинекологии при патологии вульвы

Обучаемый должен уметь:

-проводить профилактические осмотры;

-проводить санитарно-просветительную работу;

-проводить анализ гинекологической заболеваемости;

-составить план обследования и лечения больных с патологией вульвы

Обучаемый должен владеть:

-цитологическим исследованием, прицельной биопсией, удалением полипов слизистой шейки

- вульвоскопией

**5.Место проведения семинарского занятия** учебная комната, палаты в стационаре, кабинет УЗИ, операционная, смотровая

**6.Оснащение занятия** (перечень таблиц, слайдов, технических и электронных средств обучения, схемы, таблицы, муляжи и др.).

**7.Структура содержания темы** (хронокарта).

**Хронокарта семинарского занятия**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы  практического занятия | Продолжитель-  ность (мин) | Содержание этапа и оснащенность |
| 11. | Организация занятия | 5 | Проверка посещаемости |
| 22. | Формулировка темы и целей | 5 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 33. | Контроль исходного уровня знаний и умений | 20 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 44. | Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия | 10 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности) |
| 55. | Самостоятельная работа обучающихся:  а) курация под руководством преподавателя;  б) разбор курируемых пациентов;  в) выявление типичных ошибок | 255 | Работа:  а) в палатах с пациентами;  б) с историями болезни;  в) демонстрация куратором практических навыков по осмотру, физикальному обследованию с интерпретацией результатов дополнительных методов исследования. |
| 66. | Итоговый контроль знаний (письменно или устно) | 15 | Тесты по теме, ситуационные задачи |
| 77. | Задание к следующему занятию | 5 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |
| Всего: | | 315 |  |

**8.Аннотация** (краткое содержание темы).

1. **Предраковые заболевания наружных**

**половых органов и влагалища**

К предраковым заболеваниям наружных половых органов относят **крауроз** и **лейкоплакию.**

Крауроз и лейкоплакия вульвы – это хронические дистрофические процессы кожно-слизистых покровов и подкожной жировой клетчатки. Эти заболевания встречаются преимущественно в пре- и постменопаузальном периодах и редко в молодом возрасте и составляют 0,06% от общего числа гинекологических заболеваний. Большинство авторов считают крауроз и лейкоплакию единым дистрофическим процессом, на фоне которого рак развивается в 20-50% случаев.

***Этиология и патогенез****.* В основе крауроза и лейкоплакии лежат сложные нейроэндокринные и обменные нарушения, обусловленные возрастными функциональными изменениями высших отделов ЦНС, повышенной возбудимостью гипоталамических структур, участвующих в регуляции гонадотропной функции гипофиза, и центров, имеющих отношение к проявлению вегетоневротических реакций. У этих больных часто снижается функция коры надпочечников, уменьшается количество кортикостероидов в тканях вульвы, в результате чего изменяется рецепция вульвы как органа-мишени к гормональной стимуляции.

На связь крауроза и лейкоплакии с нарушениями функции нервной системы указывают функциональные изменения в нервных окончаниях, нарушении трофики тканей, своеобразное, чаще симметричное расположение очагов поражения, появление парестезий и упорного зуда.

Перестройка нейроэндокринной системы у этих больных нередко сопровождается скрытыми и явными нарушениями углеводного обмена, гипертонической болезнью, хроническими заболеваниями печени, снижением тиреоидной активности. Возрастные сдвиги в деятельности половых органов у них более выражены, чем у здоровых женщин. Но вместе с тем известно, что синдром «истощения» яичников (приливы жара к голове и верхней части туловища, повышенная потливость, сухость влагалища и пр.) далеко не всегда ведет к развитию крауроза и лейкоплакии. По-видимому, имеет значение не столько снижение функции яичников, сколько изменение чувствительности рецепторов вульвы к гормональным факторам. Имеются также указания на роль витаминной недостаточности, особенно витаминов А и Е.

**Крауроз** (греч. craurosis – сухой, сморщенный) представляет собой атрофический процесс, который приводит к патологическому сморщиванию кожи и слизистой наружных половых органов.

При краурозе имеется выраженная атрофия многослойного плоского эпителия. Заболевание начинается с отека сосочкового и ретикулярного слоев, приводящего к разволокнению и расслоению соединительных волокон. По мере развития крауроза в области бывшего отека образуется грубоволокнистая соединительная ткань. В последующем происходит гибель эластических волокон и гиалинизация соединительной ткани. Склероз сосочкового слоя сопровождается атрофией сальных и потовых желез.

