

**ОРГАНИЗАЦИЯ  
АКУШЕРСКО-  
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКО  
Й СЛУЖБЫ В ОФИСЕ  
СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**



**Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н  
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи  
по профилю акушерство и гинекология»**

- 9. Основной задачей диспансерного наблюдения женщин в период беременности является предупреждение прерывания беременности при отсутствии медицинских и социальных показаний и ее сохранение, профилактика и ранняя диагностика возможных осложнений беременности, родов, послеродового периода и патологии новорожденных.



# Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»

- 4. Порядок оказания медицинской помощи женщинам в период беременности включает в себя два основных этапа:

амбулаторный, осуществляемый врачами-акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия при физиологически протекающей беременности-врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (при этом, в случае возникновения осложнения течения беременности должна быть обеспечена консультация врача-акушера-гинеколога и врача-специалиста по профилю заболевания)



# Министерство здравоохранения РФ

Санкт-Петербург

Женская консультация № \_\_\_\_\_

Адрес и телефон ЖК \_\_\_\_\_

Ф.И.О. уч. врача \_\_\_\_\_

Дни и часы приема \_\_\_\_\_

## ДИСПАНСЕРНАЯ КНИЖКА беременной женщины

Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Группа крови ( ) Rh

Диспансеризация  
беременной  
начинается  
с постановки ее  
на учет (желательно  
до 12 недели  
беременности)



**Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н  
«Об утверждении порядка оказания медицинской  
помощи по профилю акушерство и гинекология»**

- При постановке беременной женщины на учет в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врачом-акушером-гинекологом до 11-12 недель беременности делается заключение о возможности вынашивания беременности.
- Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода делается врачом-акушером-гинекологом до 22 недель беременности.



**При первом посещении для постановки на учет по беременности заполняется и выдается на руки женщине **диспансерная книжка беременной****

*При неосложненной беременности визиты к врачу должны быть не реже:*

**1 раз в 4 нед до 28-недельного срока**

**1 раз в 2 нед до 36-недельного срока**

**1 раз в 7 дней в последние недели беременности**



## Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»

6. При физиологическом течении беременности осмотры беременных женщин проводятся:
- ▣ *врачом-акушером-гинекологом - не менее семи раз;*
  - ▣ *врачом-терапевтом - не менее двух раз;*
  - ▣ *врачом-стоматологом - не менее двух раз;*
  - ▣ *врачом-оториноларингологом, врачом-офтальмологом - не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);*
  - ▣ *другими врачами-специалистами - по показаниям, с учетом сопутствующей патологии*



## При постановке на диспансерный учет врач уточняет:

- данные общего и акушерско-гинекологического анамнеза;
- условия жизни, быта, работы;
- наличие профессиональных вредных факторов.

## Врач производит:

- тщательное объективное исследование по системам и органам,
- уточняет акушерский статус,
- составляет план обследования и ведения беременной.





# План обследования беременной

## При постановке на учет

- Кровь на сифилис
- Кровь на Ф-50
- Кровь на HBsAg
- Кровь на AntiHCV
- Группа крови, Rh-фактор, Rh-антитела\*

- Клинический анализ крови
- Биохимический анализ крови
- Мазки на микробиоценоз (GN)
- Посев из цервикального канала хламидии, микоплазмы, уреаплазмы
- Анализ крови на Ig G, M к краснухе, токсоплазме
- Посев из зева
- Посев мочи
- Яйца глистов

## При беременности 28/30 нед.

- Мазки на GN<sub>2</sub>
- Кровь на сифилис<sub>2</sub>
- Кровь на HBsAg<sub>2</sub>
- Кровь на AntiHCV<sub>2</sub>
- Клинический анализ крови

## При беременности 36/38 нед

- Мазки на GN<sub>3</sub>
- Кровь на сифилис<sub>3</sub>
- Кровь на Ф-50<sub>2</sub>



# Обследование с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода

В женской консультации все беременные проходят:

- ▣ трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование в сроке 11-14 недель, 18-21 недели, 30-34 недели
- ▣ в сроке 11-14 недель определение биохимических маркеров: связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) и хорионического гонадотропина (ХГЧ) с последующим программным комплексным расчетом индивидуального риска рождения ребенка с хромосомной патологией (*приказ №39 от 01.02.2012*)
- ▣ в сроке 15-17 недель определение биохимических маркеров: уровень альфафетопротеина (АФП) и ХГЧ в крови (*в случаях отсутствия обследования в 9-13 недель*)



## Обследование с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода

В медико-генетическую консультацию направляются беременные:

- в возрасте 39 лет и старше
- с отягощенным анамнезом (рождение детей с пороками развития, хромосомной и моногенной патологией)
- при установленном семейном носительстве хромосомной аномалии или моногенной мутации
- при выявлении биохимических или ультразвуковых маркеров хромосомных заболеваний (увеличение толщины воротникового пространства плода до 3 мм и более)



## Обследование с целью выявления врожденной и наследственной патологии у плода

- При высоком риске врожденных пороков развития (ВПР) проводится цитогенетическая или молекулярная диагностика болезней плода с использованием материала, полученного при биопсии хориона, кордоцентезе (cord-пуповина), плацентобиопсии, амниоцентезе



# **АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**



# Исследование в зеркалах

Проводится при первой явке беременной для оценки состояния слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, взятия мазков для цитологического, бактериоскопического и бактериологического исследований



# Внутреннее акушерское исследование (влагалищное исследование)

При выполнении в I триместре беременности оценивают величину, консистенцию, форму матки, состояние придатков матки, параметральной клетчатки, оценивают костные стеки таза



**ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ**





# Диагностика беременности основывается на данных

- анамнеза
- осмотра
- пальпации
- аускультации
- лабораторных исследований
- ультразвукового исследования



# Предположительные признаки беременности

- 1) слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к острым и кислым блюдам, извращение вкуса (желание употреблять в пищу известь, мел, глину и др.), у женщин могут появляться диспепсические расстройства, ощущение тяжести в эпигастральной области, запоры;
- 2) функциональные изменения нервной системы: легкая раздражительность, обострение обоняния, слуха, плаксивость, замкнутость;
- 3) изменение обмена веществ: увеличение объема живота, связанное с отложением жира в подкожном слое, пигментация сосков и околососковых кружков, белой линии живота, появление пигментных пятен на лице);
- 4) появление рубцов беременности (*striae gravidarum*).



# Вероятные признаки беременности

1. прекращение менструаций;
2. изменения во влагалище, матке и молочных железах;
3. лабораторные иммунологические реакции (определение в сыворотке крови или в моче хориального гонадотропина или его  $\beta$ -субъединицы).

Задержка менструации является важным признаком, особенно у женщин с регулярным циклом.

Измерение формы матки определяется при двуручном (бимануальном) исследовании.



# Вероятные признаки беременности, основанные на разнообразных изменениях форм и консистенции матки

Во время беременности матка становится мягкой, размягчение более выражено в области перешейка.

Консистенция матки легко меняется в ответ на раздражение ее в процессе исследования: мягкая в начале пальпации, она быстро становится плотной.



# Лабораторные диагностические методы

- ▣ Определение хориального гонадотропина человеческого (ХГЧ) или его  $\beta$ - субъединицы ( $\beta$ -ХГЧ) в моче (качественная оценка) или в сыворотке крови (количественная оценка). Повышение ХГЧ может быть диагностировано при сроке беременности 2 недели (дни ожидаемой менструации)
- ▣ Ультразвуковое исследование (трансвагинальное исследование)

Визуализация плодного яйца возможна при сроке беременности 5-6 недель (задержка менструации на 7-14 дней)



