

Оглавление

Предисловие к изданию на русском языке	7
Предисловие к изданию на английском языке	8
Благодарность	9
Авторский коллектив	10
Список сокращений и условных обозначений	13

Раздел I ГИНЕКОЛОГИЯ

Глава 1. Осмотр здоровой женщины	17
Глава 2. Оценка степени бесплодия	23
Глава 3. Синдром поликистозных яичников	31
Глава 4. Внутриматочные спайки	38
Глава 5. Внутриматочная перегородка	46
Глава 6. Субмукозная миома матки	55
Глава 7. Гидросальпинкс	63
Глава 8. Хламидийная инфекция, хронические тазовые боли и спайки	71
Глава 9. Воспалительные заболевания органов малого таза и tuboовариальный абсцесс	76
Глава 10. Синдром гиперстимуляции яичников	84
Глава 11. Проведение ультразвукового исследования в рамках прегравидарной подготовки	91
Глава 12. Менопауза	97
Глава 13. Постменопаузальное кровотечение	105
Глава 14. Полипы эндометрия	115
Глава 15. Гематометра у пациентки в период постменопаузы	122
Глава 16. Рак эндометрия	129
Глава 17. Лейомиосаркома	137
Глава 18. Цистаденокарцинома яичника	144
Глава 19. Пограничная опухоль яичника	154
Глава 20. Тератома яичника	161
Глава 21. Геморрагическая киста яичника	167
Глава 22. Внематочная беременность	175
Глава 23. Перекрут яичника	182
Глава 24. Синдром тазового венозного полнокровия	190

Глава 25. Эндометриоз послеоперационного рубца	197
Глава 26. Вторичная дисменорея	203
Глава 27. Миома матки	210
Глава 28. Педункулярная фиброма и эндометриоз	219
Глава 29. Осложнения, связанные с внутриматочной спиралью	226
Глава 30. Аномальные показатели ПАП-теста и дисплазия шейки матки	232
Глава 31. Остроконечные кондиломы	240
Глава 32. Первичная аменорея	247
Глава 33. Гипертрофия малых половых губ.	254
Глава 34. Склеротический лишай	259

Раздел II АКУШЕРСТВО

Глава 35. Невынашивание беременности на раннем сроке	267
Глава 36. Остаточные продукты зачатия	274
Глава 37. Поздний выкидыш и преждевременные роды	281
Глава 38. Истмико-цервикальная недостаточность.	288
Глава 39. Многоплодная беременность	295
Глава 40. Внутриутробная задержка роста плода	302
Глава 41. Маловодие	310
Глава 42. Предлежание плаценты	317
Глава 43. Прорастание плаценты	322
Глава 44. Неправильное предлежание плода	330
Глава 45. Гестационная гипертензия	336
Глава 46. Оперативное влагалищное родоразрешение	345
Глава 47. Кесарево сечение	351
Глава 48. Синдром каудальной регрессии.	362
Глава 49. Фетальный гидронефроз	370
Глава 50. Бессимптомное образование в области придатков при беременности	376
Глава 51. Образование в области придатков и тазовые боли при беременности	382
Глава 52. Аппендицит при беременности	391
Глава 53. Врожденные сердечно-сосудистые заболевания при беременности	398
Глава 54. Тромбоз глубоких вен при беременности.	405
Глава 55. Желчнокаменная болезнь при беременности	411
Глава 56. Заболевания печени при беременности	418
Глава 57. Камни в почках при беременности	424
Глава 58. Узловой зоб при беременности	430
Глава 59. Гестационная трофобластическая болезнь	436
Глава 60. Послеродовая перевязка маточных труб.	444
Предметный указатель	452

Предисловие к изданию на русском языке

Перед вами по-настоящему интересная, нужная книга. Вас приятно удивит практически полное отсутствие наукообразной схоластики и, наоборот, заострение внимания на сочетании современных инструментов, имеющихся в арсенале врачей, для совершенствования диагностики и лечения основных нозологий в специальности «Акушерство и гинекология».

