

Информация для пациентов (на основе Клинических рекомендаций)

<u>1. Внематочная (эктопическая) беременность</u>	<u>2</u>
<u>2. Выкидыш (самопроизвольный аборт).....</u>	<u>3</u>
<u>3. Выпадение женских половых органов</u>	<u>5</u>
<u>4. Гиперплазия эндометрия</u>	<u>7</u>
<u>5. Женское бесплодие</u>	<u>9</u>
<u>6. Искусственный аборт (медицинский аборт).....</u>	<u>12</u>
<u>7. Истмико-цервикальная недостаточность</u>	<u>14</u>
<u>8. Миома матки.....</u>	<u>16</u>
<u>9. Неэпителиальные опухоли яичников</u>	<u>18</u>
<u>10. Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затылочном предлежании).....</u>	<u>19</u>
<u>11. Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением шипцов или с применением вакуум-экстрактора)</u>	<u>22</u>
<u>12. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты).....</u>	<u>24</u>
<u>14. Пограничные опухоли яичников</u>	<u>28</u>
<u>15. Полипы эндометрия</u>	<u>29</u>
<u>16. Послеродовое кровотечение</u>	<u>31</u>
<u>17. Привычный выкидыш</u>	<u>32</u>
<u>18. Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины.....</u>	<u>34</u>
<u>19. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения</u>	<u>36</u>
<u>20. Синдром гиперстимуляции яичников</u>	<u>39</u>
<u>21. Синдром поликистозных яичников</u>	<u>41</u>
<u>22. Эндометриоз</u>	<u>44</u>

1. Внематочная (эктопическая) беременность

Внематочная беременность - это патологическое состояние беременности, при котором оплодотворенная яйцеклетка закрепляется вне полости матки. Эктопическая беременность относится к категории повышенного риска для здоровья женщины, без оказания врачебной помощи она может привести к смертельному исходу.

При малейшем подозрении на возникновение внематочной беременности, требуется срочное обращение в гинекологическое отделение.

По статистическим данным, рост частоты проявления внематочной беременности связывается с увеличением количества воспалительных процессов внутренних половых органов, увеличением числа хирургических операций с целью контроля над деторождением, использование ВМК, лечением отдельных форм бесплодия и искусственным оплодотворением.

В случае несвоевременной диагностики и без адекватного лечения внематочная беременность может представлять опасность и для жизни женщины. Кроме того, внематочная беременность может привести к бесплодию. У каждой 4-й пациентки развивается повторная внематочная беременность, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс в малом тазу, а у 3/4 женщин после оперативного лечения возникает вторичное бесплодие.

Предотвращение внематочной беременности невозможно, но сократить риск летального исхода сможет динамическое посещение врача-гинеколога. Входящие в категорию повышенного риска беременные должны проходить полноценное обследование для исключения запоздалого определения эктопической беременности.

2. Выкидыш (самопроизвольный аборт)

Ранние потери – наиболее частое осложнение беременности, оно встречается в 15-20% случаев от числа всех наступивших беременностей. В настоящее время методы обследования настолько чувствительны и точны, что позволяют установить факт беременности на очень раннем сроке, до появления плодного яйца в полости матки или за ее пределами. При появлении во время беременности таких симптомов, как интенсивная боль внизу живота, в пояснице, в плече или кровотечения из половых путей необходимо срочно обратиться к врачу. Врач проведет обследование, включающее анализы крови и ультразвуковое исследование для того, чтобы установить локализацию плодного яйца (в полости матки или вне ее) и жизнеспособность эмбриона. Иногда для того, чтобы поставить правильный диагноз требуется наблюдение, так как четко установить локализацию или жизнеспособность эмбриона при первом осмотре не представляется возможным. В этом случае врач может предложить Вам госпитализацию (при подозрении на внематочную беременность или при сильном кровотечении) или наблюдение в домашних условиях при отсутствии обильных кровяных выделений. Согласно рекомендациям врача, в ряде случаев необходимо несколько раз сдавать анализ крови на β -ХГ с интервалом в 48 часов, чтобы выяснить, развивается ли беременность. После того, как плодное яйцо будет обнаружено в полости матки, Вам могут предложить повторное УЗИ для оценки жизнеспособности эмбриона.

Врач может рекомендовать Вам прием препаратов, способствующих вынашиванию беременности, но если беременность сохранить все же не удалось, то в большинстве случаев причиной являются нарушения в развитии плода (изменения числа хромосом или аномалии в развитии плода). Обычно такая ситуация не повторяется в будущем, однако, если это у Вас уже не первая потеря беременности, Вам предложат пройти специальное обследование для выявления факторов риска и причин потерь беременности.

При неразвивающейся беременности или неполном выкидыше существует несколько вариантов эвакуировать погибшее плодное яйцо из полости матки. Одна тактика называется выжидательной, когда Вы ждете полного выкидыша 7-14 дней, после чего выполняется УЗИ. Если в процессе ожидания начинается сильное кровотечение, Вы должны немедленно обратиться в медицинскую организацию, причем предусмотреть возможность сделать это круглосуточно.

Другая тактика состоит в медикаментозном прерывании погибшей беременности. В этом случае после проведения обследования врач выдаст Вам таблетки, под действием которых ускоряется процесс выкидыша и минимизируется кровопотеря. При этом Вас могут беспокоить боли (можно выпить обезболивающий препарат) и возможно повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

И, наконец, третий метод – хирургический. Он является предпочтительным, если у Вас низкий гемоглобин, большая потеря крови, воспалительный процесс или нет возможности быстро и круглосуточно обратиться в медицинскую организацию, например, в виду его удаленности от места Вашего проживания. На период проведения процедуры Вас госпитализируют (в стационар или в стационар одного дня) и используя один из методов обезболивания хирург опорожнит полость матки одним из способов – вакуум прибором или специальными хирургическими инструментами. Вы можете обсудить тот или иной метод прерывания неразвивающейся беременности с врачом после установления факта ранней потери беременности. После хирургического лечения может понадобиться назначение антибактериального препарата и обезболивания.

После прерывания беременности не рекомендуется заниматься сексом в течение 2 недель, далее необходимо использовать методы контрацепции в течение нескольких месяцев. Вы можете задать все интересующие Вас вопросы о планировании следующей беременности врачу-акушеру-гинекологу.

3. Выпадение женских половых органов

Среди гинекологических заболеваний около 30% приходится на опущение и выпадение органов малого таза. С каждым годом эта патология прогрессирует и «омолаживается», от нее страдают не только пожилые и уже рожавшие женщины. Все чаще она наблюдается даже у молодых, нерожавших девушек.

В норме мочевой пузырь, матку, влагалище, прямую кишкудерживают связки и мышцы. Однако естественное положение органов малого таза может быть нарушено травматичными родами, хроническими заболеваниями, в следствие генетических предпосылок, снижения уровня женских половых гормонов и т.д.

Опущение и выпадение органов малого таза - заболевание, при котором нарушаются размещение матки и стенок влагалища и наблюдается перемещение половых органов к влагалищному входу или они выпадают за его пределы.

Опущение и выпадение матки и других органов или пролапс является прогрессирующим заболеванием, но изначально протекает довольно медленно и без ярко выраженных симптомов, поэтому его замечают на более поздних стадиях.

Основными жалобами, приводящими женщину к врачу-акушеру-гинекологу при опущении стенок влагалища и выпадении матки различной степени, являются: дискомфорт при ходьбе, учащенное мочеиспускание, недержание мочи, нарушение стула.

Главное при опущении матки и стенок влагалища - не терпеть неудобства и своевременно обратиться к врачу для проведения лечение.

Врач оценивает структуру стенок и опорного аппарата влагалища, состояние матки и ее шейки. Выполняют общий анализ и посев мочи, посев мазка, УЗИ органов малого таза, цистоскопию (осмотр мочевого пузыря специальным тонким инструментом изнутри).