# Ультразвуковое исследование



Плод и желточный мешок

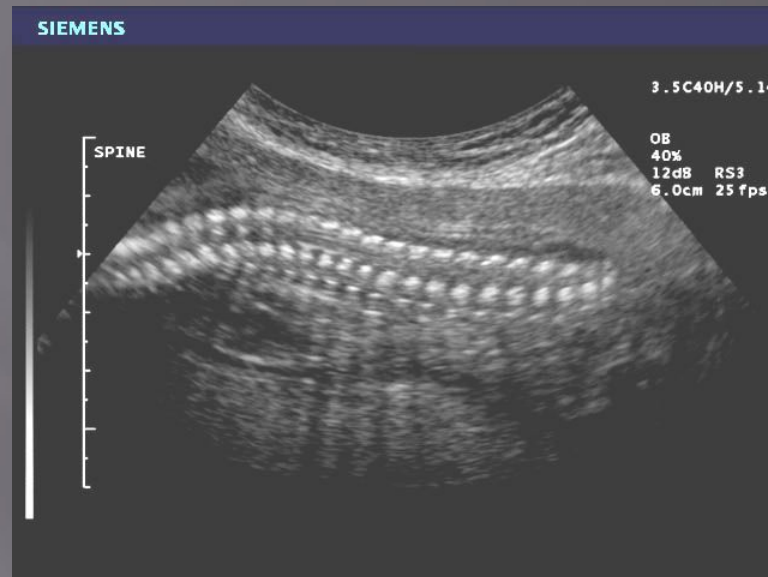
□ Трансвагинальное сканирование

□ Трансабдоминальное сканирование





Плод первый триместр



Позвоночник плода



Бедренная кость



Измерение головки плода



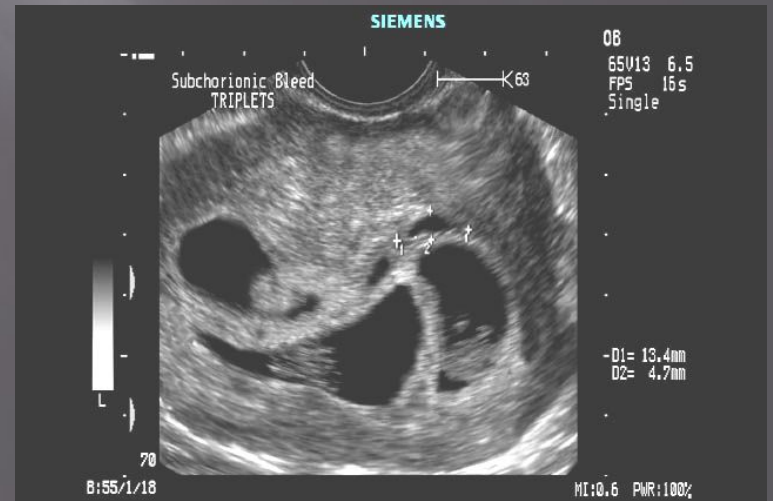


Грудная клетка и позвоночник плода 3 триместр беременности

Беременность 6 недель по менструации



Трехмерное УЗИ

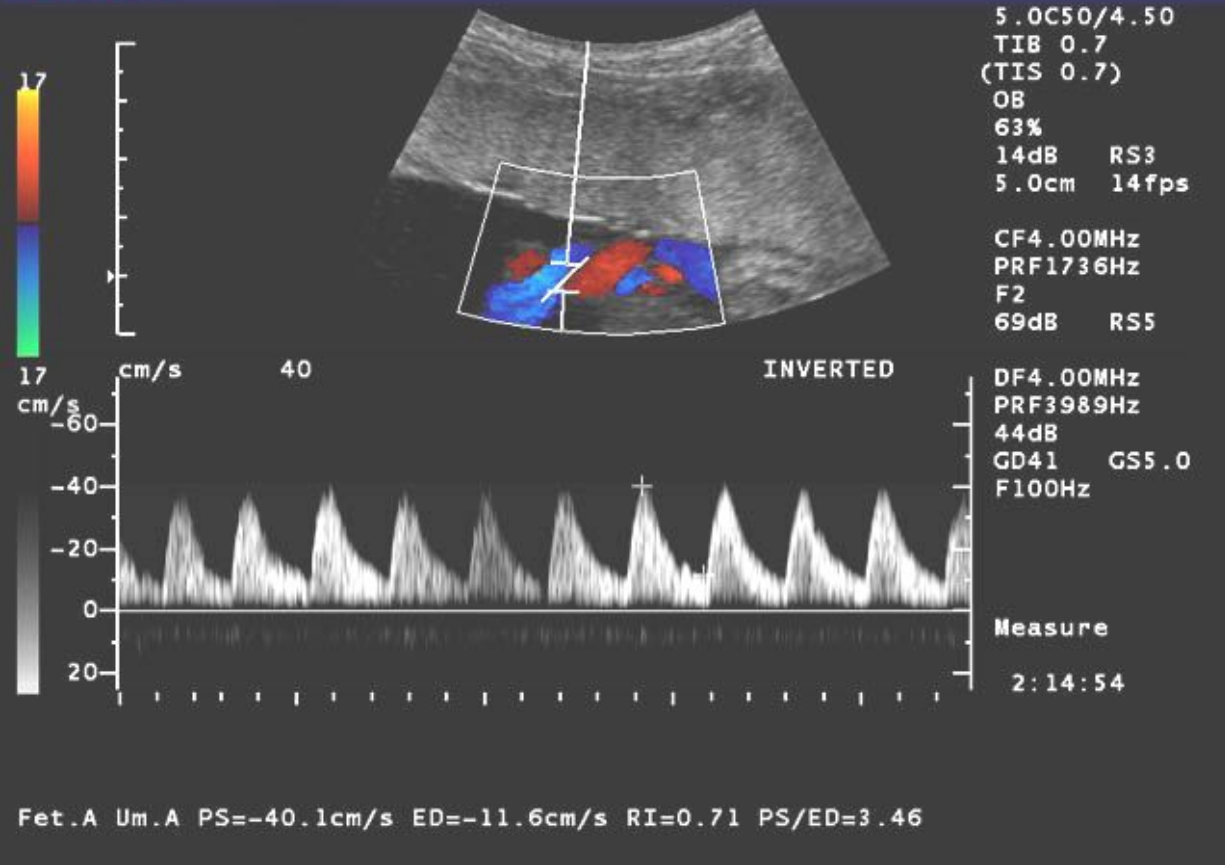


Тройня





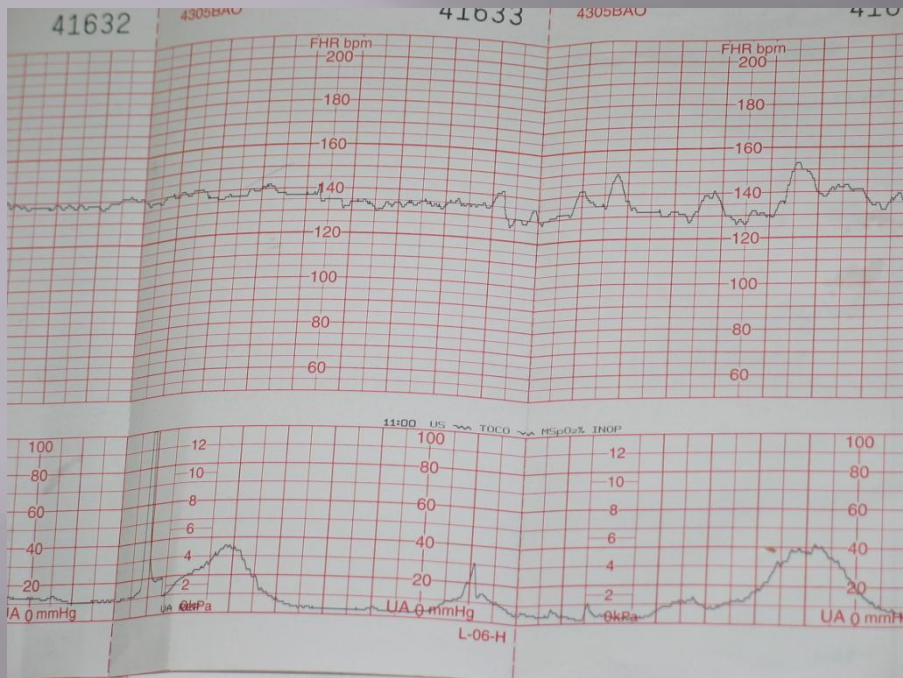
SIEMENS



Допплеровское исследование кровотока плода  
в 3 триместре беременности



# Достоверные признаки беременности

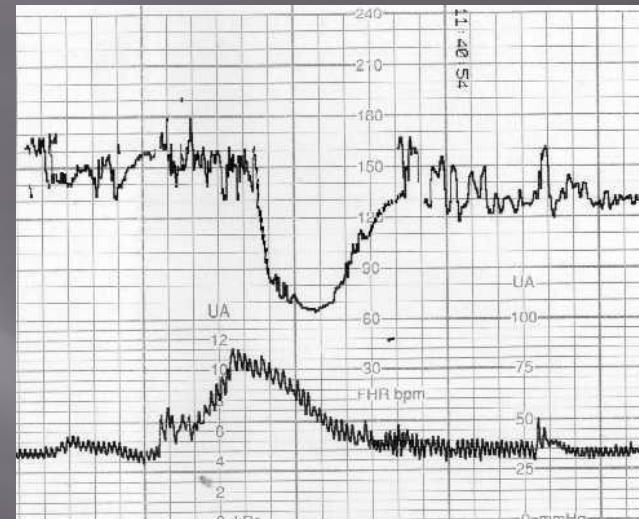
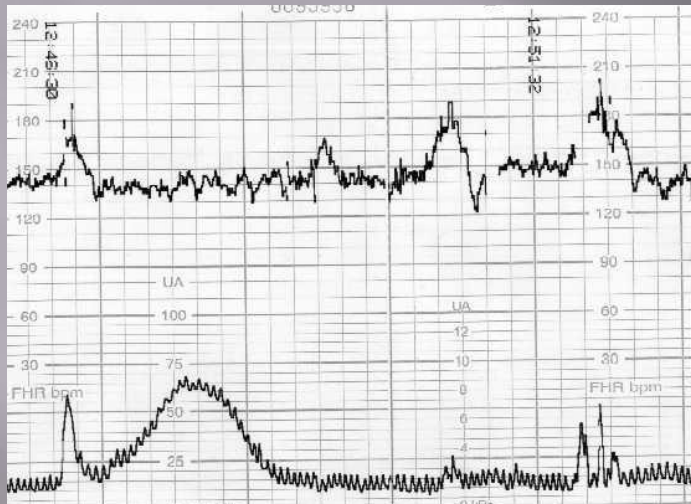


- 1) плод или его части;
- 2) сердечные тоны;
- 3) двигательная активность плода, определяемая пальпаторно.