В представленных главах вы не встретите хаотического метания от одного варианта лечения к другому, перечисления десятков различных методов диагностики и лекарственных средств без конкретного указания на преимущества и недостатки, что обычно ставит читателя в тупик.

Эта книга — подробное и методичное руководство к действию. Так обычно рассказывают друг другу коллеги, стремясь поделиться секретами своего мастерства или обменяться опытом.

В целом книга неформальная и оригинальная, польза от нее, надеюсь, окажется значимой.

*Тихомиров А. Л.,
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры акушерства и гинекологии
лечебного факультета ГБОУ ВО МГМСУ*

*Санья, всегда терпеливой, с профессиональной выдержкой и самообладанием.
Все авторы справочника подтверждают: «Когда мы “вырастем”,
мы хотим быть похожими на нее».*

Сириша Ю. Редди

Моему мужу и партнеру — за все твоё терпение.

Мелисса Д. Мендес

Моим любимым мальчишкам: Бранко, Ивору и Хоббсу.

Санья Купешич Плавшич

Предисловие к изданию на английском языке

Пособие «*Актуальные проблемы акушерства и гинекологии: иллюстрированный справочник*» дает возможность практикующим врачам при подготовке к проведению тренингов среди студентов-медиков изучить наиболее распространенные сценарии развития событий в акушерстве и гинекологии, а также ознакомиться с 60 различными клиническими случаями. В этой книге рассматривается широкий перечень вопросов дифференциальной диагностики и описаны клинические картины гинекологических и акушерских заболеваний у пациентов.

Использование соответствующего оформления позволяет с легкостью выявить и оценить степень основных жалоб пациенток, описать историю болезни и этапы обследования. Наличие раздела «Вопрос-ответ» после каждой главы позволяет получить ответы для разработки оптимальной стратегии диагностики и лечения. Обсуждение любого клинического случая завершается выделением ключевых моментов, резюмирующих важные особенности предметно и в сжатом формате. В завершение каждой главы представлен список наиболее актуальных исследований по данной проблеме.

Мы считаем, что данное пособие даст возможность читателям с различным уровнем знаний улучшить свои клинические навыки и способность к обоснованию умозаключений, а также пополнить свой опыт в диагностике заболеваний и ведении пациенток. Мы надеемся, что эта книга станет полезным справочником для студентов-медиков, аспирантов и практикующих врачей и поможет им эффективнее усвоить учебный материал для успешной сдачи экзаменов. Желаем удачи в обучении и дальнейшей практике!

Сириша Ю. Редди,

Мелисса Д. Мендес,

Санья Купешич Плавшич

Благодарность

Мы бы хотели поблагодарить всех наших студентов, резидентов и аспирантов, которые поставили перед нами сложную задачу и постоянно подталкивали нас к поиску ее решения. Особую благодарность стоит выразить доктору Освальдо Падилла, который любезно предоставил нам гистопатологические изображения для данной работы.

Мы также хотим поблагодарить безмерно преданных своему делу специалистов издательства Jauree Brothers Medical Publishers Ltd. (Нью-Дели, Индия), посвятивших все свое время и энергию этому проекту. Кроме этого, стоит отметить превосходную техническую поддержку, которую нам обеспечила команда издательства.