Недержание мочи проверяют кашлевой пробой. Женщина на гинекологическом кресле с полным мочевым пузырем, по команде врача, начинает кашлять. Если сопротивление мочеиспускательного канала из-за ослабших связок и чрезмерной подвижности недостаточно, то происходит непроизвольное выделение мочи. Иногда доктор имитирует внутрибрюшное давление нажатием тупфером (зажимом со скрученной салфеткой) на дно и заднюю стенку мочевого пузыря.

При значительном нарушении мочеиспускания выполняют комплексное уродинамическое исследование (КУДИ). Им оценивают

функцию мочевого пузыря, тонус, чувствительность и сократительную способность его стенок. При значительном опущении мочевого пузыря (3 степень и выше) КУДИ не выполняют, поскольку естественная анатомия нарушена.

Опущение стенок влагалища и выпадение матки лечится. При данной патологии возможно консервативное лечение. Оно заключается в специальной лечебной физкультуре, направленной на укрепление мышц тазового дна, ношении маточного кольца (пессария), которое вводится во влагалище и удерживает шейку матки в правильном положении. Но это является временным решением проблемы.

Радикальный и наиболее эффективный метод лечения опущения стенок влагалища и выпадения матки - хирургическое вмешательство.

4. Гиперплазия эндометрия

Гиперплазия эндометрия – это патологический процесс, при котором происходит избыточное разрастание слизистой оболочки матки, чаще возникающее на фоне задержек менструаций. В большинстве случаев этот процесс не является злокачественным, но при определенных обстоятельствах может привести к раку эндометрия.

Эндометрий циклически изменяется на протяжении каждого менструального цикла в ответ на воздействие гормонов, вырабатываемых в яичниках. Во время первой фазы менструального цикла (фолликулярной фазы) яичники активно вырабатывают женские половые гормоны (эстрогены), это способствует росту эндометрия (пролиферации). Примерно в середине менструального цикла в одном из яичников происходит овуляция, после которой формируется желтое тело (временная эндокринная железа, необходимая для наступления и поддержания беременности), секрецирующее гормон-прогестерон. Он необходим для подготовки эндометрия к имплантации эмбриона и его дальнейшего развития. Если беременность не наступает, уровни эстрогена и прогестерона уменьшаются, происходит отторжение слизистой оболочки матки (менструация). Этот процесс имеет циклический характер и повторяется каждый менструальный цикл.

Почему развивается гиперплазия эндометрия?

В большинстве случаев гиперплазия эндометрия возникает при отсутствии овуляции, на фоне избыточной продукции эстрогена и снижения прогестерона. В этих случаях происходит задержка менструации, эндометрий продолжает расти в ответ на действие эстрогенов. Весь этот процесс может приводить к нарушению клеточной дифференцировки, и является фактором риска развития онкологического процесса.

Гиперплазия эндометрия может проявиться в любом возрастном периоде, но чаще возникает на фоне ожирения, СПЯ или бесплодии, в период менопаузального перехода, когда овуляция становится редкой, а также в период менопаузы.

Помимо указанных состояний возможно развитие гиперплазии эндометрия:

- при приеме эстрогенных препаратов и тамоксифена, применяемого при РМЖ

Факторы риска возникновения гиперплазии эндометрия:

- возраст старше 35 лет
- отсутствие беременностей и родов в течение жизни

- позднее наступление менопаузы
- раннее начало менструаций
- отягощенный соматический анамнез: сахарный диабет, артериальная гипертензия
- ожирение
- курение
- семейный анамнез рака яичников, толстой кишки или матки

Диагноз гиперплазия эндометрия окончательно ставится на основании результатов патолого-анатомического исследования ткани эндометрия.

Выделяют два типа гиперплазии эндометрия:

- доброкачественная гиперплазия эндометрия (гиперплазия эндометрия без атипии)
- предраковые изменения эндометрия (гиперплазия эндометрия с атипией).

Наиболее частый симптом гиперплазии эндометрия - аномальное маточное кровотечение.

При возникновении хотя бы одного из нижеперечисленных симптомов, вам следует обратиться к акушеру-гинекологу:

- обильное кровотечение со сгустками во время менструации,
- менструация более 8 дней (обычно после задержки менструации)
- менструальные циклы короче 21 дня (считая с первого дня менструального цикла до первого дня следующего)
- межменструальные кровотечения
- любое кровотечение на фоне постменопаузы.

При наличии кровотечения необходимо проведение ультразвукового исследования органов малого таза с измерением толщины эндометрия (при утолщении эндометрия можно заподозрить гиперплазию эндометрия).

Для окончательного установления диагноза и остановки кровотечения проводится биопсия эндометрия или диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии с последующей оценкой эндометрия под микроскопом. Гиперплазию эндометрия можно лечить препаратами прогестерона, как путем введения гормональной спирали, так и путем перорального или вагинального. Длительность терапии определяется индивидуально и зависит от возраста и типа гиперплазии.

При выявлении предраковой формы гиперплазии эндометрия возможно удаление матки (гистерэктомия).

5. Женское бесплодие

Вероятность зачатия - самая высокая в первые месяцы незащищенного полового акта и постепенно снижается. Примерно у 80% супружеских пар беременность наступает в течение первых 6 месяцев.

Время зачатия увеличивается с возрастом. Способность к зачатию у женщин значительно снижается после 35 лет. У мужчины параметры спермы также снижаются после 35 лет, но способность к оплодотворению яйцеклетки может не изменяться до 50 лет.

Вероятность зачатия возрастает с частотой полового акта каждые 2 дня. У мужчин с нормальным качеством спермы, ее концентрация и подвижность остаются нормальными даже при ежедневной эякуляции.

Вероятный интервал зачатия определяют, как 6-дневный интервал, заканчивающийся в день овуляции. Но, наиболее оптимальное время для зачатия, это последние 2-3 дня перед овуляцией, определяемой по мочевому тесту. Определение оптимального интервала зачатия наиболее актуально у супружеских пар с редкими половыми контактами.

Использование вагинальных смазок на водной и силиконовой основе, а также оливковое масло, могут ухудшать выживаемость сперматозоидов и снижать вероятность зачатия.

Нет никаких доказательств, что положение тела во время полового акта и после него может влиять на вероятность зачатия.

Здоровый образ жизни, правильное питание, нормальная масса тела могут увеличить вероятность зачатия у женщин с овуляторной дисфункцией. Время зачатия увеличивается в 2 раза при ожирении и в 4 раза - при недостаточной массе тела.

Женщина, планирующая беременность, должна до зачатия и до 12 недель беременности принимать фолиевую кислоту** для снижения риска аномалий нервной трубки у плода.

Курение, потребление алкоголя и кофеина может отрицательно влиять на возможность наступления беременности. Потребление алкоголя более 20 г этанола в день увеличивает риск бесплодия на 60%, курение увеличивает риск бесплодия в 1,6 раз, высокий уровень потребления кофеина (500 мг или более 5 чашек в день) снижает шансы наступления беременности в 1,45 раз. Посещение сауны не снижает шансы на зачатие у женщины и безопасно при неосложненной беременности. У мужчин образ жизни целесообразно направить на уменьшение тепловых воздействий на яички.

Мужчина и женщина, планирующие беременность и имеющие хронические вирусные инфекции, такие как гепатит В, гепатит С или ВИЧ,

должны быть направлены в специализированные центры, имеющие соответствующий опыт и возможности для обеспечения адекватного наблюдения с оценкой всех рисков в отношении рождения здорового потомства.

Для женщин моложе 35 лет консультации врача-акушера-гинеколога для обследования и лечения следует начинать после 12 месяцев безуспешных попыток естественного зачатия. Для женщин старше 35 лет - через 6 месяцев.

Для обследования в связи с отсутствием беременности супружеской паре необходимо обратиться к врачу-акушеру-гинекологу и врачу-урологу для первичной консультации.

Обследование супружеской пары начинают одновременно: женщина - у врача-акушера-гинеколога, мужчина - у врача-уролога. Обследование проводят в женской консультации и поликлинике.