# Кардиотокография (КТГ) -

непрерывная одновременная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте.



Регистрация сердечного ритма плода (вверху) и сократительной активности матки (внизу).

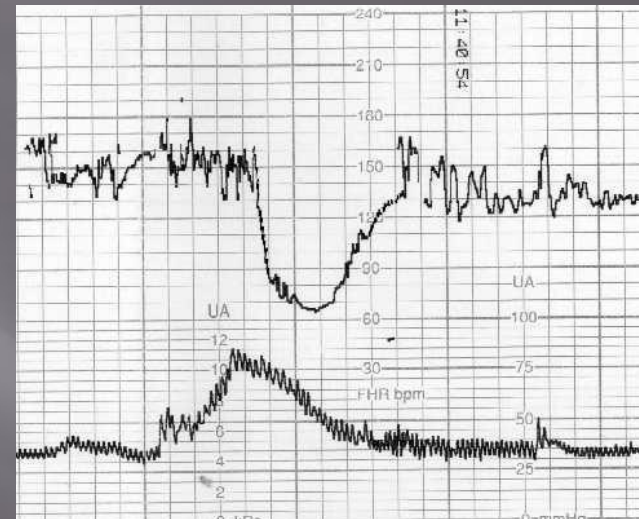
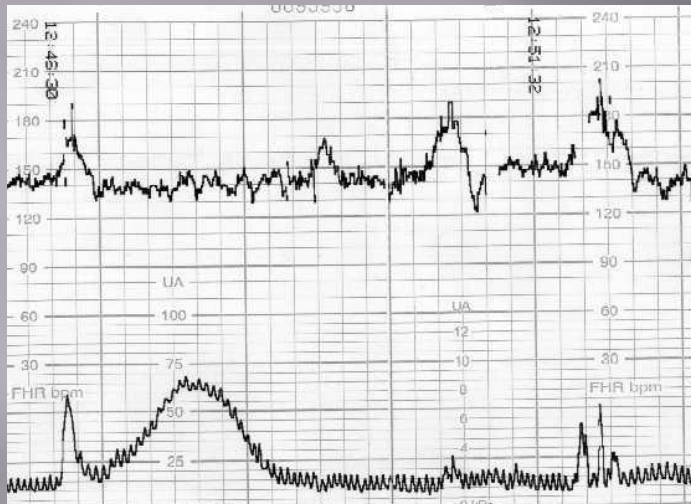
Слева – нормальная реакция сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращение матки,

справа – урежение сердечного ритма плода после сокращения матки (dip-II).



# Кардиотокография (КТГ) -

непрерывная одновременная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте.



Регистрация сердечного ритма плода (вверху) и сократительной активности матки (внизу).

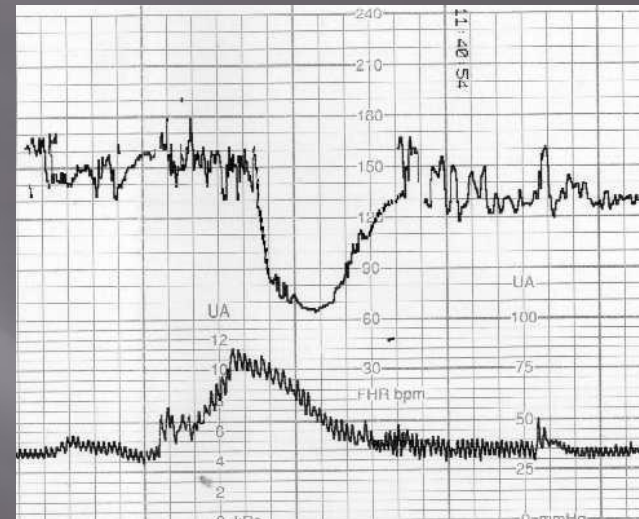
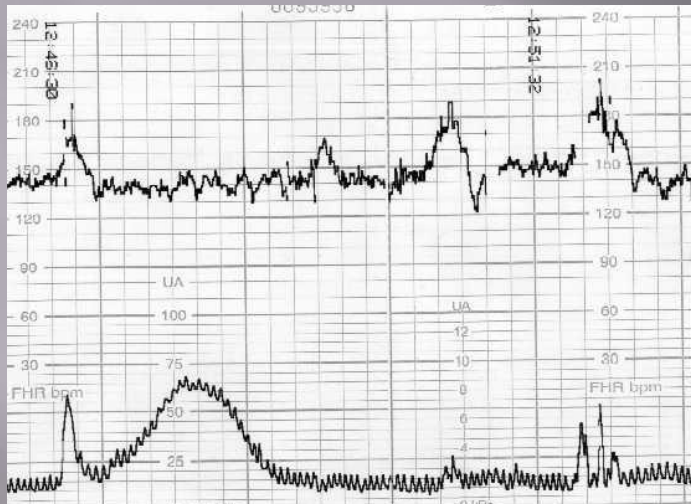
Слева – нормальная реакция сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращение матки,

справа – урежение сердечного ритма плода после сокращения матки (dip-II).



# Кардиотокография (КТГ) -

непрерывная одновременная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте.



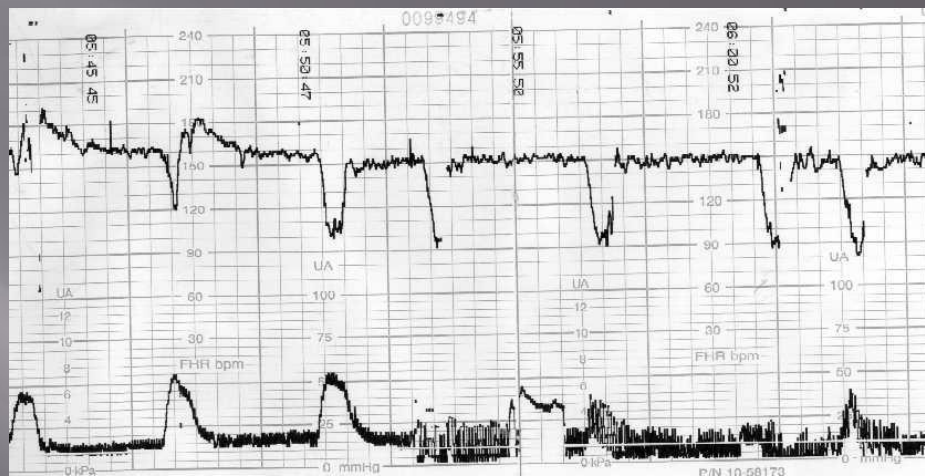
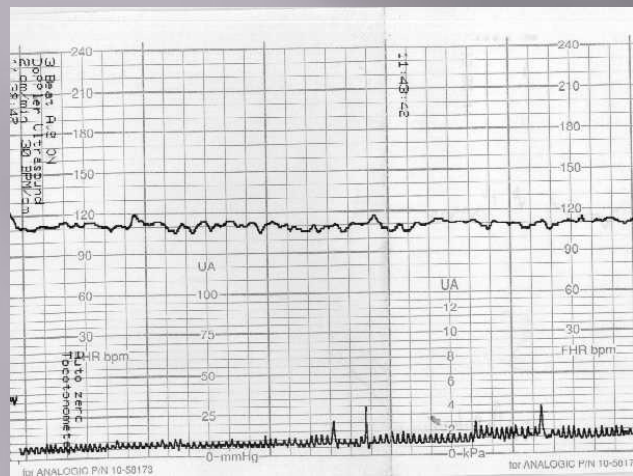
Регистрация сердечного ритма плода (вверху) и сократительной активности матки (внизу).