РАЗДЕЛ I

ГИНЕКОЛОГИЯ

Содержание

1. Осмотр здоровой женщины
2. Оценка степени бесплодия
3. Синдром поликистозных яичников
4. Внутриматочные спайки
5. Внутриматочная перегородка
6. Субмукозная миома матки
7. Гидросальпинкс
8. Хламидийная инфекция, хронические тазовые боли и спайки
9. Воспалительные заболевания органов малого таза и тубоовариальный абсцесс
10. Синдром гиперстимуляции яичников
11. Проведение ультразвукового исследования в рамках прегравидарной подготовки
12. Менопауза
13. Постменопаузальное кровотечение
14. Полипы эндометрия
15. Гематометра у пациентки в период постменопаузы
16. Рак эндометрия
17. Лейомиосаркома
18. Цистаденокарцинома яичника
19. Пограничная опухоль яичника
20. Тератома яичника
21. Геморрагическая киста яичника
22. Внематочная беременность
23. Перекрут яичника
24. Синдром тазового венозного полнокровия
25. Эндометриоз послеоперационного рубца
26. Вторичная дисменорея
27. Миома матки
28. Педункулярная фиброма и эндометриоз
29. Осложнения, связанные с внутриматочной спиралью
30. Аномальные показатели ПАП-теста и дисплазия шейки матки
31. Остроконечные кондиломы
32. Первичная аменорея
33. Гипертрофия малых половых губ
34. Склеротический лишай

Осмотр здоровой женщины

1

Мелисса Д. Мендес, Освальдо Падилла

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка К.В., 30 лет, количество беременностей — 3, количество родов — 2. Обратилась к гинекологу для планового осмотра. Жалобы: отсутствие менструации в течение 6 мес, до этого менструации носили регулярный ежемесячный характер. В качестве контрацепции использует внутриматочное средство (ВМС), высвобождающее левоноргестрел (Мирену[®]), которое было установлено в прошлом году после рождения второго ребенка. Тактильных жалоб на наличие ВМС не предъявляет¹. Последний ПАП-тест проводился 2 года назад и был отрицательным. Анализ на вирус папилломы человека (ВПЧ) не проводился. Вакцинирована против ВПЧ 5 лет назад. Маммография или ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желез не проводились ввиду отсутствия надобности. Анализы для определения уровня холестерина и гормонов щитовидной железы не проводились. Анализ на вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) проведен в прошлом году, во время последней беременности.

Менархе: в 13 лет.

Длительность менструального цикла: 28/5 дней.

Последняя менструация: 6 мес назад.

Акушерский анамнез: один выкидыш на сроке 8 нед с последующей дилатацией и кюретажем. Две доношенные беременности, завершившиеся самопроизвольными вагинальными родами. Последняя беременность осложнена преэклампсией легкой степени тяжести.

¹ Поскольку ее аменорея, скорее всего, является последствием использования левоноргестрела (Мирены[®]), — так и бывает. — *Примеч. науч. ред.*

Анамнез половой жизни: состоит в моногамных отношениях с супругом в течение 6 лет. Наличие в анамнезе инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), отрицает.

Контрацепция: ВМС, высвобождающее левоноргестрел (Мирена[★]).

Общий анамнез

- Жалобы на боли в грудной клетке или затруднение дыхания не предъявляет.
- Симптомы диареи или запора отрицает.
- Жалобы на учащенное мочеиспускание не предъявляет. Гематурия или дизурия не выявлены.

Перенесенные заболевания: информация отсутствует.

Хирургический анамнез: информация отсутствует.

Прививки: по плану.

Прием лекарственных средств на момент осмотра: мультивитаминный комплекс.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наличие вредных привычек: курение, употребление алкоголя и наркотических веществ отрицает.

Наследственность: без особенностей.

Общий осмотр

Основные показатели жизнедеятельности: температура тела 36,6 °С, артериальное давление (АД) 123/73 мм рт.ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) 83 в минуту, индекс массы тела (ИМТ) 25 кг/м².

Сердце: ритм правильный, тон нормальный.

Грудная клетка: аускультация легких — дыхание нормальное, хрипов нет.

Живот: мягкий, безболезненный при пальпации, гепатоспленомегалия отсутствует.

Конечности: без отеков, пульсация бедренных артерий с обеих сторон определяется.

Влагалище: стенки влагалища розового цвета, с характерными складками. Шейка матки — без патологий, выделения умеренные².