Обследование для выявления причины бесплодия у женщины включает:

- беседу с врачом для оценки жалоб и данных о характере менструаций, ранее перенесенных заболеваниях, предшествующем лечении;
- исследование на наличие инфекций;
- оценку овуляции (по данным мочевого теста на овуляцию и уровню прогестерона в крови, определяемому за 6-7 дней до предполагаемой менструации);
- оценку проходимости маточных труб по данным рентгенологического исследования (гистеросальпингографии или эхогистеросальпингоскопия);
- оценку матки и ее придатков по данным ультразвукового исследования (размеры матки, яичников, количество фолликулов в яичниках);
- оценку уровня половых гормонов, гормонов щитовидной железы.

Перечень обследования у мужчины определяет врач-уролог.

Обследование занимает 1-2 месяца. По результатам обследования врач назначает лечение. При выявлении патологии в полости матки (полипы, подслизистые миомы, синехии) необходимо проведение хирургической гистероскопии, при подозрении на эндометриоз, опухоли яичников - хирургической лапароскопии.

В 10-15% случаев у супружеской пары не удается установить причину бесплодия. У таких пар самым эффективным методом лечения является ЭКО.

Программа ЭКО включает:

- стимуляцию функции яичников для того чтобы вызвать рост не одного, а нескольких фолликулов и получить несколько яйцеклеток для оплодотворения;
- пункцию фолликулов и забор яйцеклеток,
- оплодотворение яйцеклеток спермой;
- культивирование эмбрионов;
- перенос эмбрионов в полость матки.

Результат программы ЭКО оценивают через 14 дней по мочевому тесту на беременность или по уровню ХГЧ в крови.

Ожидаемая частота наступления беременности у женщин до 35 лет составляет около 30%. После 35 лет этот показатель снижается в 2 раза, а после 40 лет достигает минимальных значений. С возрастом организм женщины стареет, и, хотя запас фолликулов в яичниках еще есть, начинают созревать яйцеклетки, неспособные дать нормальный генетический потенциал эмбриону. При переносе таких эмбрионов в полость матки беременность не наступает или прерывается на раннем сроке.

Необходимость подготовки к программе ЭКО и перечень лечебных мероприятий определяет врач по результатам амбулаторного обследования. Женщинам с ожирением ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг}/\text{м}^2$) рекомендовано снижение массы тела и коррекция метаболических нарушений, женщинам с недостаточной массой тела ($\text{ИМТ} < 18,5 \text{ кг}/\text{м}^2$) - набор массы тела. Нормальная масса тела - залог большего успеха ЭКО.

6. Искусственный аборт (медицинский аборт)

Аборт является небезопасной процедурой и сопряжен с риском различных осложнений!

Медицинский аборт может выполняться медикаментозным или хирургическим методом. При хирургическом вмешательстве непосредственно во время операции возможны следующие осложнения: осложнения анестезиологического пособия, травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов, кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др. К осложнениям в послеоперационном периоде относятся: скопление крови и остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключающего удаление матки и др. При выполнении аборта медикаментозным методом также наблюдаются осложнения, такие как остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение, при развитии которых необходимо завершить аборт хирургическим путем.

Отдаленными последствиями и осложнениями аборта являются: бесплодие, хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки, adenомиоз, нарушение функции яичников, внематочная беременность, невынашивание беременности, различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды, нарушение родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде. Доказана связь аборта с развитием сердечно-сосудистых заболеваний, рака молочной железы нервно-психических расстройств.

Перед принятием окончательного решения о проведении аборта Вы должны обязательно быть проконсультированы психологом/психотерапевтом или другим специалистом, к которому Вас направит лечащий врач для доабортного консультирования. Также Вам будет выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ), в ходе которого Вы услышите сердцебиение плода. Вы не должны прибегать к аборту, если точно не уверены, что хотите прервать беременность, или у Вас нет медицинских показаний для этого.

Если аборта проводится до 12 недель без наличия медицинских или социальных показаний (по Вашему настоянию), то его можно выполнить не

ранее соблюдения «недели тишины»: 48 часов с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 4-6⁶ недель или при сроке беременности 10-11⁴ недель, но не позднее окончания 12-й недели беременности, и не ранее 7 дней с момента обращения в медицинскую организацию для искусственного аборта при сроке беременности 7 – 9⁶ недель беременности.

При выполнении медикаментозного аборта до 12 недель Вам будут назначены лекарственные средства, которые надо будет принимать с точностью, указанной Вам лечащим врачом. Данные лекарственные средства вызывают гибель плода, а затем его изгнание из полости матки. После приема препаратов Вы останетесь под наблюдением в течение 1,5-4 часов.

Перед выполнением хирургического аборта (вакуум-аспирация плодного яйца) до 12 недель Вам будет выполнено обезболивание. Продолжительность Вашего наблюдения в условиях стационара будет определена лечащим врачом с учетом Вашего состояния и составит не менее 3-4 часов.

В случае изменения решения о проведении аборта при приеме первых таблеток в случае медикаментозного аборта Вы должны немедленно обратиться к врачу, который выполнит УЗИ, и в случае наличия сердцебиения у плода назначит лечение, направленное на сохранение беременности. При этом Вы должны знать, что таблетки могут оказывать негативное воздействие на здоровье будущего ребенка, поэтому перед принятием решения об искусственном прерывании беременности Вы должны быть твердо уверены в правильности и окончательности этого решения.

Еще до выполнения медицинского аборта Вам будут даны рекомендации по контрацепции, которая назначается сразу после выполнения аборта (гормональная контрацепция или введение внутриматочного контрацептива). Вы должны использовать контрацепцию с целью профилактики аборотов до планирования деторождения.

7. Истмико-цервикальная недостаточность

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) – это неспособность шейки матки выполнять свою запирательную функцию во время беременности, в результате чего могут произойти выкидыши или преждевременные роды.

Причин для этого состояния много, среди них: слабость соединительной ткани, воспаление, генетическая предрасположенность, повышенная нагрузка на шейку матки (например, если Вы вынашиваете близнецов), врожденные особенности матки и шейки матки. Есть ситуации, когда шейка матки была повреждена в результате родов, абортов, выкидышей или операций в связи с дисплазией шейки матки.

Какова бы не была причина, в результате шейка матки укорачивается и по мере прогрессирования беременности может раскрыться. Это опасно, так как может приводить к позднему выкидышу или преждевременным родам.

Обычно состояние шейки матки оценивают на ультразвуковых скринингах. Но есть ситуации, когда врач может назначить Вам дополнительные исследования, если у Вас уже были проблемы с вынашиванием предыдущей беременности. В таком случае будет необходимо прийти на дополнительное УЗ исследование для измерение длины шейки матки вагинальным датчиком.

В случае, если укорочение шейки матки будет прогрессировать, Вам предложат введение во влагалище своеобразного «кольца» - пессария. Акушерский пессарий - метод выбора лечения ИЦН после 24 недель беременности и при многоплодной беременности, в этом случае он наиболее безопасен.

Альтернативой пессарию является наложение швов на шейку матки. Которое проводится в стационаре. Эта операция проводится с применением обезболивания, занимает около 15 минут. В результате шейку матки «держат» специальные швы, которые поддерживают ее функцию до 36-37 недель беременности. По достижении данного срока Вас пригласят для снятия швов с шейки матки. Эта манипуляция проводится амбулаторно, без обезболивания и обычно занимает несколько минут.

Какой бы способ Вы с врачом не предпочли, нужно помнить, что беременность, осложненная ИЦН - это беременность повышенного риска, поэтому необходимо побольше отдыхать, не поднимать тяжести, избегать тепловых процедур. Если появляются кровянистые или жидкие выделения из влагалища, схватки, боли внизу живота или во влагалище необходимо

срочно вызвать скорую помощь для госпитализации. Если роды начались - шов или акушерский пессарий удаляется из влагалища.