Слева – нормальная реакция сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращение матки,

справа – урежение сердечного ритма плода после сокращения матки (dip-II).



# Кардиотокография (КТГ) -



## Варианты кардиотокограммы:

слева – монотонный сердечный ритм плода,

справа – ранние децелерации (dip I) – кратковременные снижения сердечного ритма плода в ответ на сокращение матки.



# Кардиотокография (КТГ) -

## Непрямая (наружная)

Используется во время беременности и в родах при наличии целого плодного пузыря.

Регистрация частоты сердечных сокращений производится ультразвуковым датчиком, работающим на эффекте Доплера. Регистрация тонуса матки -тензометрическими датчиками.

Датчики крепятся к передней брюшной стенке беременной специальными ремнями: ультразвуковой – в области стабильной регистрации сердечных сокращений,

## Прямая (внутренняя)

Используется только при нарушенной целостности плодного пузыря.

Частота сердечных сокращений регистрируется при помощи игольчатого спиралевидного электрода, вводимого в предлежащую часть плода, что позволяет регистрировать не только частоту сердечных сокращений плода, но и производить запись его ЭКГ.



# **Определение срока беременности по величине матки при бимануальном исследовании**

**5 недель – матка несколько увеличивается и становится округлой.**

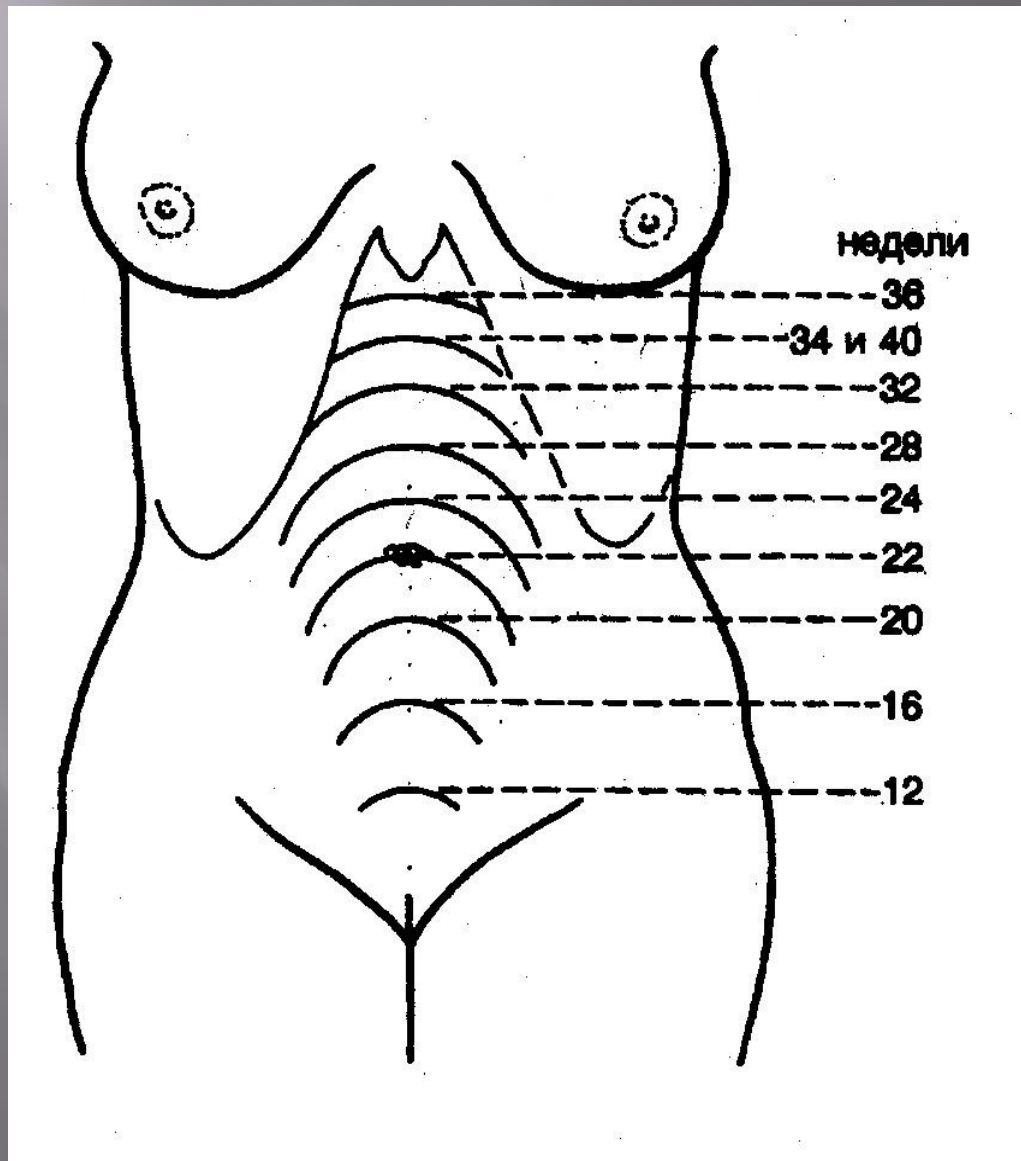
**В 8 недель величина матки соответствует размерам среднего женского кулака или гусиного яйца.**

**В 12 недель беременности матка увеличивается до размеров мужского кулака, и дно ее находится на уровне верхнего края лонного сочленения или слегка выступает над ним.**





# Определение срока беременности по высоте стояния дна матки



## **Акушерское обследование включает:**

- наружное акушерское исследование;
- внутреннее акушерское исследование (влагалищное исследование);
- дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование производят путем осмотра, измерения, пальпации, аускультации

## **Особое значение придают**

- величине и форме живота,
- наличию рубцов беременности (*striae gravidarum*),
- эластичности кожи,
- форме ромба Михаэлиса



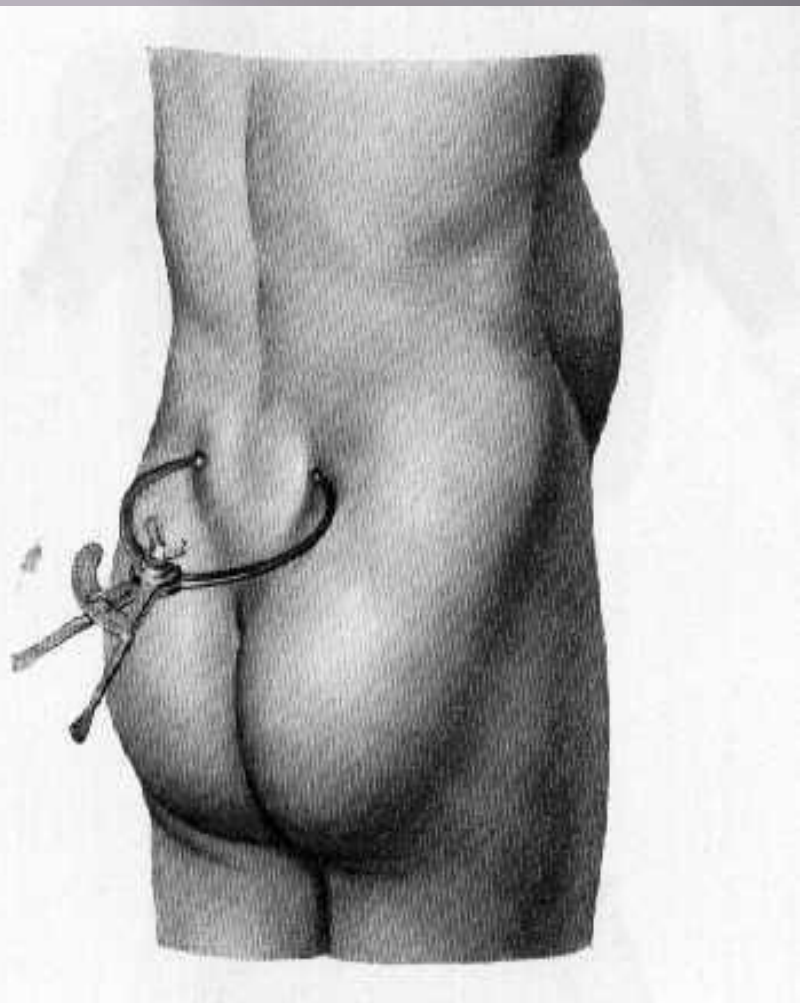
**Ромбом Михаэлиса** (пояснично-крестцовый ромб) называют область в проекции крестца, которая имеет контур ромбовидной площадки.

*Верхний угол* ромба Михаэлиса соответствует надкрестцовой ямке, *нижний* – верхушке крестца (место отхождения больших ягодичных мышц), *боковые углы* – верхнезадним остям подвздошных костей.