² Нити ВГС определяются правильной длины. — *Примеч. науч. ред.*

Бимануальное исследование: матка расположена кпереди, не увеличена, безболезненна при пальпации, подвижна. Придатки с обеих сторон не пальпируются.

Результаты ПАП-теста: норма (рис. 1.1), тест на ВПЧ отрицательный.

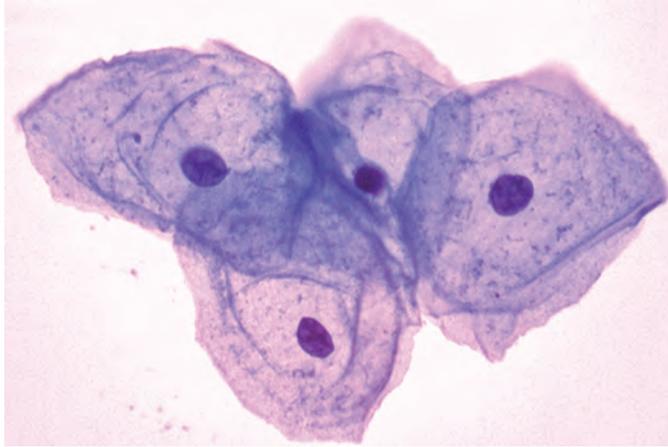


Рис. 1.1. Образец нормального мазка по ПАП-тесту

■ ВОПРОС-ОТВЕТ

1. Какие виды скринингового обследования целесообразно использовать во время гинекологического осмотра здоровой женщины?

Ответ. Клинические рекомендации для проведения гинекологического осмотра у здоровой женщины зависят от возраста пациентки. Выделяют следующие возрастные группы: девочки-подростки (13–18 лет), женщины репродуктивного возраста (19–45 лет), женщины старшего возраста (46–64 лет) и женщины старше 64 лет. В 2015 г. Американский колледж акушерства и гинекологии выпустил обновленную версию клинических рекомендаций по вопросам проведения гинекологического осмотра у здоровых женщин [1]. Для начала необходимо измерить давление и массу тела или ИМТ. Если у женщин 21 года и старше присутствуют нарушения менструального цикла, вагинальные выделения, признаки бесплодия или тазовая боль, необходимо провести гинекологический осмотр. Бимануальный тазовый осмотр показан также при проведении таких процедур, как биопсия эндометрия и введение ВМС. Решение о том, проводить ли полное гинекологическое обследование у женщины без симптомов какого-либо гинекологического заболевания, должно обсуждаться между пациенткой и ее лечащим врачом. Обследования молочных желез рекомендовано

проводить каждые 1–3 года [2]. При необходимости пациентке может быть предложен анализ на определение уровня холестерина. Также во избежание появления признаков ожирения или сердечно-сосудистых заболеваний лечащий врач должен обсудить с пациенткой варианты диеты и физических упражнений [3].

2. Каких клинических рекомендаций стоит придерживаться при проведении обследования в целях выявления рака шейки матки?

Ответ. Текущие клинические рекомендации, принятые Американским колледжем акушерства и гинекологии и Американским обществом кольпоскопии и цервикальной патологии, советуют проводить первое скрининг-исследование на выявление признаков рака шейки матки с помощью ПАП-теста с 21 года. До 29 лет включительно ПАП-тест необходимо проводить каждые 3 года [2]. У женщин в возрасте 30–65 лет скрининговый ПАП-тест проводится 1 раз в 5 лет при условии, что результаты ПАП-теста и теста на ВИЧ отрицательные [2].

3. Какие прививки можно делать здоровым женщинам во время гинекологического обследования?