В целом, при своевременной диагностике и лечении в подавляющем большинстве случаев удается доносить беременность и родить здорового ребенка.

8. Миома матки

Миома матки — одна из самых распространенных опухолей женских половых органов.

В значительной степени на развитие этой доброкачественной опухоли оказывают влияние воспалительные заболевания и abortionы. У женщины, перенесшей к 30 годам 10 абортов, риск образования миомы матки к 40 годам возрастает в 2 раза. Абсолютно достоверно, что намного чаще миомы матки встречаются у нерожавших женщин.

В 30-40% случаев склонность к развитию миомы матки передается по наследству: от матери к дочери. Существуют так называемые «семейные формы» миомы матки, когда у всех женщин в семье — бабушки, мамы, тети, сестры — были миомы.

Течение миомы матки может быть бессимптомным и не вызывать жалоб у пациенток. Выявляется миома чаще всего на диспансерном осмотре у врача-акушера-гинеколога. При симптомном течении заболевания первыми признаками миомы могут быть боли внизу живота или в области поясницы, кровотечения, изменения менструального цикла, нарушение функций соседних органов, например — учащенное мочеиспускание. Для того, чтобы определить количество узлов, их размеры, расположение и т. д., необходимы специальные исследования: Ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное), МРТ органов малого таза. Иногда при нетипичном расположении миомы результаты УЗИ могут быть недостоверными.

Бессимптомные миомы матки небольших размеров подлежат диспансерному наблюдению.

При наличии симптомов заболевания можно проводить медикаментозную терапию (для купирования симптомов).

У пациенток, планирующих реализацию репродуктивной функции, возможно проведение реконструктивно-пластических операций. Однако проведение органосохраняющих операций чревато рецидивированием заболевания.

В настоящее время возможно проведение миомэктомии, гистерэктомии (удаление матки) лапароскопическим доступом.

После лапароскопии заметны только маленькие «точки» 0,5-1 см, так как делаются лишь 5 мм-проколы для инструментов. Срок пребывания в больнице сокращается до 1-2 дней, и сразу после выписки пациентка может вести прежний образ жизни.

Объем оперативного вмешательства является врачебной тайной (кроме самой пациентки и врача-акушера-гинеколога никто не знает, какую именно операцию она перенесла).

9. Неэпителиальные опухоли яичников

Рекомендуется: при осложнениях ХТ – связаться с врачом-онкологом.

1. При повышении температуры тела до 38 °С и выше:

- Обратиться к врачу-онкологу для решения вопроса о целесообразности начала прием антибиотиков

2. При стоматите:

- диета – механическое,

- Обратиться к врачу

- обрабатывать полость рта по рекомендации врача-онколога.

3. При диарее:

- диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку. Можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар. Обильное питье.

- Обратиться к врачу

4. При тошноте:

Обратиться к врачу

10. Нормальные роды (роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в затыloчном предлежании)

Что такое нормальные роды?

Нормальные роды – это своевременные (в 37⁰ - 41⁶ недель беременности) роды одним плодом, начавшиеся самостоятельно, с низким риском акушерских осложнений к началу родов (при отсутствии преэклампсии, задержки роста плода, нарушения состояния плода, предлежания плаценты и других осложнений), прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился самопроизвольно в головном предлежании, после которых пациентка и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Могут ли быть нормальные роды при наличии акушерских осложнений до родов?

В редких случаях роды могут быть нормальными при наличии некоторых акушерских осложнений до родов, например, преэклампсии, задержки роста плода без нарушения его состояния и др.

Как протекают роды?

Роды состоят из 3-х периодов.

Первый период родов – время от начала родов до полного раскрытия маточного зева. Этот период родов состоит из латентной и активной фазы. Латентная фаза характеризуется слабыми сокращениями матки (иногда болезненными) и медленным раскрытием шейки матки до 5 см. Эта фаза может длиться до 20 часов у первородящих женщин и до 14 часов у повторнородящих женщин. Активная фаза характеризуется регулярными болезненными сокращениями матки (схватками) и раскрытием шейки матки до полного раскрытия. Продолжительность активной фазы обычно не превышает 12 часов в первых родах и 10 часов в последующих родах. Схватки во время активной фазы происходят 1 раз в 2-3 минуты.

Второй период родов – время от полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка. Во время этого периода пациентка ощущает сильное желание тужиться (потуги), которые возникают каждые 2-5 минут. Продолжительность второго периода родов при первых родах обычно составляет не более 3 часов, при повторных – не более 2 часов, но при использовании эпидуральной анестезии продолжительность может быть на час больше.

Третий период родов – время от рождения ребенка до рождения послода. Обычно третий период родов завершается в течение 15-30 минут.

Как я должна вести себя во время родов?

При отсутствии противопоказаний во время родов, особенно в первом периоде, рекомендована активность и принятие удобной для Вас позы. Во время потуг также поощряется свободное удобное для Вас положение, если это не мешает контролю состояния плода и оказанию пособия в родах.

Может ли мой партнер присутствовать при родах?

Присутствие партнера при родах поощряется в случае его (ее) подготовки к помощи и присутствии при родах.

Буду ли я испытывать боль во время родов?

Обычно роды сопровождаются болезненными ощущениями во время схваток (примерно 60 секунд) с последующим расслаблением. Необходимо правильно дышать и быть спокойной для минимизации болезненных ощущений.

Будут ли мне обезболены роды?

Первоначально рекомендуется применить немедикаментозные методы обезболивания родов, такие как правильная техника дыхания, использование мяча, массаж, теплые компрессы, холод на спину в случае болей в пояснице и другие, которые оказываются эффективными в большинстве случаев. При неэффективности немедикаментозных методов при Вашем желании, отсутствии противопоказаний и возможности медицинской организации может быть проведена эпидуральная анальгезия. Следует знать, что эпидуральная анальгезия ассоциирована с повышенным риском удлинения продолжительности родов.

Надо ли мне брить волосы на промежности до родов?

Нет, бритье волос на промежности не обязательно, и делается только по Вашему желанию.

Будет ли мне проведена очистительная клизма до родов?

Нет, очистительная клизма не обязательна, и может быть сделана только по Вашему желанию.

Какие вмешательства будут мне проводиться во время родов со стороны медицинского персонала?

Вам будет установлен венозный катетер (обычно в локтевую вену) с целью возможности быстрой помощи при кровотечении в случае его начала. Также Вам будут проводиться влагалищные исследования – при поступлении в стационар, затем каждые 4 часа в активную фазу первого периода родов и каждый час во время потуг, а также в случае наличия показаний, например, перед эпидуральной анальгезией или при излитии околоплодных вод, и после родов для оценки целостности родовых путей и зашивания разрывов в случае их выявления. Еще Вам будет проводиться пальпация плода (определение его положения через брюшную стенку) и аускультация плода

(выслушивание сердцебиения плода) при помощи акушерского стетоскопа, а в случае выявления каких-либо нарушений – кардиотокография (КТГ) плода. Возможно, потребуется проведение УЗИ плода при нарушении его состояния или для уточнения его положения. Сразу после рождения ребенка через венозный катетер Вам будут введены утеротоники для профилактики кровотечения.

Могу ли я есть и пить во время родов?

Во время родов рекомендован прием жидкости и при отсутствии противопоказаний – легкой пищи. При этом прием твердой пищи не рекомендован.

Смогу ли я пользоваться туалетом во время родов?

Во время родов Вам необходимо регулярно мочиться, и Вы можете пользоваться туалетом и душем при наличии данной возможности в медицинской организации. В противном случае Вам будет предоставлено индивидуальное судно.

Как провести профилактику разрывов родовых путей?

Для профилактики разрывов промежности и влагалища можно использовать пальцевой массаж промежности с гелем и теплый компресс на промежность, намоченной теплой водой (43°C), во втором периоде родов, который может быть проведен акушеркой при наличии возможности.

Что произойдет, когда ребенок родится?