Различают три стадии заболевания: I. Отечная – характеризуется отеком, гиперемией в области наружных половых органов. Кожа становится напряженной, блестящей, имеет окраску от обычной до ярко-красной с синюшным оттенком. Большие и малые половые губы выглядят отечными, гипертрофированными. При II стадии уже заметно прогрессируют атрофические изменения, уплощаются большие и малые половые губы, происходит атрофия клитора, кожа становится неэластичной, сухой, белесоватого цвета, имеет вид «полированной», суживается вход во влагалище. Стадия III – склеротическая – приводит к полной атрофии и склерозу наружных половых органов. Большие половые губы превращаются в тонкие плоские валики, малые – сморщиваются, становятся едва заметными или совершенно исчезают, уменьшается клитор. В связи с исчезновением волосяных луковиц на больших половых губах отсутствуют волосы, резко уменьшается количество сальных желез. Кожа и слизистые истончаются, приобретают тусклый перламутровый цвет с серо-голубым оттенком. В результате склероза, потери эластичности тканей вульва легко собирается в складки и имеет вид смятого пергаментного листа с тусклым отблеском. Склерозирование тканей вызывает резкое сужение входа во влагалище, сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала и анального отверстия. Половой акт затруднен или даже невозможен, может быть затруднено и болезненно мочеиспускание. Сужение входа во влагалище надо учитывать при осмотре шейки матки с помощью зеркал (для осмотра надо брать только маленькие зеркала, предварительно смазав их вазелином).

**Лейкоплакия** (греч. leucos placia – белая бляшка) характеризуется гиперплазией эпителия в сочетании с лимфогистиоцитарной инфильтрацией подэпителиальной ткани.

В покровном эпителии обнаруживается гиперкератоз, паракератоз, акантоз. В дальнейшем развивается склероз тканей.

Сочетание крауроза и лейкоплакии является неблагоприятным в отношении малигнизации, особенно в тех участках вульвы, где имеется лейкоплакия.

Выделяют три степени выраженности гиперкератоза: плоскую, гипертрофическую и бородавчатую. Лейкоплакия в виде сухих белых или синевато-белых бляшек может располагаться на ограниченных участках или распространяться на всю вульву. Различают также контурную и разлитую формы лейкоплакии.

## Клиника крауроза и лейкоплакии

Заболевание начинается незаметно, в легких формах не сопровождается никакими симптомами и обнаруживается только при профилактических осмотрах. Однако чаще крауроз сопровождается зудом вульвы, преимущественно в ночное время, появляются парестезии (онемение, «ползание мурашек», чувство жжения). Продолжительный, многолетний зуд нередко бывает столь мучительным, что приводит к невротическим расстройствам (депрессии, повышенной раздражительности и даже к суицидальным попыткам), лишает больную сна, снижает трудоспособность. Появление столь мучительного зуда объясняется нарушением трофики тканей, разрастанием свободных нервных окончаний, лишенных глиального покрова, и избыточным действием на них пруритогенных протеиназ. Упорный зуд приводит к расчесам, ссадинам, трещинам и, в конечном итоге, к воспалению вульвы.

## Диагностика

При сборе анамнеза необходимо подробно выяснить время появления зуда, его интенсивность, сопутствующие и предшествующие зуду заболевания, эффективность проводимого ранее лечения. Важное значение имеет соматическое обследование больной. Обязательны повторные исследования мазков на флору из цервикального канала, влагалища и уретры. Необходимо провести дифференциальный диагноз с патологическими процессами, имеющими сходную клиническую картину: красным плоским лишаем, кандидозом вульвы, витилиго, эссенциальным зудом и др.

Осмотр желательно дополнить кольпоскопией, что позволяет более правильно оценить макроскопические изменения, выявить изменения, обусловленные инфекцией, выбрать участки, подозрительные на малигнизацию для прицельной биопсии. При кольпоскопии слизистая при краурозе имеет вид от желтоватого до кирпичного. Проба Шиллера отрицательная или слабо положительная, что говорит об отсутствии гликогена в клетках поверхностного эпителия. На белесоватой или желтоватой поверхности хорошо видны в виде красной крапчатости капилляры.

Кольпоскопия лейкоплакии имеет характерную картину. Ороговевшая поверхность малопрозрачна; в зависимости от ее толщины лейкоплакия выглядит то как простое белое пятно, то образует белую бугристую поверхность с отсутствием сосудов. Часто границы лейкоплакии имеют вид географической карты. Проба Шиллера отрицательная.