На основании формы и размеров ромба можно оценить строение костного таза, обнаружить его сужение или деформацию, что имеет большое значение для установления диагноза и выбора *тактики* ведения родов.





**При нормальных размерах  
форма ромба приближается  
к квадрату.**

**Его размеры:  
горизонтальная диагональ  
ромба 10-11 см,  
вертикальная – 11 см.**



Измерения при **наружном акушерском исследовании** (*определение окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров и формы таза*) производятся сантиметровой лентой и тазомером





**Окружность живота** измеряют на уровне пупка  
(в конце беременности она равна 90 – 100 см).





Высота стояния дна матки – расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки. В конце беременности высота стояния дна матки равна 32-38 см.

**Высота стояния дна матки**



Измерение живота позволяет акушеру определить:

- срок беременности,
- предполагаемую массу плода,
- выявить нарушение жирового обмена,
- многоводие и маловодие.





По наружным размерам большого  
таза можно судить о величине и  
форме малого

Измерение производят  
тазомером Мартина



# Наружные размеры большого таза



**Distantia spinarum**  
расстояние между  
передневерхними  
остями подвздожных  
костей (*spina iliaca  
anterior superior*);  
в норме – 25-26 см



# Наружные размеры большого таза



**Distantia cristarum** –  
расстояние между  
наиболее отдаленными  
точками гребней  
подвздошных костей  
(*crista ossis ilei*);  
в норме 28-29 см.



# Наружные размеры большого таза



**Distantia trochanterica** –  
расстояние между  
большими вертелами  
бедренных костей  
(trochanter major);  
в норме 31-32 см.



# Наружные размеры большого таза



**Conjugata externa (диаметр Боделока)** – расстояние между сочленением V поясничного и I крестцового позвонков и верхненаружным краем симфиза; в норме **20-21 см.**



Для измерения наружной конъюгаты беременная поворачивается на бок, нижележащую ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую выпрямляет



# Индекс Соловьева



# Вычисление истинной конъюгаты по величине наружной конъюгаты

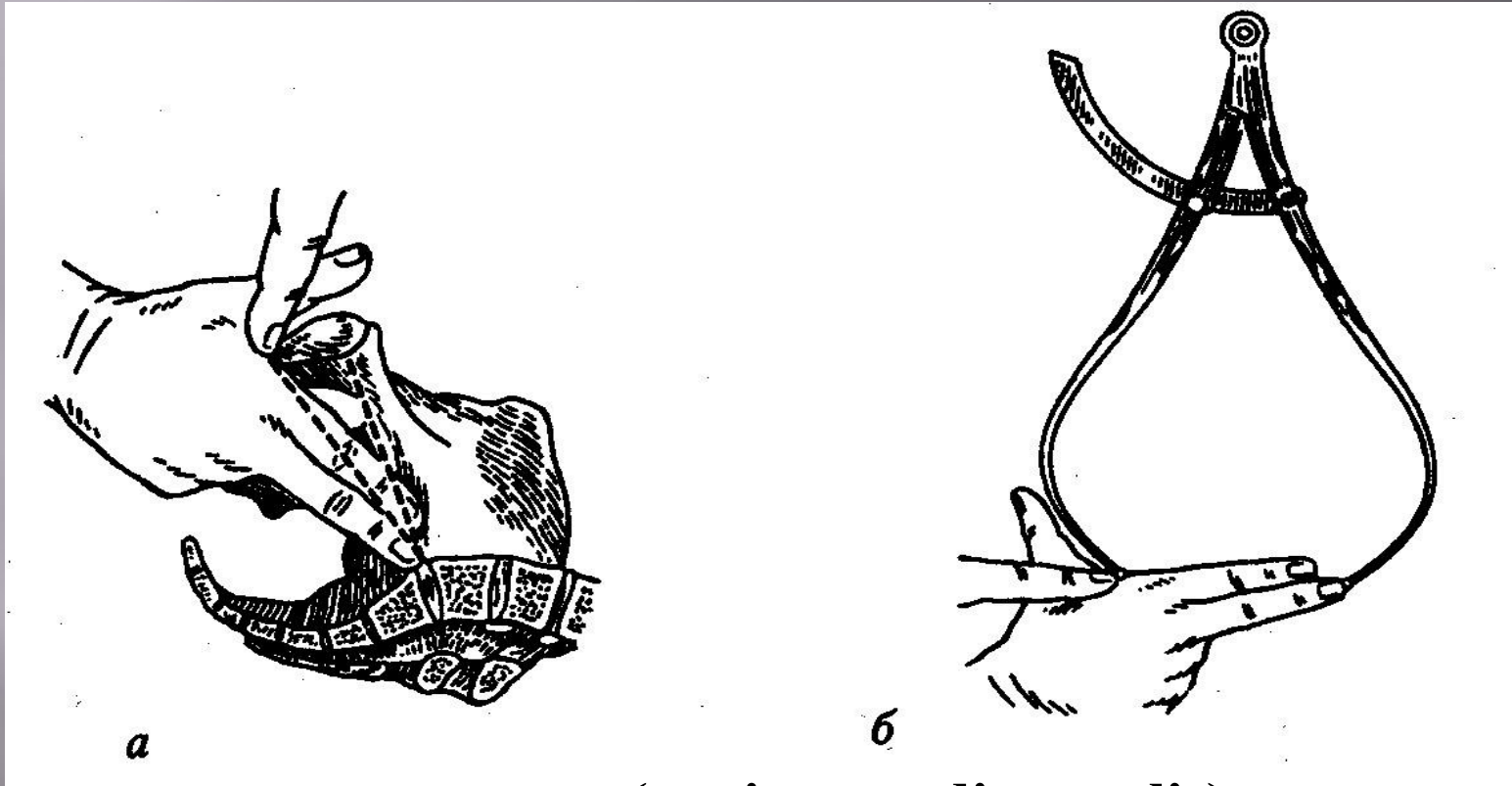
Из  $C. externa$  вычитают

- 8 см при величине индекса Соловьева  $\leq 14$  см,
- 9 см при величине индекса Соловьева 14,5-15 см,
- 10 см при величине индекса Соловьева  $\geq 15,5$  см.





# Диагональная конъюгата



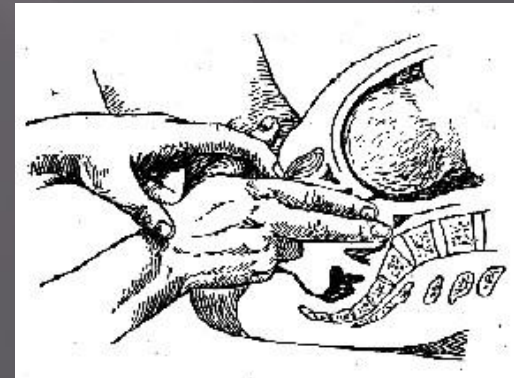
Диагональная конъюгата (*conjugata diagonalis*) – расстояние между промоториумом и нижним краем симфиза. В норме диагональная конъюгата равна 13 см.



# Вычисление истинной конъюгаты по величине диагональной конъюгаты

Из *S.diagonalis* вычитают

- 1,5 см - при высоте лона 3-3,5 см или если мыс стоит низко
- 2,0 см при высоте лона 4 см и более или если мыс стоит высоко



Conjugata  
vera

=Conjugata externa – 8-9 см ( 20 – 8; 9 см)

= Conjugata diagonalis – 1,5-2,0 см (13 –  
- 2)\*

= Вертикальный размер ромба Михаэлиса  
(11 см)

Поперечный размер  
плоскости входа в  
м.таз

= Distantica cristarum : 2  
Distantica cristarum – 14-15 см



# **Приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда-Левицкого)**

**- последовательно проводимая  
пальпация матки, состоящая из  
ряда определенных приемов**



# Первый прием Леопольда-Левицкого



применяют для определения высоты  
стояния дна матки и находящейся в ней  
части плода



# Второй прием Леопольда-Левицкого



позволяет определить положение плода и его позицию



# Третий прием Леопольда-Левецкого



позволяет определить предлежащую часть плода  
и ее смещаемость



# Четвертый прием Леопольда-Левецкого



применяют для определения местонахождения головки по отношению к входу в малый таз