Когда Ваш ребенок родится при отсутствии осложнений он будет положен Вам на живот для установления контакта кожа-к-коже, укрыт, и максимально рано приложен к груди. Вся дальнейшая обработка ребенка (взвешивание, закапывание глаз, обтирание, осмотр врача-неонатолога) будут проведены позже в родильном зале.

Когда будет перерезана пуповина?

При отсутствии противопоказаний показано отсроченное пересечение пуповины – не ранее 1 минуты и не позднее 3-х минут от момента рождения ребенка.

Как долго я пробуду в родильном отделении после родов?

Обычно время наблюдения в родильном отделении не превышает 2-х часов, после чего Вы с ребенком будете переведены в послеродовое отделение.

11. Оперативные влагалищные роды (Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора)

Что такое оперативные влагалищные роды?

Оперативные влагалищные роды — это процедура, при которой врач использует специально разработанные инструменты (акушерские щипцы или вакуум-экстрактор), чтобы помочь вашему ребенку родиться.

Зачем может понадобиться эта процедура?

Есть много причин, по которым нужна помощь в родах, например:

- частота сердечных сокращений вашего ребенка говорит о том, что он, возможно, больше не может переносить процесс родов.
- ребенок не движется по родовым путям, несмотря на схватки
- другие причины (чаще медицинские), при которых самостоятельные роды невозможны.

Как избежать необходимости в оперативных влагалищных родах?

Не все роды как хотелось проходят по плану, и несмотря на то, что никто не хотел бы чтобы у них, были оперативные влагалищные роды, если все пойдет не так, как ожидалось, это может быть лучшим вариантом для вас и вашего ребенка.

Какие процедуры проводятся перед родовспоможением?

Перед проведением процедуры врач удостоверится, имеются ли возможности для рождения вашего ребенка через естественные родовые пути. Для этого врач проведет осмотр вашего живота и выполнит влагалищное исследование, чтобы проверить уровень и характер положения головы вашего ребенка.

Перед процедурой возможно будет проведено дополнительное обезболивание. Это может быть инъекция местного анестетика во влагалище или инъекция регионарного анестетика в пространство вокруг нервов на спине (эпидуральная или спинная анестезия).

Возможно, ваш мочевой пузырь будет опорожнен с помощью небольшой трубки, называемой катетером.

Что такое вакуум-экстрактор?

Вакуум-экстрактор — это инструмент, который с помощью присасывания прикрепляет специальную стерильную чашку к голове вашего ребенка.

Чашка прикреплена плотно прилежит к голове вашего ребенка. Во время схватки врач осторожно тянет за нее, чтобы помочь рождению ребенка.

Что такое акушерские щипцы?

Акушерские щипцы — это металлические инструменты, похожие на большие изогнутые ложки, которые подходят к голове вашего ребенка. Щипцы аккуратно размещают вокруг головы ребенка. Во время схватки акушер осторожно тянет, чтобы помочь рождению ребенка.

Что будет после проведения процедуры?

Когда ваш ребенок рождается, вам, возможно, сделают разрез промежности (эпизиотомию), чтобы увеличить выход из родовых путей. Если бы у вас был разрыв влагалища или разрез промежности, производят зашивание нитями, которые рассосутся в течение нескольких недель.

Неонатолог (детский врач) будет присутствовать во время родов и проверит состояние вашего ребенка вскоре после рождения, чтобы узнать, нужна ли ему помощь с дыханием и убедиться, что он здоров.

Вакуумная чашка может оставить на голове ребенка временную опухоль, называемую шиньоном, которая регрессирует спонтанно в течение нескольких дней (реже недель) и обычно не требуют лечения.

Щипцы могут оставлять небольшие отметины на головке вашего ребенка. Обычно они исчезают в течение одного или двух дней.

Потребуются ли мне оперативные влагалищные роды при последующей беременности?

Помощь в родах чаще всего требуется при первой беременности. Большинству женщин, перенесших влагалищные роды, в следующий раз они не понадобятся.

12. Патологическое прикрепление плаценты (предлежание и врастание плаценты)

Врастание плаценты – это осложнение беременности, при котором плацента достаточно плотно фиксируется к стенке матки или же врастает в нее.

В норме в конце родов плацента отделяется от стенки матки и рождается (т.н. рождение последа). При патологическом прикреплении плаценты ее чрезмерная фиксация к стенке матки нарушает процесс отделения плаценты, приводит к ее задержке в полости матки и развитию осложнений, самыми опасными из которых являются послеродовое кровотечение, удаление матки.

Предлежание плаценты - это осложнение беременности, при котором плацента располагается низко относительно внутреннего зева, что может быть следствием кровотечений, как на протяжении беременности, так и в родах.

Врастание, предлежание плаценты являются абсолютным показанием к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения. Кесарево сечение при врастании плаценты выполняется в 34-36 недель беременности, при предлежании в 37-39 недель беременности. Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар 3 уровня. В случае начала родовой деятельности, разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, кровотечения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар. В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. При плановой госпитализации Вы будете должны отказаться от приема пищи за 8 часов, и прозрачных жидкостей – за 2 часа до планируемого родоразрешения. К прозрачным жидкостям относятся вода, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай и кофе.

Перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги

компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмболических осложнений, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Вы будете должны удалить волосы с области предполагаемого разреза (промежность, лобок, нижняя часть живота).

Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений. При необходимости перед операцией Вам могут провести дополнительные методы исследования – цистоскопия, стентирование мочевого пузыря. С целью снижения объема кровопотери, перед операцией могут быть проведены эндоваскулярные методы гемостаза.

Так как врастание плаценты связано с риском удаления матки, перед операцией Вы подпишите согласие на операцию по удалению матки при невозможности ее сохранения.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевой катетер на время и первые часы после операции. В процессе оперативного вмешательства, при необходимости, Вам может быть проведено ультразвуковое исследование для уточнения хирургической тактики.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств (перевязка сосудов, оставление плаценты *in situ*, ушивание дефекта мочевого пузыря, мочеточников) и переливания донорской крови и ее компонентов (плазмы, эритроцитарной массы, тромболейкомассы), а также других белоксодержащих препаратов. После ознакомления Вы должны подписать согласие на проведение данных манипуляций. В процессе операции, с целью снижения риска послеродового кровотечения, Вам будет установлен внутриматочный баллон, который будет извлечен через 6 часов после окончания операции.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Удаление шовного материала проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (>5 кг), воздержание от половой жизни, а при ее возобновлении – использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки. Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения. Планирование следующей беременности, учитывая наличие у Вас рубца на матке, рекомендовано не ранее чем через 1 год после родоразрешения после контрольного УЗИ с оценкой состояния рубца.

Вы должны знать, что кесарево сечение является достаточно безопасной операцией, однако возможны осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде:

- Очень часто - повторное кесарево сечение при последующих родоразрешениях (1 случай на каждые 4 операции).
- Часто - боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции (9 случаев на каждые 100 операций).
- Часто - повторная госпитализация, послеродовая инфекция (5-6 случаев на 100 операций).
- Часто – травмы плода, например, рассечение кожи скальпелем (2 случая на 100 операций).
- Не часто - повторная операция в послеоперационном периоде, госпитализация в отделение интенсивной терапии (5-9 случаев на 1000 операций).
- Не часто - разрыв матки в последующей беременности/родах, предлежание и врастания плаценты, кровотечение (1-8 случаев на 1000 операций).
- Редко - тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника во время операции (1-5 случаев на 1000 операций).
- Очень редко - смерть (1 женщина на 12 000 операций).

Также Вы должны быть осведомлены, что наличие рубца на матке может в дальнейшем снизить Вашу fertильность (способность к зачатию и деторождению). Также Вы должны знать, что после оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается снижение лактации.