В настоящее время имеются все основания скептически относиться к гистологическим терминам «лейкоплакия» и «крауроз», считать их устаревшими и употреблять только как отображение определенных клинических проявлений. Они не имеют четких морфологических эквивалентов. Крауроз в морфологическом понимании вообще не существует – это инволютивно-дистрофический процесс, которым могут закончиться многие заболевания вульвы. Вряд ли поэтому уместно считать его самостоятельной нозологической единицей. Лейкоплакия обнаруживает специфические гистологические изменения, которые необходимо четко разграничивать. Это могут быть дерматоз, воспалительный процесс, гиперкератоз, дисплазия, внутриэпителиальная или даже микроинвазивная карцинома.

«Лейкоплакию» и «крауроз» следует рассматривать как фоновые процессы, индикатор предрасположенности к раку вульвы, а истинным предраком вульвы является ***дисплазия.***

Дисплазия и преинвазивный рак могут быть заподозрены у больных с фоновыми дистрофическими процессами вульвы с помощью кольпоскопии. Окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования. Дисплазия вульвы – это атипия многослойного эпителия вульвы с нарушением слоистости, но без включения в процесс поверхностного слоя и проникновения процесса через базальную мембрану. Различают дисплазию слабой, умеренной и тяжелой степени, а также локальную и диффузную. Для диагностики предрака вульвы можно прибегнуть и к радиоизотопному исследованию (Р32), который при предраковых заболеваниях дает 130-450% и более.

## Лечение крауроза и лейкоплакии вульвы

Крауроз и лейкоплакия имеют хроническое длительное течение и требуют терпения врача и больной. Терапия должна быть комплексной, строго индивидуальной и патогенетически обоснованной.

Больная должна систематически выполнять правила личной гигиены. Туалет наружных половых органов следует проводить неоднократно в течение дня, кипяченой водой, без мыла, с добавлением питьевой соды, настоя ромашки или календулы. Не рекомендуется пользоваться растворами перманганата калия, борной кислоты, так как они сушат кожу и раздражают ткани. Не следует носить шерстяного и синтетического белья, так как зуд может усилиться.

Одним из давно применяемых методов лечения является гормонотерапия. Рекомендуется одновременное применение эстрогенных и андрогенных гормонов с целью уменьшения стимулирующего воздействия на эндометрий и молочные железы: инъекции эстрадиола дипропионата (0,5-1,0 мл 0,1% раствора) и тестостерона пропионата (1 мл 1% раствора) в одном шприце в течение 5-7 дней. Лечение проводится 5-7 нед. После этого назначается поддерживающая терапия - 1 инъекция указанных гормонов каждый месяц в течение года. Хороший эффект оказывают и одни андрогены, которые в меньшей степени, чем эстрогены, подавляют гонадотропную функцию гипофиза, а также значительно уменьшают воспалительные наслоения, снимают зуд.

Часто рекомендуется местное применение гормональных средств в виде мазей, кремов, вагинальных свечей. Хороший эффект оказывает 0,1-0,25% синестроловая мазь, 0,1-1,5% тестостероновый крем, вагинальные свечи, содержащие 0,5-1 мг диэтилстильбэстрола, 1 мг синестрола, 5 мг метилтестостерона. Курс лечения составляет 4-6 недель. Можно провести лечение биостимуляторами: экстрактом алоэ по 1 мл ежедневно (30 инъекций), мазью с 20 000 ЕД фолликулина и линиментом алоэ. По показаниям курс лечения следует повторять через 4-6 мес., постепенно увеличивая интервал.

Широко применяется местная симптоматическая терапия: мази с глюкокортикоидами (1% и 2,5% гидрокортизоновая мазь, 0,5%), преднизолоновая, фторокорт, синалар, лококортен и др., с ментолом и анестезином, с витамином А.

Из физиотерапевтических методов используется ультразвук, который снижает возбудимость вегетативной нервной системы, блокирует проведение патологических импульсов, оказывает механическое (микромассаж), рассасывающее и противовоспалительное действие на ткани, стимулирует функцию яичников. На курс – 15-20 процедур. Патогенетическая терапия включает в себя эндоназальный электрофорез с витамином В1 для нормализации физико-химических процессов в нервных клетках, фонофорез гидрокортизона на область вульвы, паховую и перианальную области (фибринолитический, трофический, вазотропный эффект), высокие дозы витамина С, витамина А по 1 мл в/м 20 дней.