Ответ. Каждой пациентке должна быть предложена вакцина в зависимости от факторов риска и возрастной группы. Если в вашем учреждении не хранятся все необходимые вакцины, то вы должны направить пациентку в другое медицинское учреждение или местный орган здравоохранения для получения соответствующей вакцины. Прививка от гриппа проводится всем пациентам ежегодно, начиная с возраста 6 мес и старше [4]. Взрослым пациентам также проводится вакцинация против столбняка, дифтерии и коклюша не менее 1 раза в зрелом возрасте и во время беременности после 28-й недели. Активную противостолбнячную иммунизацию следует проводить каждые 10 лет. Иммунизацию против кори, паротита и краснухи следует проводить не менее чем за 3 мес до зачатия, если действие предыдущей прививки уже закончилось. На основании имеющихся факторов риска пациентке может быть предложена вакцинация против менингококковой инфекции, гепатитов А и В [5].

4. Как вести пациентку с потерянными ВМС?

Ответ. По данным одного исследования, примерно у 10% пациенток ВМС установлено неправильно. Среди характерных симптомов можно назвать боль, нерегулярную менструацию, беременность и подозрение на аденомиоз [6]. Если вы подозреваете, что ВМС потеряно или смещено, то для полноценной визуализации можно провести 2D- или 3D-УЗИ. Во фронтальной проекции для визуализации нитей ВМС лучше использовать 3D-УЗИ [7]. Западение нитей ВМС считается наиболее распространенной причиной потери или смещения ВМС. Вы можете попытаться извлечь нити из цервикального канала с помощью цитологической щеточки или крючка, аккуратно введенных через наружный зев [8].

■ КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ³

- Клинические рекомендации по проведению гинекологического осмотра у здоровых женщин сгруппированы по возрастному принципу. Выделяют следующие возрастные группы: девочки-подростки (13–18 лет), женщины репродуктивного возраста (19–45 лет), женщины старшего возраста (46–64 года) и женщины старше 64 лет [1].
- У пациенток необходимо измерить давление, массу тела и ИМТ. Если у женщин 21 года и старше присутствуют нарушения менструального цикла, вагинальные выделения, признаки бесплодия или тазовая боль, необходимо провести гинекологический осмотр [1].
- Обследования молочных желез рекомендовано проводить каждые 1–3 года [2].
- При необходимости пациентке может быть предложен анализ на определение уровня холестерина. Также во избежание появления признаков ожирения или сердечно-сосудистых заболеваний лечащий врач должен обсудить с пациенткой варианты диеты и физических упражнений [3].
- Первое скрининг-исследование на выявление признаков рака шейки матки с помощью ПАП-теста проводят с 21 года. До 29 лет включительно ПАП-тест необходимо проводить каждые 3 года [2].
- У женщин в возрасте 30–65 лет скрининговый ПАП-тест проводится 1 раз в 5 лет при условии, что результаты ПАП-теста и теста на ВИЧ отрицательные [2].
- Прививка от гриппа проводится всем пациентам ежегодно, начиная с возраста 6 мес и старше [4].
- Взрослым пациентам также проводится вакцинация против столбняка, дифтерии и коклюша не менее 1 раза в зрелом возрасте и во время беременности после 28-й недели [4]. Активную противостолбнячную иммунизацию следует проводить каждые 10 лет [4].
- Иммунизацию против кори, паротита и краснухи следует проводить не менее чем за 3 мес до зачатия, если действие предыдущей прививки уже закончилось [4].

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Conry J.A., Brown H. Well-woman task force-components of the well-woman examination // *Obstet. Gynecol.* 2015. Vol. 126, N 4. P. 697–701.
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion number 534. Well-woman visit // *Obstet. Gynecol.* 2012.
3. Smith S.C., Grundy S.M. 2013 ACC/AHA guideline recommends fixed-dose strategies instead of targeted goals to lower blood cholesterol // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2014. Vol. 64, N 6. P. 601–612.