Форма согласия на операцию:

Рекомендованная форма согласия на операцию при предлежании/врастании плаценты должна содержать следующие пункты:

- описание рисков, связанных с врастанием плаценты (массивная кровопотеря, необходимость переливания элементов крови, повреждение мочевого пузыря, мочеточников, соседних органов и структур, гистерэктомия),
- гнойно-септических и тромбоэмбологических осложнений
- согласие на дополнительные вмешательства при массивной кровопотери (эмболизация, перевязка сосудов, оставление плаценты *in situ* гистерэктомия) и других осложнениях (ушивание дефекта мочевого пузыря, мочеточников), переливание крови и форменных элементов.

14. Пограничные опухоли яичников

1. При появлении жалоб на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, нарушение мочеиспускания, кровянистые выделения из половых путей обратиться к врачу-акушеру-гинекологу, врачу-онкологу.
2. При нарушении репродуктивной, гормональной функции обратиться к врачу-акушеру-гинекологу, врачу-эндокринологу, врачу-онкологу.
3. С целью заместительной гормонотерапии обратиться к врачу-акушеру-гинекологу, врачу-эндокринологу, врачу-онкологу.

15. Полипы эндометрия

Полипы эндометрия – разрастания слизистой оболочки полости матки, по форме напоминающие каплю или гриб. Полипы могут иметь размеры от нескольких миллиметров до 2-3 сантиметров и находиться в полости матки по одному, или несколько одновременно. Полипы – достаточно распространенное заболевание и встречается у 7,8-12% всех женщин. Полипы могут проявляться обильными или длительными менструациями, а также кровянистыми выделениями, возникающими не зависимо от дня цикла, но зачастую полипы остаются бессимптомными и являются случайной находкой на ультразвуковом исследовании органов малого таза (УЗИ). Кроме того, полипы эндометрия мешают наступлению беременности. В подавляющем большинстве случаев полипы являются доброкачественным заболеванием. Риск выявления атипических или раковых клеток в полипах увеличивается с возрастом, достигая максимума в постменопаузе, и составляет от 0,3 до 5,4%.

Причины возникновения полипов окончательно не изучены. Считается, что в основе заболевания лежат хроническое воспаление, нарушения молекулярных взаимодействий в эндометрии, а также нарушения чувствительности матки к гормонам. К факторам риска возникновения полипов относится старший возраст, лишний вес, артериальная гипертензия, прием препарата тамоксифена**, синдром Линча. Прием гормональных пероральных контрацептивов или менопаузальной гормональной терапии не вызывает развитие полипов эндометрия.

Для диагностики полипов эндометрия используют УЗИ, которое проводят сразу после окончания менструации. Иногда полипы бывает трудно обнаружить, особенно если они маленького размера. В таком случае врач может назначить дообследование в виде соногистерографии - УЗИ с введением в полость матки жидкости, что значительно увеличивает точность исследования. Однако в настоящее время данный метод в России не распространен. Врачом может быть предложено проведение диагностической гистероскопии – осмотр полости матки с помощью специальной маленькой камеры. Этот метод является одновременно и диагностикой, и лечением. При проведении гистероскопии возможно увидеть полип напрямую и одновременно удалить его.

Удаление полипов эндометрия проводится под наркозом, чаще всего внутривенным, и занимает около 15-20 минут. Удаление полипов возможно несколькими техниками: с помощью электрической петли, которая называется гистерорезектоскоп, или неэлектрическими инструментами.

Гистерорезектоскопия является более эффективным способом лечения полипов больших размеров, а также снижает частоту рецидивов, которая в среднем составляет от 10 до 20%.

Медикаментозных методов лечения полипов эндометрия на данный момент не существует. Необходимо отметить, что терапия препаратами прогестерона или гормональными пероральными контрацептивами не показала своей эффективности. С учетом частых эпизодов кровотечений, препятствия к беременности и необходимости профилактики развития онкологии, всем женщинам с выявленными полипами эндометрия рекомендуется их удалить.

После удаления полипа эндометрия, врачи-патоморфологи изучат его под микроскопом и дадут патолого-анатомическое заключение, в котором укажут есть ли в нем признаки атипии или онкологии, а также есть ли другие заболевания эндометрия. Когда подтвердится, что полип доброкачественный, дополнительного лечения не требуется. Нет убедительных данных, что препараты прогестерона или гормональные пероральные контрацептивы снижают частоту рецидивов. Если женщина не могла завести ребенка, после удаления полипа можно планировать беременность в следующем менструальном цикле.

Дальнейшее наблюдение, кратность выполнения ультразвукового исследования органов малого таза определяются врачом-акушером-гинекологом индивидуально (по возможности ежегодно).

16. Послеродовое кровотечение

Во время беременности пациентка должна иметь информацию о возможных осложнениях и, в первую очередь, о возможности кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода.

При любых признаках кровотечения из родовых путей, изменении состояния плода необходимо обратиться к акушеру-гинекологу.

Пациентка должна быть информирована, что при развитии массивного кровотечения может быть необходимым оперативное лечение, переливание компонентов крови, обеспечение катетеризации магистральных вен и применение факторов свертывания крови.

17. Привычный выкидыш

Привычным выкидышем (ПВ) называется состояние, при котором происходит прерывание 2-х и более беременностей на сроке до 22 недель. ПВ встречается у 3-5% супружеских пар. При этом вероятность выкидыша увеличивается с возрастом женщины и с ростом числа прервавшихся беременностей. Так, после 1-го выкидыша шансы успешного вынашивания беременности составляют около 85%, а после 3-х неудач падают до 38-50% в зависимости от возраста и наличия родов в анамнезе.

Здоровый образ жизни, отказ от курения и употребления алкоголя, правильное питание, нормальная масса тела увеличивают вероятность успешного вынашивания беременности. Избыточное потребление кофеина (более 5 чашек в день) также может отрицательно влиять на возможность наступления и вынашивания беременности.

Обследование для выявления причин ПВ проводится в женской консультации или в поликлинике врачом-акушером-гинекологом, при необходимости, по направлению врача-акушера-гинеколога, другими специалистами: врачом-эндокринологом, врачом-дерматовенерологом, врачом-терапевтом, врачом-генетиком.

Обследование на этапе планирования беременности включает:

- исследование на наличие инфекций, передаваемых половым путем;
- определение аутоиммунных маркеров;
- ультразвуковое обследование матки и придатков;
- оценку уровня гормонов.
- обследование мужчины обязательно включает спермограмму и другие исследования по рекомендации врача-уролога.

По результатам обследования врач может назначить лечение, дать советы по правильному образу жизни, особенностям питания.

При выявлении патологии в полости матки (полипы, подслизистые миомы, синехии, перегородка в матке) рекомендовано проведение хирургической гистероскопии с лапароскопической ассистенцией. Хирургическое лечение способствует устраниению препятствий в полости матки для прикрепления плодного яйца и способствует успешному течению беременности.

При наступлении беременности самым частым осложнением является угрожающий выкидыш, который проявляется болями и кровянистыми выделениями из влагалища. При возникновении данного осложнения необходимо срочно обратиться к врачу. Если срок беременности более 10

недель и кровянистые выделения из влагалища обильные, необходимо вызвать скорую медицинскую помощь в экстренном порядке.

В 12 недель проводится скрининг первого триместра. Этот метод имеет очень важное значение у женщин с ПВ, так как позволяет получить информацию о развитии плода, длине шейки матки, а также возможных рисках осложнений во время беременности. Исходя из результатов скрининга, может быть рекомендована консультация врача-генетика для решения вопросов о необходимости пренатальной диагностики.

Очень важно регулярно посещать врача во время беременности, выполнять назначения, касающиеся обследования и приема лекарственных препаратов. При необходимости, в случае укорочения шейки матки, может быть рекомендовано зашивание шейки матки или введение во влагалище акушерского пессария. Эти мероприятия безопасны и направлены на пролонгирование беременности.

18. Рак яичников / рак маточной трубы / первичный рак брюшины

Пациентку информируют о клинической картине и методах диагностики/стадирования РЯ, знакомят с различными методами лечения и их потенциальными результатами/осложнениями. Выбор метода лечения следует выполнять в результате такого собеседования после того, как пациентка имела возможность задать все интересующие ее вопросы. Необходимо убедить пациентку не испытывать психологического дискомфорта в связи с заболеванием и ознакомиться с научно-популярной литературой о РЯ.