В особо упорных случаях можно применять спирт-новокаиновую блокаду и оксигенотерапию. Спирт-новокаиновый раствор (100 мл по 0,25% раствора новокаина и 30 мл 96% спирта) после предварительной анестезии кожи вводят в ишиоректальное пространство, где он блокирует патологические импульсы, улучшает трофику и тем самым способствует рассасыванию лейкоплакических бляшек. Проводят 2-5 блокад с интервалом в 1 неделю.

В промежутках между блокадами через день в кожу лобка в направлении к наружным половым органам вводится кислород, начиная со 100 куб. см и кончая 300-400 куб. см, всего 10-15 процедур.

Одновременно с консервативными методами лечения проводится психотерапия с целью уверить больную в успехе проводимой терапии: применяются седативные препараты, при бессоннице – снотворные.

В последние годы эффективным методом лечения дистрофических процессов наружных половых органов стала криотерапия (аэрозольный метод), которая не дает опасных кровотечений, при этом быстрее происходит заживление раны, яснее отграничивается очаг деструкции от окружающих тканей. Это безболезненный метод, так как под влиянием охлаждения быстро разрушаются чувствительные нервные окончания.

## Лечение дисплазий

При выявлении локальной дисплазии в репродуктивном возрасте показаны иссечение в пределах здоровых тканей, криодеструкция или лечение газовым лазером (СО2), что позволяет получить хороший косметический эффект. При диффузных формах дисплазии в репродуктивном периоде, а также при всех разновидностях дисплазии в пре- и постменопаузе методом выбора является простая вульвоэктомия.

Вульвоэктомия показана также в случае отсутствия эффекта от консервативного лечения и там, где не исключена возможность развития рака в измененных краурозом тканях.

Прогноз при краурозе и лейкоплакии представляет значительные трудности. Больные подлежат многолетнему диспансерному наблюдению, так как возможны рецидивы. Комплексная терапия, нормализуя деятельность нервной и эндокринной систем, устраняет местные патологические изменения вульвы, благотворно влияет на течение заболевания и в определенной мере предотвращает возможность озлокачествления.

**Рак вульвы**

Первичная локализация рака вульвы чётко определяется толькопри начальных стадиях процесса.Наиболее агрессивным течением отличаются опухоли с локализацией в области клитора. Обильное кровоснабжение и особенности лимфооттока обусловливают быстрое прогрессирование ираннее метастазирование в пахово-бедренные и подвздошные лимфатические узлы. Изолированные гематогенные метастазы (без поражения лимфатических узлов) возникают в основном при ракеклитора.

Опухоли, ограниченные малыми половыми губами, имеют наиболее благоприятное течение.

Рак вульвы с локализацией в области больших половых губ развивается наиболее часто (до 60%) и по клиническому течению занимает промежуточное место между раком клитора и раком малых половых губ.Рак бартолиновой железы встречается приблизительно в 1% случаев.По характеру роста выделяют экзофитную, эндофитную и инфильтративно-отёчную формы опухоли. Наиболее часто наблюдают экзофитную форму рака вульвы. Наиболее неблагоприятно протекает инфильтративно-отёчная форма.

Характерная черта рака вульвы – мультифокальность очагов малигнизации.

**ПУТИ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ**

Рак вульвы метастазирует преимущественно лимфогенным путём.

■ Первый этап – пахово-бедренные лимфатические узлы.

■ Второй этап – подвздошные лимфатические узлы, чаще поражаются наружные подвздошные и запирательные.

■ Третий этап – общие подвздошные лимфатические узлы.

Частота метастазирования в пахово-бедренные лимфатические узлы в основном зависит от размеров опухоли. При опухоли диаметром до 1 см поражение выявляют у 5% больных, а при диаметре опухоли 4 см и более – у 30–50%. Поражение тазовых лимфатических узлов возникает в среднем у 5% больных. Гематогенные метастазы развиваются крайне редко.

**ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ**

Плоскоклеточный рак развивается у 90% больных раком вульвы.В 80–85% он имеет высокую степень дифференцировки.На 2-м месте по частоте стоит злокачественная меланома (2%).Другие опухоли вульвы (рак Педжета, первичная аденокарцинома,базальноклеточный рак, саркомы, рак бартолиновой железы) встречаются редко.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

ТNM-классификация рака вульвы находится в полном соответствии с классификацией Международной федерации акушеров и гинекологов (FIGO).

**Правила классификации**

Классификация применима только для первичного рака вульвы. Диагноз должен быть подтвержден гистологически. Рак вульвы, распространяющийся на влагалище, классифицируют как рак вульвы.

Стадии FIGO основаны на хирургическом стадировании, TNM-классификации основаны на клинической и/или патологической классификации.

**Регионарные лимфатические узлы**

Регионарными являются паховые и бедренные лимфатические узлы.