# Сердцебиение плода имеет

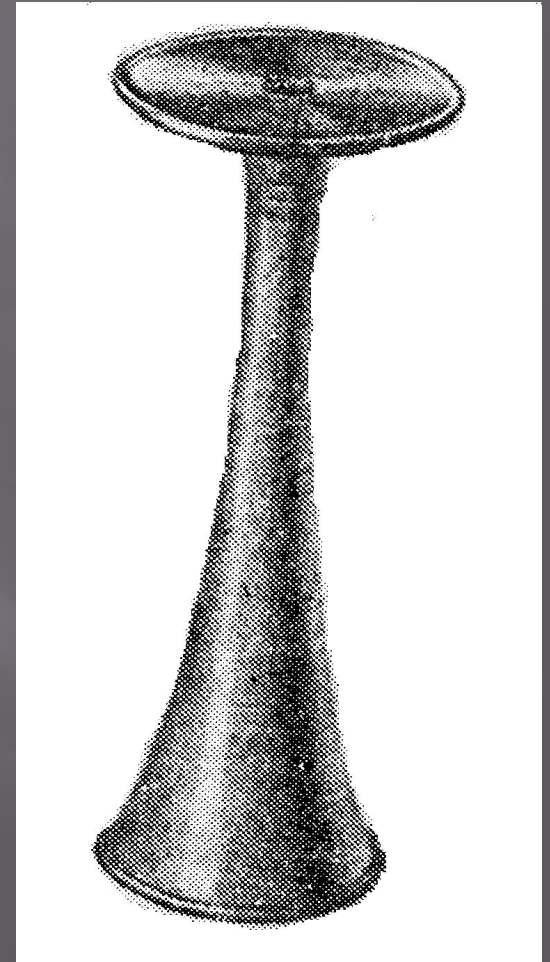
три основные  
аускультативные  
характеристики:

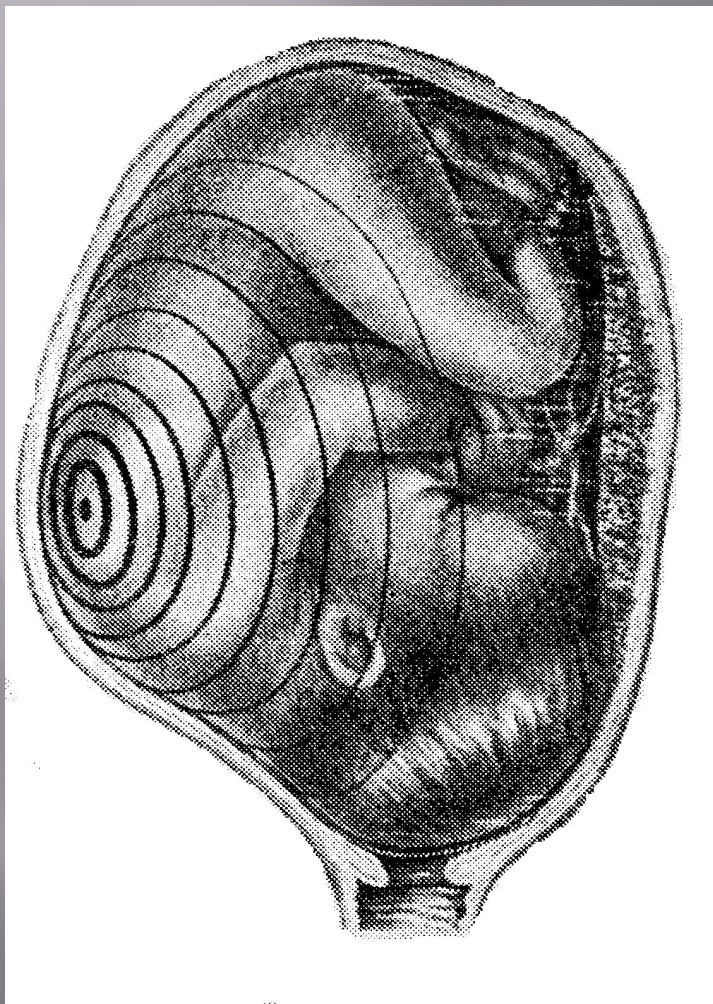
частота, ритм и ясность.

Частота ударов в норме  
колеблется

от 120 до 160 в 1 мин.

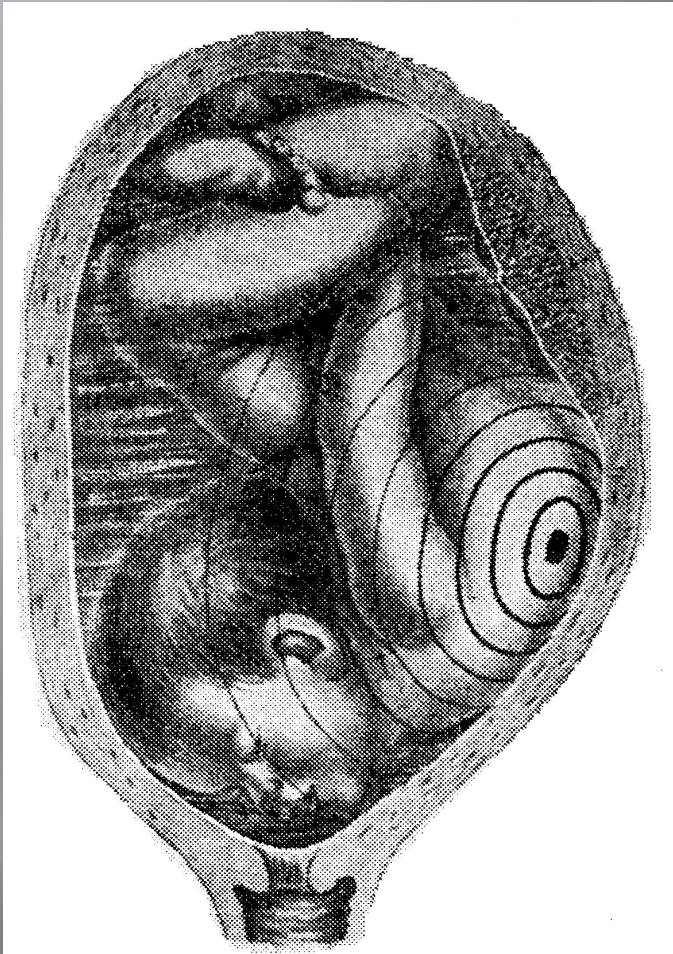
Сердцебиение должно быть  
ритмичным и ясным





При согнутой головке спинка плода плотно прилегает к одной из стенок матки, поэтому сердечные тоны плода отчетливее будут слышны со стороны спинки





При значительном разгибании головки, наоборот, спинка отходит от стенки матки и к последней плотно прилегает грудная клетка плода; тогда наиболее отчетливо сердечные тоны будут выслушиваться со стороны грудной клетки плода



При заднем виде сердечные тоны плода слышны менее ясно, чем при переднем

Сердечные тоны плода лучше всего выслушиваются

ниже пупка – при головных предлежаниях,

выше или на уровне пупка – при тазовых предлежаниях.



# Определение даты родов

- 1) *по дате последней менструации*: к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней и получают дату предполагаемого срока родов;  
*по Негелю* – от первого дня последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.
- 3) по сроку беременности, диагностированному при *первой явке в женскую консультацию*
- 2) *по дате первого шевеления плода*: к дате первого шевеления плода у первородящей прибавляют 20 недель, у повторно-родящих – 22 недели
- 4) по дате ухода в *дородовый отпуск*, который начинается с 30 недели беременности. К этой дате прибавляют 10 дней.
- 5) по данным *ультразвукового исследования*



«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология»

- 84. Основной задачей первичной медико-санитарной помощи гинекологическим больным является профилактика, раннее выявление и лечение наиболее распространенных гинекологических заболеваний, а также оказание медицинской помощи при неотложных состояниях, санитарно-гигиеническое образование, направленное на предупреждение абортов, охрану репродуктивного здоровья, формирование стереотипа здорового образа жизни, с использованием эффективных информационно-просветительских моделей (школы пациентов, круглые столы с участием пациентов, дни здоровья).
- На этапе первичной медико-санитарной помощи врач-акушер-гинеколог взаимодействует со специалистом по социальной работе в части *осуществления мероприятий по предупреждению абортов, проведения консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшей поддержки в период беременности и после родов.*
- В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляются профилактические медицинские осмотры женщин, направленные на раннее выявление гинекологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подбор методов контрацепции, преконцепционную и прегравидарную подготовку.
- При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, УЗИ органов малого таза.



**Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н  
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю  
акушерство и гинекология»**

- ▣ 103. Для получения направления на **искусственное прерывание беременности** женщина обращается к врачу-акушеру-гинекологу, а в случае его отсутствия к врачу общей практики (семейному врачу), медицинскому работнику фельдшерско-акушерского пункта.
- ▣ 104. При первичном обращении женщины для искусственного прерывания беременности по желанию женщины или по социальному показанию врач-акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации (Центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии кабинета медико-социальной помощи (Центра медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение, на основе информированного добровольного согласия женщины.