Следует информировать пациентку о характере последующего наблюдения после лечения РЯ, о важности регулярного обследования.

Пациенток следует также информировать о проводимых в Российской Федерации клинических исследованиях у пациентов с соответствующей нозологической формой.

Самостоятельный контроль за течением заболевания со стороны пациентки невозможен; частота посещения врача определяется в индивидуальном порядке в каждом конкретном случае.

Преимущества отказа от табакокурения и потребления алкоголя:

- Более высокие показатели выживаемости
- Большая эффективность лечения
- Меньшее количество и выраженность побочных эффектов противоопухолевого лечения (сердечно-легочные осложнения, утомляемость, снижение массы тела, мукозиты, потеря вкуса)
- Ускоренное восстановление общего состояния после лечения
- Низкий риск рецидива
- Меньший риск вторых опухолей
- Меньший риск инфекций
- Выше качество жизни

Рекомендации при осложнениях химиотерапии/лучевой терапии – связаться с онкологом/химиотерапевтом/лучевым терапевтом!

1) При повышении температуры тела 38 °С и выше:

- Рекомендовано применение противомикробной терапии по рекомендации врача-онколога/химиотерапевта.

2) При стоматите:

- Диета – механическое, термическое щажение;
- Частое полоскание полости рта (каждый час) – ромашки аптечной цветки, дуба кора, шалфея лекарственного препарата; смазывать слизистую полости рта облепиховым (персиковым) маслом;

- Обрабатывать полость рта по рекомендации врача-онколога/химиотерапевта.

3) При диарее:

- Диета – исключить жирное, острое, копченое, сладкое, молочное, клетчатку. Можно нежирное мясо, мучное, кисломолочное, рисовый отвар. Обильное питье;

- Принимать препараты по рекомендации врача-онколога/химиотерапевта.

4) При тошноте:

- Принимать препараты по рекомендации врача-онколога/химиотерапевта.

19. Роды одноплодные, родоразрешение путем кесарева сечения

У Вас были выявлены показания для оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения. Кесарево сечение является распространенной операцией и выполняется в 25-30% всех родоразрешений. Обычно (при отсутствии особых показаний) кесарево сечение выполняется в 39-40 недель беременности.

Для родоразрешения Вас заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар. В случае начала родовой деятельности или разрыва плодных оболочек до предполагаемой даты родоразрешения, Вам необходимо срочно вызвать бригаду скорой помощи для госпитализации в акушерский стационар.

В стационаре Вам будет выполнен необходимый перечень лабораторных и инструментальных исследований в зависимости от акушерской ситуации. При плановой госпитализации Вы будете должны отказаться от приема пищи за 8 часов, и прозрачных жидкостей – за 2 часа до планируемого родоразрешения. К прозрачным жидкостям относятся вода, фруктовый сок без мякоти, газированные напитки, чай и кофе.

Перед операцией Вас проконсультируют врач-акушер-гинеколог и врач-анестезиолог-реаниматолог. Вы будете обязаны сообщить врачам обо всех известных Вам проблемах, связанных с Вашим здоровьем, наследственностью, аллергических реакциях, индивидуальной непереносимостью лекарственных препаратов и продуктов питания, а также о курении табака, злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами в настоящее время и в прошлом. Врач-анестезиолог-реаниматолог выберет наиболее подходящий для Вас вид обезболивания во время операции. Перед операцией Вам будет необходимо надеть на ноги компрессионный трикотаж для профилактики тромбоэмбологических осложнений, который Вы будете носить на протяжении всего послеоперационного периода. Вы будете должны удалить волосы с области предполагаемого разреза (промежность, лобок, нижняя часть живота). Также перед операцией Вам проведут антибиотикопрофилактику для снижения риска гнойно-воспалительных послеоперационных осложнений.

В операционной Вам установят внутривенный катетер и мочевой катетер на время и первые часы после операции.

Вы должны быть осведомлены, что во время операции могут возникнуть различные осложнения, которые могут потребовать дополнительных вмешательств и переливания препаратов, влияющих на кроветворение и кровь.

В послеоперационном периоде Вы будете переведены в палату интенсивной терапии на необходимое время в зависимости от Вашего состояния. В послеоперационном периоде Вам продолжат обезболивание, будет предложена ранняя активизация для снижения риска послеоперационных осложнений: раннее присаживание в кровати и вставание, обычно, в 1-е сутки после родов. Прием прозрачных жидкостей возможен сразу после родоразрешения, прием пищи – через несколько часов после родов.

Время прикладывание ребенка к груди зависит от Вашего состояния и состояния Вашего ребенка, но при отсутствии показаний практикуется раннее прикладывание: во время операции или сразу после нее.

Удаление шовного материала проводится в стационаре или после выписки в случае необходимости, так как в ряде случаев практикуется применение рассасывающегося шовного материала.

После выписки из стационара Вы должны будете соблюдать лечебно-охранительный режим на протяжении первых месяцев: ограничение подъема тяжестей (>5 кг), воздержание от половой жизни, а при ее возобновлении – использование методов контрацепции по рекомендации Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога, ограничение физической нагрузки. Вы должны будете посетить Вашего лечащего врача-акушера-гинеколога через 1-1,5 месяца после родоразрешения. Планирование следующей беременности, учитывая наличие у Вас рубца на матке, рекомендовано не ранее чем через 1 год после родоразрешения после контрольного УЗИ с оценкой состояния рубца.

Вы должны знать, что кесарево сечение является достаточно безопасной операцией, однако возможны осложнения во время ее проведения и в послеоперационном периоде:

- Очень часто – повторное кесарево сечение при последующих родоразрешениях (1 случай на каждые 4 операции).
- Часто – боль в ране и дискомфорт в животе в первые несколько месяцев после операции (9 случаев на каждые 100 операций).
- Часто – повторная госпитализация, послеродовая инфекция (5-6 случаев на 100 операций).
- Часто – травмы плода, например, рассечение кожи скальпелем (2 случая на 100 операций).
- Не часто – повторная операция в послеоперационном периоде, госпитализация в отделение интенсивной терапии (5-9 случаев на 1000 операций).

- Не часто – разрыв матки в последующей беременности/родах, предлежание и врастания плаценты, кровотечение (1-8 случаев на 1000 операций).
- Редко – тромботические осложнения, повреждения мочевого пузыря, повреждение мочеточника во время операции (1-5 случаев на 1000 операций).
- Очень редко – смерть (1 женщина на 12 000 операций).

Также Вы должны быть осведомлены, что наличие рубца на матке может в дальнейшем снизить Вашу фертильность (способность к зачатию и деторождению). Также Вы должны знать, что после оперативного родоразрешения чаще, чем после родов через естественные родовые пути, отмечается снижение лактации.

20. Синдром гиперстимуляции яичников

Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) – это осложнение лечения бесплодия при стимуляции яичников в циклах естественного зачатия и в программах вспомогательных репродуктивных технологий. СГЯ возникает, если в яичниках на фоне применения специальных препаратов созревает слишком много фолликулов (более 18), которые выделяют в кровь большое количество женских половых гормонов (эстрогенов). Высокий уровень гормонов в крови изменяет свойства сосудистой стенки - она становится проницаемой для жидкой части крови, что приводит к скоплению жидкости в малом тазу и брюшной полости, а в некоторых случаях и - в плевральных полостях.

Интенсивность жалоб возрастают по мере накопления жидкости и сгущения крови. В зависимости от выраженности проявлений, различают синдром гиперстимуляции яичников легкой, средней и тяжелой степени. Госпитализация пациентов проводится при средней и тяжёлой степенях СГЯ. СГЯ легкой степени возникает примерно в 30% случаев.

Жалобы:

- дискомфорт в эпигастральной области (чувство тяжести);
- незначительное ухудшение общего самочувствия;
- тошнота, рвота;
- редкое мочеиспускание малыми порциями.