**Отдалённое метастазирование**

Поражение тазовых лимфатических узлов (наружных и внутренних подвздошных, запирательных и общих подвздошных) классифицируют как отдалённые метастазы.

**Клиническая классификация FIGO**

■ 0 стадия – преинвазивная карцинома (карцинома in citu).

■ I стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером не более 2 см в наибольшем измерении.

✧ IA стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы не более 1 см;

✧ IB стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы более 1 см.

■ II стадия – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером более 2 см в наибольшем измерении.

■ III стадия – опухоль распространяется на любую из следующих структур: нижнюю часть уретры, влагалище, анальное кольцо и/или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы с одной стороны.

■ IV стадия:

✧ IVA стадия – опухоль распространяется на любую из следующих структур: слизистые оболочки мочевого пузыря, верхней части уретры, прямой кишки, или опухоль фиксирована к кости, и/или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы с обеих сторон;

✧ IVB стадия – имеются отдалённые метастазы, включая метастазы в лимфатические узлы таза.

Примечание. Глубину инвазии определяют как распространение опухоли от эпителиально-стромального соединения, прилежащих наиболее поверхностных дермальных сосочков до наиболее глубокой точки инвазии.

**Классификация TNM**

*Т – первичная опухоль*

■ ТХ – недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

■ Т0 – первичная опухоль не определяется.

■ Тis – преинвазивная карцинома (карцинома in situ).

■ T1 – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером не более 2 см в наибольшем измерении.

■ T1a – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы не более 1 см.

■ T1b – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью, размером до 2 см в наибольшем измерении, с инвазией стромы более 1 см.

■ T2 – опухоль ограничена вульвой или вульвой и промежностью,

размером более 2 см в наибольшем измерении.

■ T3 – опухоль распространяется на любую из следующих структур: нижнюю часть уретры, влагалище, анальное кольцо.

■ Т4 – опухоль распространяется на любую из следующих структур: слизистые оболочки мочевого пузыря, верхней части уретры, прямой кишки или опухоль фиксирована к кости.

Примечание. Глубину инвазии определяют как распространение опухоли от эпителиально-стромального соединения, прилежащих наиболее поверхностных дермальных сосочков до наиболее глубокой точки инвазии.

*N – регионарные лимфатические узлы*

■ NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных

лимфатических узлов.

■ N0 – нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

■ N1 – метастазы в регионарные лимфатические узлы с одной стороны.

■ N2 – метастазы в регионарные лимфатические узлы с обеих сторон.

*М – отдалённые метастазы*

■ МХ – недостаточно данных для определения отдалённых мета-стазов.

■ М0 – нет признаков отдалённых метастазов.

■ М1 – имеются отдалённые метастазы.

*pTNM – патологическая классификация*

Категории рТ, рN и pM соответствуют категориям T, N и M.

pN0 – при гистологическом анализе материала после паховой

лимфаденэктомии должно быть обследовано не менее 6 лимфатических узлов.

*G – гистологическая классификация*

■ GХ – степень дифференцировки не может быть установлена.

■ G1 – высокая степень дифференцировки.

■ G2 – средняя степень дифференцировки.

■ G3 – низкая степень дифференцировки.

■ G4 – недифференцированные опухоли.

*Группировка по стадиям*

■ Стадия 0 – TisN0M0.

■ Стадия I – T1N0M0.

✧ Стадия IA – T1aN0M0.

✧ Стадия IB – T1bN0M0.

■ Стадия II – T2N0M0.

■ Стадия III:

✧ T1N1M0;

✧ T2N1M0;

✧ T3N0–1M0.

■ Стадия IVA:

✧ T1N2M0;

✧ T2N2M0;

✧ T3N2M0;

✧ T4 любая NM0.

■ Стадия IVB – любая T любая N M1.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Симптоматика рака вульвы разнообразна. Иногда специфические симптомы могут отсутствовать. Чаще больные предъявляют жалобы на раздражение и зуд в области гениталий, дискомфорт, боли, наличие изъязвления или опухоли, гнойные и кровянистые выделения.

**ДИАГНОСТИКА**

Диагностика основана на исследовании цитологических мазков-отпечатков с опухоли, вульвоскопии и биопсии подозрительного участка (или опухоли).