³ Если женщина обратилась с жалобами на аменорею, а у нее ВМС, высвобождающее левоноргестрел (Мирена[®]), то после проведенного исследования все же ей необходимо объяснить, что аменорея — характерная ситуация при использовании левоноргестрела (Мирены[®]). — *Примеч. науч. ред.*

4. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion number integrating immunizations into practice // *Obstet. Gynecol.* 2013. Vol. 121, N 4. P. 897–903.
5. Adult immunization schedules. URL: <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html> (date of access November 13, 2015).
6. Braaten K.P., Bensen C.B., Maurer R., Goldberg A.B. Malpositioned intrauterine contraceptive devices // *Obstet. Gynecol.* 2011. Vol. 118, N 5. P. 1014–1020.
7. Benacerraf B.R., Shipp T.D., Bromley B. Three-dimensional ultrasound detection of abnormally located intrauterine contraceptive devices which are a source of pelvic pain and abnormal bleeding // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 2009. Vol. 34. P. 110–115.
8. Prabhakaran S., Chuang A. In office retrieval of intrauterine contraceptive devices with missing strings // *Contraception.* 2011. Vol. 83, N 2. P. 102–106.

Оценка степени бесплодия

2

Дхьяна Веласко, Сириша Ю. Редди, Санья Купешич Плавшич

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациентка Б.Р., 32 лет, количество беременностей — 1, количество родов — 0. Жалобы на бесплодие в течение 8 лет. Основной диагноз — вторичное бесплодие. Пациентке также ранее поставлен синдром поликистозных яичников (СПКЯ) с сопутствующей олигоменореей. Принимает метформин. Кроме того, пациентка предъявляет жалобы на наличие дисменореи, тазовых болей, диспареунии, посткоитальных кровотечений и обильных менструаций. В недавнем анамнезе был поставлен диагноз ИППП, пациентка и ее партнер получали соответствующее лечение. Тесты на ИППП по результатам лечения были отрицательными. Однако 6 мес спустя на очередном осмотре пациентка опять жаловалась на симптомы диспареунии, дисменореи и посткоитальное кровотечение. Эти симптомы были купированы с помощью оральных контрацептивов (ОК). Сейчас пациентка пытается забеременеть. У партнера есть дети от предыдущего брака. Все они здоровы, возраст младшего ребенка составляет 12 лет. Пациентка изъявляет желание иметь собственных детей.

Длительность менструального цикла: нерегулярные, с задержками от 2 до 12 мес.

Последняя менструация: 6 мес назад, тест на беременность отрицательный.

Анамнез половой жизни: состоит в половых отношениях с одним партнером мужского пола, перенесла хламидиоз и трихомониаз, на данный момент санирована.

Контрацепция: пытается забеременеть. Ранее использовала ОК.

Общий анамнез

- Потерю или набор массы тела отрицает. Диабет отрицает.
- Симптомы тошноты, рвоты, расстройства пищеварения и запора отрицает.
- Предъявляет жалобы на нерегулярные и болезненные менструации, тазовые боли, болезненный половой акт и посткоитальное маточное кровотечение. Наличие аномальных влагалищных выделений, зуда или жжения, болезненного, непроизвольного и учащенного мочеиспускания, сухости во влагалище отрицает.

Перенесенные заболевания: выкидыш — 10 лет назад с последующей дилатацией и кюретажем.

Хирургический анамнез: неотягощен.

Прием лекарственных средств на момент осмотра: Sprintec® и Glucophage®.

Аллергологический анамнез: неотягощен.

Наличие вредных привычек: употребление алкоголя и табака отрицает.

Наследственность: без особенностей.

Общий осмотр

В ясном сознании и без видимых патологий.

Основные показатели жизнедеятельности: АД 105/63 мм рт.ст., ЧСС 98 в минуту.

Рост: 152 см.

Масса тела: 81 кг.

Кожный покров: без высыпаний, покраснений и аномальных выделений.

Прикус: правильный.

Шея: без новообразований, размер щитовидной железы в норме.