Для лечения легкой формы СГЯ достаточно соблюдать режим, регулировать стул, пить жидкость, а при необходимости врач может назначить специальное лечение в амбулаторных условиях.

Накопление жидкости в брюшной полости приводит к развитию СГЯ средней степени тяжести. Появляются жалобы на слабость, прибавку массы тела, одышку при физической нагрузке, вздутие живота, редкое мочеиспускание малыми порциями (задержка жидкости), тошноту, иногда рвоту, диарею. При появлении этих жалоб необходима госпитализация в круглосуточный стационар для проведения лечения. Обычно на фоне инфузационной терапии в течение нескольких суток состояние стабилизируется и необходимости в серьезном лечении не возникает. Однако в случае наступления беременности может потребоваться более длительное нахождение в стационаре. Если же имплантация эмбриона (прикрепление его к стенке матки) не происходит, и беременность не наступает, то СГЯ исчезает с приходом очередной менструации и редко достигает тяжелой формы.

Тяжелый СГЯ возникает редко - всего в 0,2% случаев. Вследствие выраженного сгущения крови из-за массивного выхода жидкой части крови за пределы сосудов, повышается свертываемость крови, повышается риск образования тромбов, нарушается функция многих органов (почки, печень). К вышеперечисленным жалобам присоединяются:

- головокружение, головная боль, мелькание мушек перед глазами;
- сильные распирающие боли в животе, усиливающиеся при движении, перемене положения тела;
- увеличение объема живота, его напряженность из-за скопления жидкости в брюшной полости;
- выраженное уменьшение количества мочи;
- повышение температуры тела (иногда);
- многократная рвота;
- снижение артериального давления;
- выраженная одышка уже в покое;
- сердцебиение, нарушение ритма сердца.

При развитии тяжелой формы СГЯ необходима срочная госпитализация в профильный стационар для лечения.

21. Синдром поликистозных яичников

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) является самой распространенной гормональной и репродуктивной проблемой, затрагивающей женщин детородного возраста. По статистике, от 8 до 21% женщин страдают от этого расстройства.

Диагноз СПЯ можно поставить при наличии хотя бы 2х любых из нижеперечисленных признаков:

- отсутствие овуляции в течение длительного периода времени;
- высокий уровень андрогенов (мужских гормонов);
- множество мелких кист в яичниках.

СПЯ возникает в результате нескольких факторов. Многие женщины с СПЯ имеют резистентность к инсулину, при этом состоянии организм не может использовать инсулин эффективно. Это приводит к тому, что в крови циркулирует большое количество инсулина – гиперинсулинемия. Считается, что гиперинсулинемия связана с повышенным уровнем андрогенов, а также с ожирением и сахарным диабетом 2 типа. В свою очередь, ожирение может увеличить уровень инсулина, вызывая ухудшение СПЯ.

Овуляция – это процесс, при котором зрелые (готовые к оплодотворению) яйцеклетки, освобождаются из яичников. При овуляторных проблемах репродуктивная система женщины не производит надлежащего количества гормонов, необходимых для развития яйцеклетки. Когда яичники не производят гормоны, необходимые для овуляции и нормального протекания менструального цикла, они увеличиваются и в них происходит развитие множества маленьких кист, которые производят андрогены. Повышенный уровень андрогенов может не влиять на менструальный цикл. Некоторые женщины с СПЯ имеют нормальный менструальный цикл.

Признаки и симптомы СПЯ связаны с гормональным дисбалансом, отсутствием овуляции, и резистентностью к инсулину и могут включать:

- нерегулярные, редкие или отсутствующие менструации;
- гирсутизм – избыточный рост волос на теле и лице, включая грудь, живот, и прочее;
- акне и жирную кожу;
- увеличенные яичники с множеством кист на поверхности;
- бесплодие;
- избыточный вес или ожирение, особенно вокруг талии (центральное ожирение) и живота;
- облысение по мужскому типу или истончение волос;

- затемненные участки кожи на шее, в подмышечных впадинах и под грудью.

Симптомы СПЯ могут быть похожи на другие медицинские проблемы, поэтому всегда консультируйтесь со своим врачом, который проведет дифференциальную диагностику.

Диагностика СПЯ

В дополнение к полной истории болезни и физическому обследованию, диагностические процедуры для СПЯ могут включать в себя:

- гинекологическое обследование – внешнее и внутреннее обследование женских половых органов;
- УЗИ – диагностический метод визуализации, который использует высокочастотные звуковые волны и компьютер для создания изображения кровеносных сосудов, тканей и органов. Ультразвук может определить, увеличены яичники женщины или нет, есть ли кисты, оценить толщину эндометрия. Вагинальное ультразвуковое исследование, при котором ультразвуковой датчик вводится во влагалище, иногда используется для просмотра эндометрия;
- анализ крови для определения уровня андрогенов и других гормонов.

Лечение СПЯ

Специальное лечение СПЯ будет определено врачом на основе Вашего возраста, общего состояния здоровья и истории болезни, степени расстройства, причин расстройства, ваших симптомов, вашей переносимости лекарств, процедур, ваших мнений и предпочтений, а также ожиданий от терапии.

Лечение СПЯ также зависит от наличия или отсутствия желания женщины забеременеть. Для женщин, которые хотят ребенка, назначается лечение, направленное на снижение веса и стимуляцию овуляции. Оно может включать:

- меры для **снижения веса** – здоровое питание и повышение физической активности. Эти меры позволяют также организму более эффективно расходовать инсулин, снижая уровень глюкозы в крови и могут способствовать тому, что у женщин нормализуется регулярность овуляций;
- назначение лекарств для **стимуляции овуляции**, которые помогут яичникам произвести один или несколько фолликулов и вовремя выйти созревшей для оплодотворения яйцеклетке.

Женщины часто ведут длительную борьбу с физическими изменениями, которые провоцирует СПЯ. К ним относятся: чрезмерный рост волос на теле, прыщи, избыточный вес. В качестве дополнения к диете и лекарствам,

нелишним будет электролиз и лазерное удаление волос, которые могут помочь женщине чувствовать себя уверенней в себе.

Из-за возможных отдаленных рисков, к которым приводит СПЯ (болезни сердца, сахарный диабет 2 типа), женщины с данным заболеванием должны проконсультироваться со своим врачом по поводу назначения соответственного лечения.

22. Эндометриоз

- Эндометриоз – это заболевание, когда ткань, сходная по строению с внутренней оболочкой матки (эндометрием), встречается в других местах, обычно в области таза, вокруг матки, в яичниках.
- Эндометриоз иногда бывает трудно диагностировать. Для диагностики этого заболевания, как правило, применяется УЗИ органов малого таза комплексное, а при необходимости - МРТ и КТ. Наиболее точным методом диагностики является лапароскопия.
- Эндометриоз - это хроническое заболевание, которое может влиять на Ваше физическое, сексуальное, психологическое и социальное благополучие. Наиболее частые симптомы эндометриоза: тазовая боль, болезненные, иногда нерегулярные или обильные менструации. Возможна боль во время или после полового контакта и нарушение детородной функции.
- Варианты лечения включают обезболивающие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты – по АТХ - нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты, гормоны и/или хирургическое вмешательство.
- Хирургическое вмешательство наиболее чаще проводится лапароскопическим доступом. Однако при тяжелых формах заболевания возможно проведение операции лапаротомным доступом.
- Для восстановления детородной функции медикаментозное лечение не является эффективным, необходимо проведение хирургического лечения.
- Несмотря на ограниченное количество доказательств эффективности, некоторым женщинам могут уменьшить боль и улучшить качество жизни следующие интервенции: рефлексология, чрескожная электрическая нервная стимуляция (ЧЭНС – по НМУ - Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы), иглоукалывание, витамин В1 (по АТХ - тиамин**) и препараты магния, традиционная китайская медицина, фитотерапия и гомеопатия.