При инвазивном раке вульвы для уточнения распространённости процесса выполняют следующие исследования:

■ УЗИ малого таза, печени, пахово-бедренных и забрюшинных лимфатических узлов (при их увеличении выполняют пункцию);

■ рентгенографию органов грудной клетки;

■ цистоскопию и ректоскопия при значительном распространении опухоли.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Стадия 0 (интраэпителиальная неоплазия вульвы**

**и карцинома in situ)**

Адекватная операция – широкое иссечение на расстояние 0,5–1 см от края поражения, лазерная аблация или их комбинация. При значительной протяжённости поражения показана простая вульвэктомия.

При отказе от оперативного лечения применяют 5% мазь 5-фто-рурацила для местного применения**.**

**Инвазивный рак вульвы**

Лечение при раке вульвы индивидуальное и зависит от особенностей опухолевого процесса и общего состояния пациентки.

Применяют хирургический, комбинированный и лучевой методы лечения.

При выборе метода и объёма лечения необходимо рассматривать воздействие на первичную опухоль и зону паховых лимфатических узлов.

При **IА стадии** (микроинвазивный рак) производят радикальную эксцизию (широкое иссечение со значительным захватом подлежащих тканей) или простую вульвэктомию. Лимфаденэктомия при лечении микроинвазивного рака не показана**.** При **IВ стадии** выполняют радикальную вульвэктомию с пахово-бедренной лимфаденэктомией на стороне поражения при латеральном расположении первичной опухоли. Поражение контралатеральных паховых лимфатических узлов при Т1 не превышает 1%.

Показания к двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомии - медиальное расположение опухоли вульвы, особенно в зоне клитора, а также обнаружение метастатического поражения лимфатических узлов с одной стороны во время операции**.**

При проведении лимфаденэктомии единым блоком с вульвоэктомией или из отдельного доступа не выявлено различий в возникновении локальных рецидивов**.**

При осложнённом терапевтическом статусе пациентки возможно проведение профилактического дистанционного облучения пахово-бедренных зон электронным пучком и гамма-излучением в суммарной очаговой дозе (СОД) 40 Гр. Однако в рандомизированных исследованиях были представлены достоверно более низкие

результаты при облучении по сравнению с лимфаденэктомией.

При **II стадии** выполняют радикальную вульвэктомию с двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомией.

Показание к проведению послеоперационного облучения – наличие метастатического поражения лимфатических узлов, определяемого при морфологическом исследовании. Прогноз зависит от количества и размера поражённых лимфатических узлов, а также прорастания опухолью их капсулы.

Пациенты с выявленным одним микрометастазом (диаметром менее 5 мм) не нуждаются в послеоперационной лучевой терапии.

Показания для послеоперационного облучения:

• два или более микрометастаза в паховых лимфатических узлах;

• один или более макрометастазов (диаметром более 10 мм);

• экстракапсулярный рост.

**9.Вопросы по теме занятия.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

* 1. Что относится к фоновым заболеваниям вульвы и влагалища?
  2. Что относится к предраковым заболеваниям вульвы и влагалища?
  3. Назовите клинические стадии заболевания крауроза вульвы.
  4. Какие методы применяются при диагностике крауроза вульвы?
  5. Методы лечения крауроза вульвы.
  6. Назовите пути метастазирования при раке вульвы.
  7. Методы лечения рака вульвы.
  8. Методы диагностики патологических состояний вульвы

**10.Тестовые задания по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

1. К ФОНОВЫМ ПРОЦЕССАМ ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. папиллома
2. фолликулит
3. липома
4. гигрома
5. крауроз

2.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

а). вульвоскопия

б).Мазок на А К

г).Клиника

в.)Гистология биоптата

д).мазок ПЦР

3.К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. Сахарный диабет
2. Возраст
3. Язвенная болезнь
4. Рецидивирующий вульвовагинит
5. Все ответы верны

4.ПРИ ПАПИЛЛОМЫ ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. Хирургическое удаление
2. Криодеструкция
3. Лазерная вапоризация
4. Химическая коагуляция
5. УВЧ

5.ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

1. вульвэктомия
2. химиотерапия
3. лучевая терапия
4. гормонотерапия
5. нет верного ответа

6.ОПТИМАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЛИПОМЫ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. солковагин
2. криодеструкция
3. УВЧ терапия
4. гормонотерапия
5. хирургическое иссечение

7.МЕСТНОСАНИРУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:

1. 1-2 дня
2. 3дня
3. 4-5 дней
4. 7-10 дней
5. Месяц

8.ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ЛИХЕНА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:

1. гормонотерапия – эстрогенами
2. Гормонотерапия андрогенами
3. Гормонотерапия клюкокортикоидами
4. УЗИ на область вульвы
5. Сидячие ванночки на область поражения с раствором марганцево- кислого калия