Сердце: ритм правильный, тон нормальный, периферический пульс не нарушен, без отеков.

Легкие: дыхание не нарушено.

Живот: мягкий, безболезненный при пальпации.

Нервно-психический статус: функция черепных нервов II–XII не нарушена.

Ориентация в пространстве: в норме.

Обследование органов малого таза

- *Вульва*: внешний вид не изменен.
- *Уретра*: внешний вид не изменен.
- *Влагалище*: внешний вид стенок влагалища не изменен.
- *Шейка матки*: без патологических изменений.
- *Матка*: плотная, подвижная, безболезненная, отклонена кзади, размер нормальный.
- *Придатки*: яичники с обеих сторон несколько увеличены, уплотнены.
- *Прямая кишка*: признаки геморроя отсутствуют.

Лабораторно-диагностические исследования

Результаты ПАП-теста на наличие интраэпителиальных поражений или опухоли отрицательные.

УЗИ органов малого таза: трансвагинальное УЗИ показало небольшое увеличение яичников с присутствием более 10 фолликулов, рассредоточенных на периферии увеличенной овариальной стромы (рис. 2.1). Цветовая доплерография позволила выявить повышенную интраовариальную васкуляризацию (рис. 2.2). Соногистерография с введением изотонического раствора натрия хлорида (SIS) показала наличие внутриматочных спаек (рис. 2.3).



Рис. 2.1. Изображение поликистозных яичников, полученное с помощью трансвагинального ультразвукового исследования в В-режиме

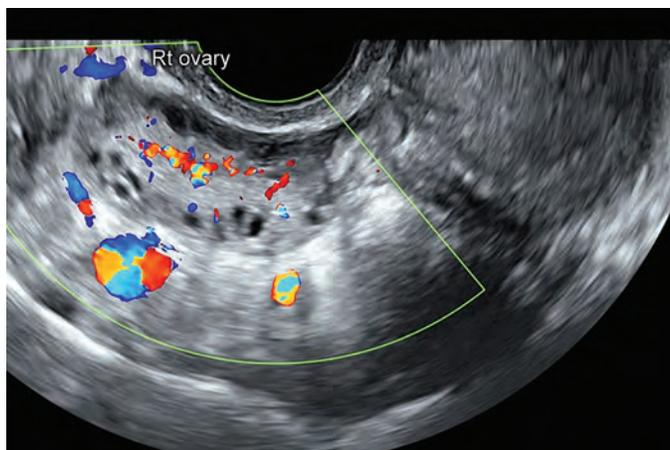


Рис. 2.2. Изображение повышенной интраовариальной васкуляризации, полученное с помощью цветовой доплерографии

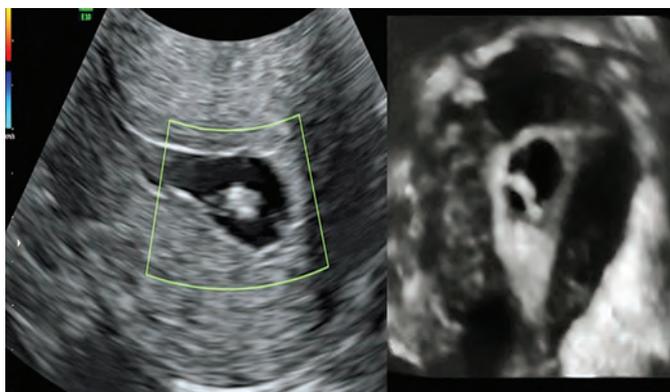


Рис. 2.3. Двух- и трехмерное изображения внутриматочных спаек, полученные с помощью соногистерографии с введением изотонического раствора натрия хлорида. Цветовая доплерография не выявила наличия кровотока

■ ВОПРОС-ОТВЕТ

1. Пациентка интересуется, почему ей не удастся забеременеть. Что вы можете ей предложить, учитывая ее анамнез?