9.К ФАКТОРАМ РИСКА РАКА ВУЛЬВЫ НЕ ОТНОСЯТСЯ:

1. Сахарный диабет
2. Возраст
3. Язвенная болезнь
4. Рецидивирующий вульвовагинит
5. Все ответы верны

10.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

1. вульвоскопия
2. Мазок на АК
3. Клиника
4. Гистология биоптата
5. мазок ПЦР

**Ответы на тесты:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1-д | 6-д |
| 2-в | 7-г |
| 3-б | 8-д |
| 4-д | 9-б |
| 5-г | 10-в |

**11.Ситуационные задачи по теме с эталонами ответов**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

**Задача №1**

Девочка 5 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

* 1. Диагноз?
  2. Диф.диагноз?
  3. Обследование?
  4. Лечение?
  5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Лейкоплакия вульвы.
2. Склерозирующий лийхен, склерозирующий вульвит, дерматит.
3. Вульвоскопия, прицельная биопсия с гистологией, мазки на АК ,мазки на флору, бакпосев, ПЦР, биохимический анализ крови (сахар и др.).
4. Рекомендации по гигиене, диете; фонофорез с гидрокортизоном на область вульвы; крем «Овестин» на область вульвы; витаминотерапия; десенсибилизирующее лечение.
5. Благоприятный.

**Задача №2**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Липома большой половой губы справа.
2. Лимфангиома, киста бартолиновой железы, атерома, гигрома.
3. Общеклиническое, мазки на флору, gn, tr,RW, гепатит .
4. Хирургическое. Удаление липомы с гистологическим исследованием препарата.
5. Благоприятный.

**Задача №3**

Больная М. 65 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на кровянистые выделения и дискомфорт в области НПО в течение 6 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически – СД II тип, ГБIIIст. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы атрофичны. Оволосение по женскому типу. Слева на внутренней поверхности половой губы определяется язва с инфильтрированными краями, с распадом по центру ,некрозом и фибриновым налетом в D 4 см. Влагалище свободное, слизистая влагалища атрофична. Матка атрофична. Придатки не пальпируются. Своды свободные. Выделения скудные. Пальпируются паховые лимфоузлы до 2 см, плотные, спаянные с подлежащими тканями.

1. Диагноз?
2. Диф.диагноз?
3. Обследование?
4. Лечение?
5. Профилактика?

**Эталон ответа**

1. Рак вульвы III ст . СД II тип, ГБIIIст. Ожирение.
2. Туберкулезная язва, сифилитический шанкр, склерозирующий лихен.
3. Общеклиническое, ФЛГ гр.клетки, УЗИ гениталий, брюшной полости, цистоскопия, ректальное обследование, мазки на флору, gn, tr, RW.
4. Хирургическое. Расширенная вульвэктомия с лимфаденэктомией пахово-подвздошных л/у, послеоперационная химиолучевая терапия .
5. Регулярное дважды в год обследование у гинеколога, с вульвоскопией, цитологией мазков на АК (учитывая факторы риска рака репродуктивной системы – ожирение ,СД, ГБ).

**Задача №4**

Девочка 12 лет обратилась к детскому гинекологу с жалобами на зуд в области вульвы в течение последних 9 месяцев. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Ma-0, Pub-0, Adr-0, Me-0. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение отсутствует. Кожные покровы больших половых губ с явлениями лехинезации, белесоватые с перламутровым оттенком по внутренней поверхности 2\*3см, девственная плева интактна, выделений из половых путей нет. Перианальная область – Б/о

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Лейкоплакия вульвы.

2. Склерозирующий лийхен, склерозирующий вульвит, дерматит.

3. Вульвоскопия, прицельная биопсия с гистологией, мазки на АК ,мазки на флору, бакпосев, ПЦР, биохимический анализ крови (сахар и др.).

4. Рекомендации по гигиене, диете; фонофорез с гидрокортизоном на область вульвы; крем «Овестин» на область вульвы; витаминотерапия; десенсибилизирующее лечение.

5. Благоприятный.

**Задача №5**

Больная Н. 28 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на дискомфорт в области вульвы при половых контактах в течение последних 6 лет. Правильного телосложения. Повышенного питания. Соматически анамнез не отягощен. Гинекологический статус: НПО развиты соответственно возрасту и полу, большие половые губы прикрывают малые. Оволосение по женскому типу. На правой большой половой губе опухолевидное образование тугоэластической консистенции 4\*5 см, безболезненное, на ножке, не спаяно с окружающими тканями. Влагалище свободное, шейка без патологии. Тело матки и придатки не увеличено, б/б. Своды свободные. Выделения бели.

1. Диагноз?

2. Диф.диагноз?

3. Обследование?

4. Лечение?

5. Прогноз?

**Эталон ответа**

1. Липома большой половой губы справа.

2. Лимфангиома, киста бартолиновой железы, атерома, гигрома.

3. Общеклиническое, мазки на флору, gn, tr,RW, гепатит .

4. Хирургическое. Удаление липомы с гистологическим исследованием препарата.

5. Благоприятный.

**12.Перечень и стандарты практических умений.**

**Профессиональные компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-12.**

Уметь освоить методы диагностики патологии вульвы:

* Цитологическое исследование мазков с вульвы;
* Ректовагиноабдоминальное исследование.
* УЗИ, ЦДК.
* Вульвоскопия
* Участвовать в проведении УЗИ малого таза, КТ, изотопной лимфографии и ренографии, экскреторной урографии.
* Уметь интерпретировать морфологические данные.
* Составить план лечения больных с различными стадиями рака вульвы.
* Участвовать в операциях вульвэктомии простой и расширенной
* Уметь разработать план ведения больной:
* Уметь клинически интерпретировать данные бимануального влагалищного, ректовагинального исследования и визуального осмотра.
* Уметь клинически интерпретировать данные вульвоскопии, лимфографии
* Уметь клинически интерпретировать данные УЗИ и ЦДК
* Уметь клинически интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований биоптата гинекологической больной с патологией вульвы.

**Рекомендованная литература по теме занятия (по стандарту)**

**Основная:**

1. Гинекология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

**Дополнительная:**

1. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции [Электронный ресурс] : рук. для врачей / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
2. Гинекология. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям / сост. А. Т. Егорова, В. Б. Цхай, А. И. Пашов [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 140 с.
3. Гистероскопия [Электронный ресурс] : атлас и руководство / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко, Л. М. Каппушева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. : ил.
4. Инструментарий, используемый в акушерско-гинекологической практике : учеб. пособие / И.М. Бетоева, Т.С. Дзайнуков, Л.В. Майсурадзе [и др.]. - Владикавказ : СОГМА, 2014. - 77 с.
5. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / гл. ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1024 с.
6. Онкогинекология в практике гинеколога [Электронный ресурс] / М. Г. Венедиктова, Ю. Э. Доброхотова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
7. Практическая кольпоскопия [Электронный ресурс] / С. И. Роговская. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 240 с. : ил.
8. Реконструктивная и репродуктивная хирургия в гинекологии [Электронный ресурс] / ред. В. Гомел, Э. И. Брилл ; пер. с англ. А. Е. Любова. - эл. изд. - М. : Лаборатория знаний, 2016.
9. Схемы лечения. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс] / ред. В. Н. Серов, Г. Т. Сухих ; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. - (Схемы лечения).
10. Хирургическое лечение рака молочной железы и меланомы [Электронный ресурс] / ред. К. И. Бленд, М. У. Бухлер, А. Ксендес [и др.] ; пер. с англ. В. В. Пожарский ; ред.-пер. В. Д. Чхиквадзе. - 2-е изд. (эл.). - М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. - 314 с. : ил.
11. Цитологическое исследование цервикальных мазков - Пап-тест [Электронный ресурс] / Н. Ю. Полонская, И. В. Юрасова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
12. Клинические протоколы по специальности акушерство и гинекология. Ссылка доступна по http://kraszdrav.ru/documents/poryadki\_okazaniya\_meditsinskoy\_pomoshchi/klinicheskie\_rekomendatsii\_protokoli\_lecheniya

**Законодательные и нормативно-правовые документы**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Вид документа** | **Принявший орган** | **Дата** | **Номер** | **Название документа** |
| 1. | Приказ | Министерство здравоохранения Российской Федерации | От 01.11.12 | № 572-н | «Порядок оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология (за исключением вспомогательных репродуктивных технологий)» |
| 2. | Приказ | Министерство здравоохранения Российской Федерации | От 03.12.09 | № 944н | «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» |

1. **Базально-клеточная гиперактивность - гиперплазия базальных кле­ток многослойного плоского эпителия.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **Вертикальная анизоморфность — различие морфологических особен­ностей и неравномерность величины слоев клеток единого плоского эпите­лия по вертикали.** [↑](#footnote-ref-2)
3. **Стратификация — правильное чередование этажности слоев много­слойного плоского эпителия.** [↑](#footnote-ref-3)