Ответ. У бесплодия много причин. Женское бесплодие в паре составляет 37% всех случаев, мужское — около 8%, оба типа бесплодия встречаются в парах в 35% случаев, бесплодие неясного генеза составляет 5%, а оставшейся части в конце концов удастся зачать ребенка [1]. Наиболее распространенным мужским фактором бесплодия являются гипогонадизм и посттестостероидные патологии. Среди наиболее часто

встречающихся форм женского бесплодия встречаются овуляторная дисфункция, трубный фактор, эндометриоз, внутриматочная патология, СПКЯ, сексуальные расстройства и цервикальный фактор [1].

2. Какие можно выделить факторы риска при бесплодии в общей популяции пациенток? Каковы факторы риска при бесплодии у данной пациентки?

Ответ. По оценкам исследователей, 27% случаев бесплодия сопряжены с проблемами функционирования яичников, в то время как 22% относятся к трубному или маточному фактору [2]. Наибольший риск при бесплодии ассоциируется с наличием в анамнезе таких заболеваний, как воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), СПКЯ и проведение дилатации и кюретажа. ВЗОМТ могут вызывать непроходимость маточных труб и появление спаек, что делает их дополнительным фактором риска [3], перенесенный кюретаж — фактор риска патологии эндометрия, СПКЯ может стать причиной ановуляторных циклов [4].

3. Пациентка интересуется, нужно ли ей сначала получить консультацию у врача-репродуктолога?

Ответ. Необходимо объяснить ей, что в США именно лечащий врач-терапевт должен инициировать соответствующее обследование. При обнаружении патологий пациентку стоит направить к специалисту-репродуктологу. Врач-репродуктолог обеспечит надлежащую консультацию и наиболее экономичную помощь в соответствии с психоэмоциональными и диагностическими потребностями пациентки [5]. Американское общество репродуктивной медицины разработало клинические рекомендации, согласно которым пациентку стоит направлять к врачу-репродуктологу в той или иной ситуации [6].

4. Пациентка интересуется, какие лабораторно-диагностические тесты ей предстоит пройти для оценки степени бесплодия.

Ответ. Пациентка должна быть осведомлена о том, что существует высокая вероятность того, что как у нее, так и у ее партнера могут быть выявлены признаки бесплодия. Именно поэтому им обоим стоит пройти обследование. Для оценки мужского фактора партнер должен сдать спермограмму. Для исключения трубного и маточного фактора необходимо оценить уровень фолликулостимулирующего гормона на 3-й день менструации и эстрадиола, а также пройти процедуру гистеросальпингографии. Кроме этого, выявить проблемы с эндокринной системой (патологии щитовидной железы или пролактиномы) помогут анализ на оценку овариального резерва с использованием количества антральных фолликулов, УЗИ и, возможно, лапароскопии [7]. Пациентке было проведено УЗИ, по результатам которого удалось выявить гиперплазию эндометрия. Процедура SIS показала наличие внутриматочных спаек.

Пациентке рекомендовано провести лапароскопию с хромопертубацией и дреллингом яичников, а также гистероскопию — для удаления спаек.

На рис. 2.1 — изображение поликистозных яичников, полученное с помощью трансвагинального УЗИ в В-режиме; на рис. 2.4 и 2.5 представлены маточные трубы, проходимость которых подтверждена с помощью использования метиленового синего красителя; на рис. 2.6 заметны внутриматочные спайки, которые были иссечены с помощью резектоскопа.



Рис. 2.4. Лапароскопическая хромопертубация показала, что краситель метилтиониния хлорид (Метиленовый синий*) можно увидеть излившимся в брюшной полости, что указывает на хорошую проходимость маточных труб



Рис. 2.5. Лапароскопическая хромопертубация позволила оценить проходимость левой маточной трубы, через которую произошло излитие красителя метилтиониния хлорида (Метиленового синего*) в брюшную полость