**Приказ Минздрава России от 01.11.2012 №572н  
«Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по  
профилю акушерство и гинекология»**

- 106. Перед направлением на искусственное прерывание беременности при сроке до двенадцати недель рекомендуется микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, УЗИ органов малого таза. В целях сохранения беременности при проведении УЗИ органов малого таза беременной женщине демонстрируется изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)





# Статья 56. Искусственное прерывание беременности

1. Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве. Искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при наличии информированного добровольного согласия.
2. Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до двенадцати недель.



# Статья 56. Искусственное прерывание беременности

3. Искусственное прерывание беременности проводится:

1) не ранее 48 часов с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности:

а) при сроке беременности **4 - 7** недели;

б) при сроке беременности **11 - 12** недели, но не позднее окончания двенадцатой недели беременности;

2) не ранее семи дней с момента обращения женщины в медицинскую организацию для искусственного прерывания беременности при сроке беременности **8-10** недели беременности.



# Статья 56. Искусственное прерывание беременности

4. Искусственное прерывание беременности по социальным показаниям проводится при сроке беременности до **22** недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности.

5. Социальные показания для искусственного прерывания беременности определяются Правительством Российской Федерации.



# Постановление Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2012 г. N 98

- социальным показанием для искусственного прерывания беременности является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации



# Идеальная репродуктивная установка:

- количество детей в семье 3
- тип семьи в браке
- исход первой беременности роды
- время рождения первого ребенка до 2 лет брака
- интергенетический интервал 2 - 4 года



# Показатели репродуктивного здоровья населения

- рождаемость, смертность, естественный прирост
- материнская смертность
- частота экстрагенитальной патологии у беременных
- осложнения беременности (гестоз, невынашивание) и родов (кровотечения, оперативные вмешательства, сепсис)
- использование современных методов контрацепции
- число абортов на 1000 женщин фертильного возраста
- частота бесплодных браков
- перинатальная смертность, структура причин



Материнская смертность - смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею либо ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

*Материнская смертность = (Число умерших беременных, рожениц и родильниц (в течение 42 дней после родов)) / Число детей, родившихся живыми) × 100 000.*

**Структура причин материнской смертности:**

- ▣ 80 % - акушерские причины:
  - ❖ 70 % - осложнения беременности и родов (кровотечения, гестозы,
  - ❖ 25 % - последствия абортов
  - ❖ 5 % - внематочная беременность
- ▣ 20 % - причины, связанные с беременностью и родами лишь косвенно (экстрагенитальные заболевания, преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы, ВИЧ/СПИД)

В Российской Федерации:

В 2005 году - 25,4 на 100 000 родившихся живыми

В 2012 году - 11,5 на 100 000 родившихся живыми



# Общий коэффициент рождаемости

отношение общего числа родившихся за определенный период времени к средней численности населения за тот же период времени. Он вычисляется по формуле:

$$n = \frac{N}{tP} \cdot 1000, \text{ где:}$$

$n$  - общий коэффициент рождаемости;

$N$  - общее число живорождений за период;

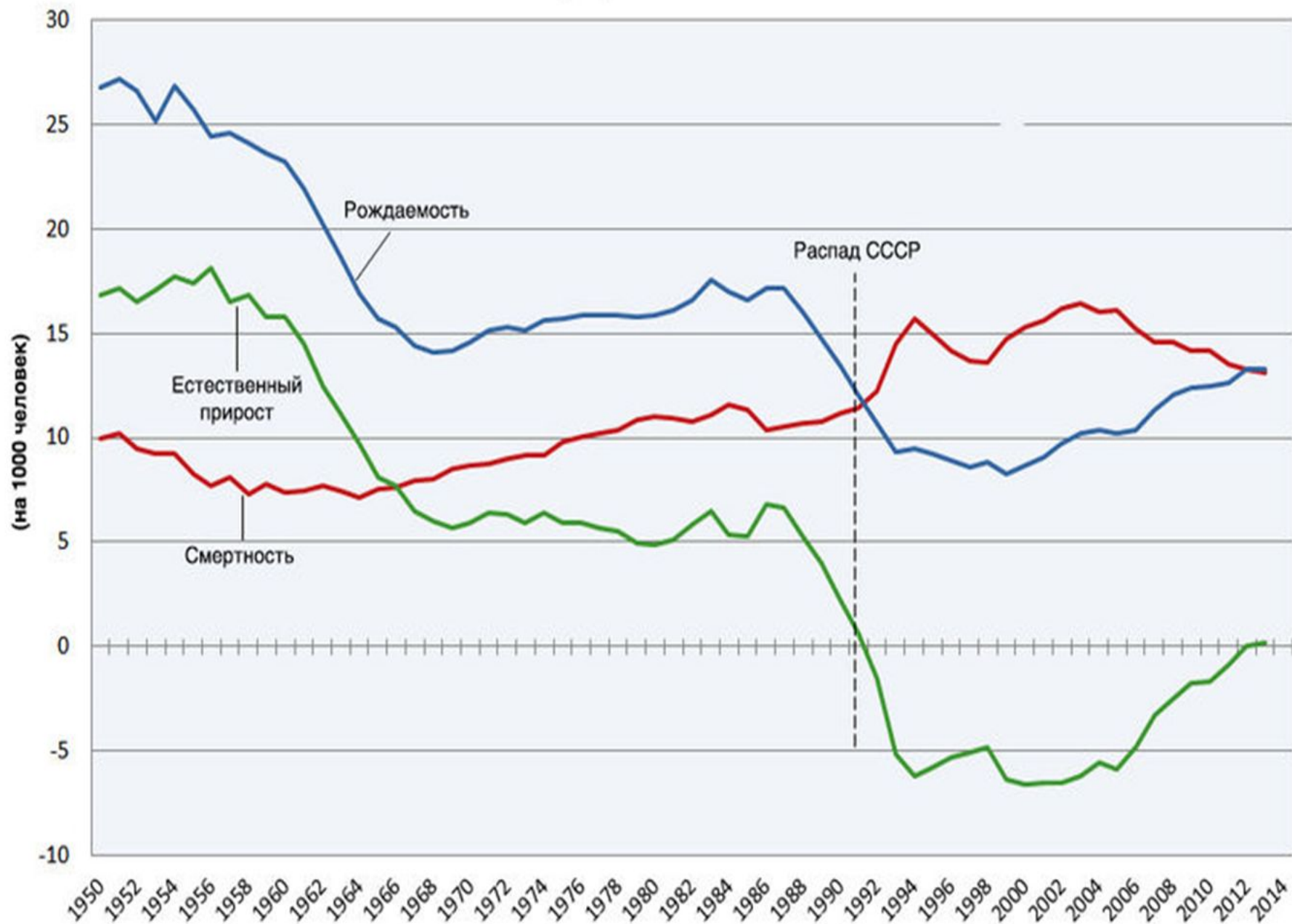
$t$  - продолжительность периода (лет);

$P$  - средняя численность населения за этот период.  
Если коэффициент вычисляется за один год, то  $t = 1$ .





# Естественный прирост населения России



# Исследование молочных желез

- Клиническое обследование состояния молочных желез с 20-летнего возраста рекомендовано проводить 1 раз в три года, после 40 лет 1 раз в два года
- Ультразвуковое исследование молочных желез можно проводить при беременности и лактации, у детей, подростков, а также с профилактической целью. УЗД выполняется со 2-го по 12-й день менструального цикла



# Маммография

Основными показаниями для проведения маммографии являются:

- ▣ 1. обследование женщин при массовых (скрининговых) обследованиях, направленных на раннее выявление рака молочных желез в возрасте старше 40 лет ежегодно;
- ▣ 2. изменения в молочных железах, выявленные при физикальном обследовании (осмотре, пальпации);
- ▣ 3. дифференциальная диагностики между раком молочной железы и доброкачественными процессами, а также новообразованиями, исходящими из передней грудной стенки;
- ▣ 4. определение характера роста (мультифокальный, мультицентрический) и клинической формы (узловая, отечно-инфильтративная) рака молочных желез;
- ▣ 5. динамический контроль за состоянием второй молочной железы после мастэктомии;



ПРИЛОЖЕНИЕ  
К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОТ 2 ноября 2012 г. № 572Н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»

При проведении профилактических осмотров женщин осуществляются цитологический скрининг на наличие атипических клеток шейки матки, маммография, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам профилактических осмотров женщин формируются группы диспансерного наблюдения:

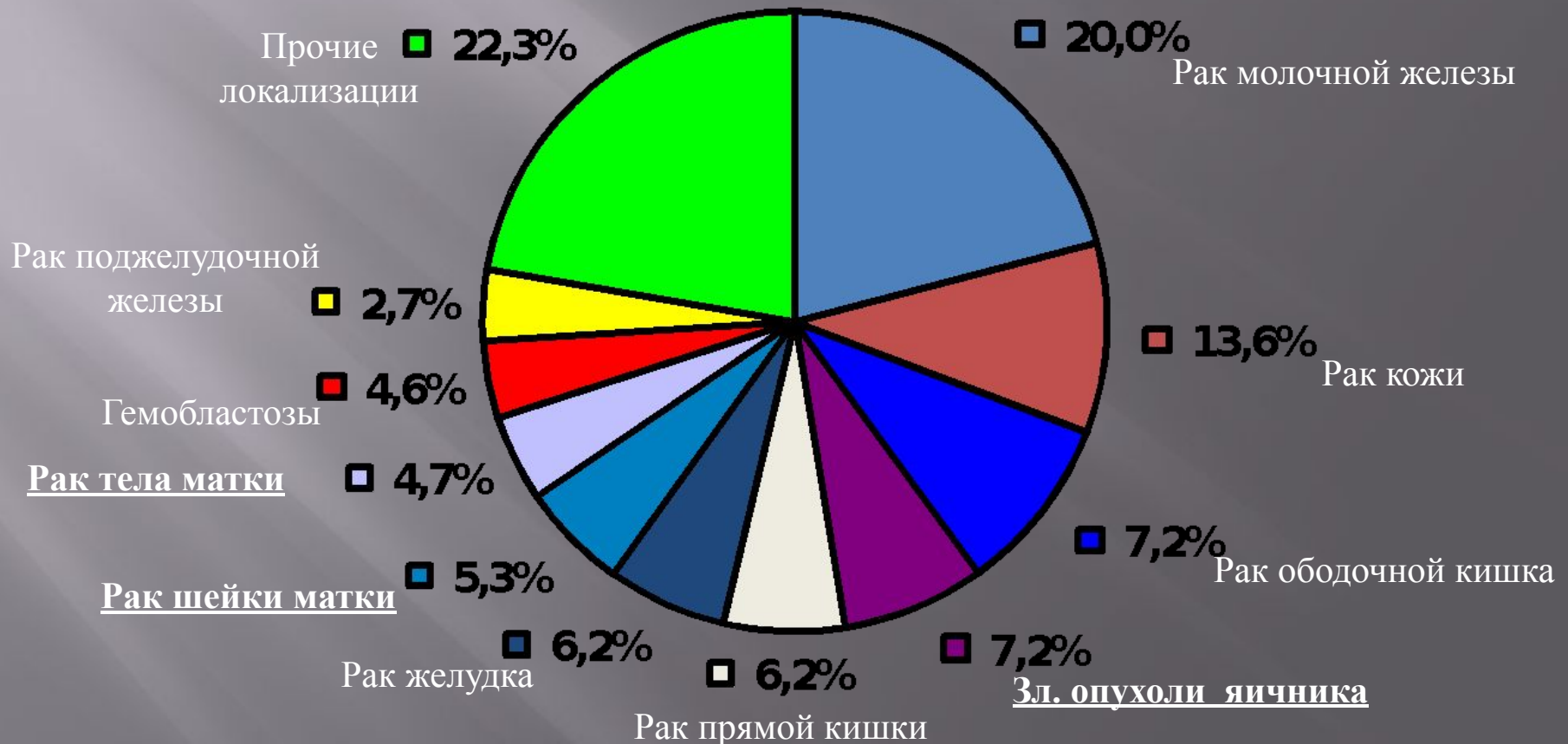
- 1 диспансерная группа – здоровые женщины без отклонения от нормы в состоянии репродуктивного здоровья;
- 2 диспансерная группа – здоровые женщины с риском возникновения патологии репродуктивной системы;
- 3 диспансерная группа – женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы и молочной железы;
- 4 диспансерная группа – женщины с врожденными аномалиями развития и положения гениталий;
- 5 диспансерная группа – женщины с нарушениями функции репродуктивной системы (невынашивание, бесплодие).

Врач-акушер-гинеколог проводит профилактические осмотры женщин, находящихся на диспансерном наблюдении, не реже 1 раза в год.

Женщины с хроническими заболеваниями, доброкачественными опухолями и гиперпластическими процессами репродуктивной системы обследуются на предмет исключения злокачественных новообразований.



# Структура онкологической заболеваемости женщин в РФ (%)



Страны ЕВРОСОЮЗА  
(население -458 млн)  
60 000 случаев (13,2\*)  
27 000 смертей (5,9)



**Санкт-Петербург**  
(население-5,0млн)  
400 случаев (9,6)  
240 смертей (5,5)



Россия  
(население-142 млн.)  
13 000 случаев (12,8)  
6 000 смертей (4,5)

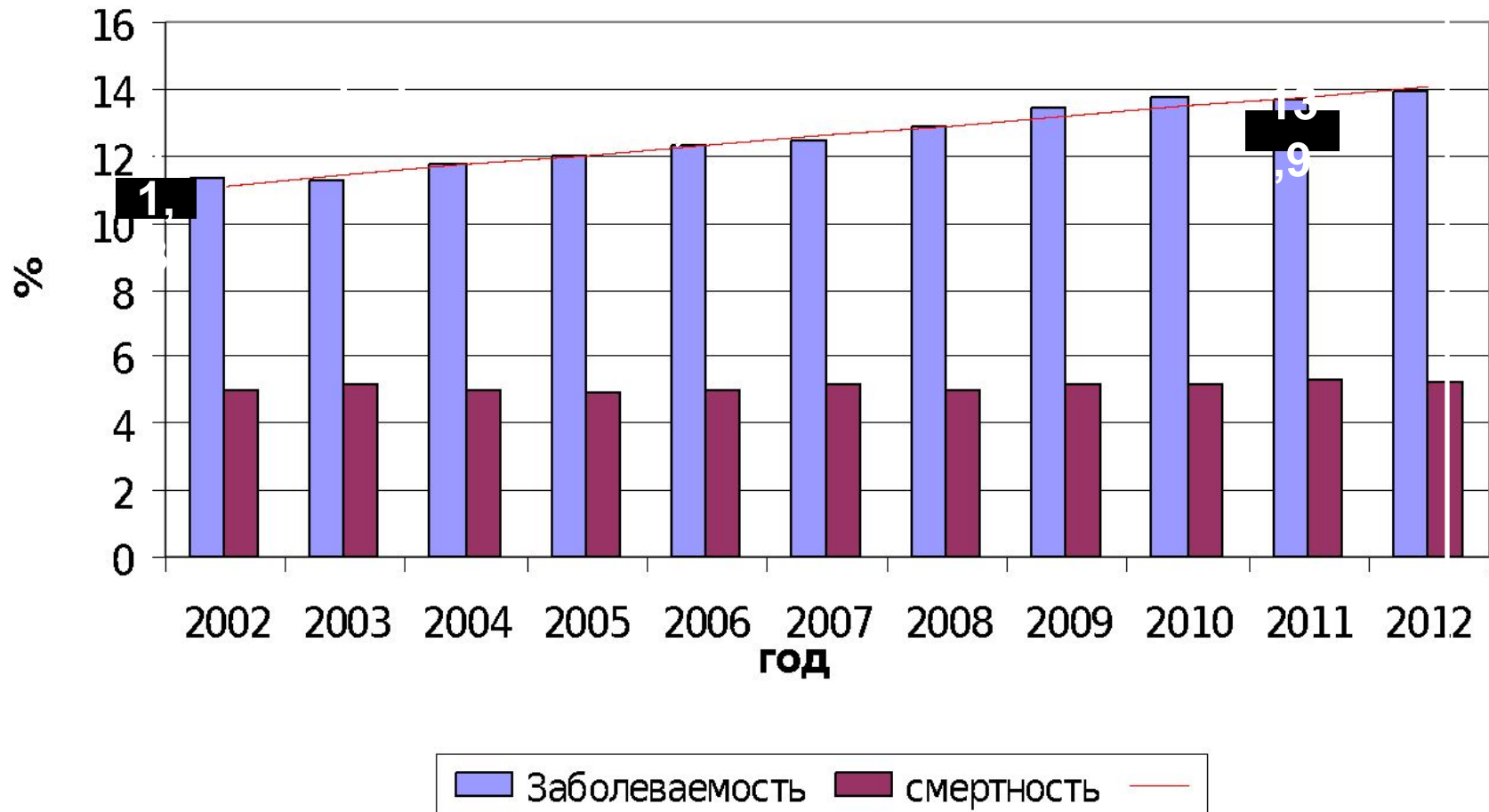


На 100 000 женского

*Parkin DM et al., 2002;*  
*В.И.Чиссов и др, 2010; В.М.Мерабишвили, 2010*



# Динамика показателей заболеваемости и смертности в России



# Факторы риска развития рака шейки матки

## ▣ ВПЧ высокого онкогенного риска

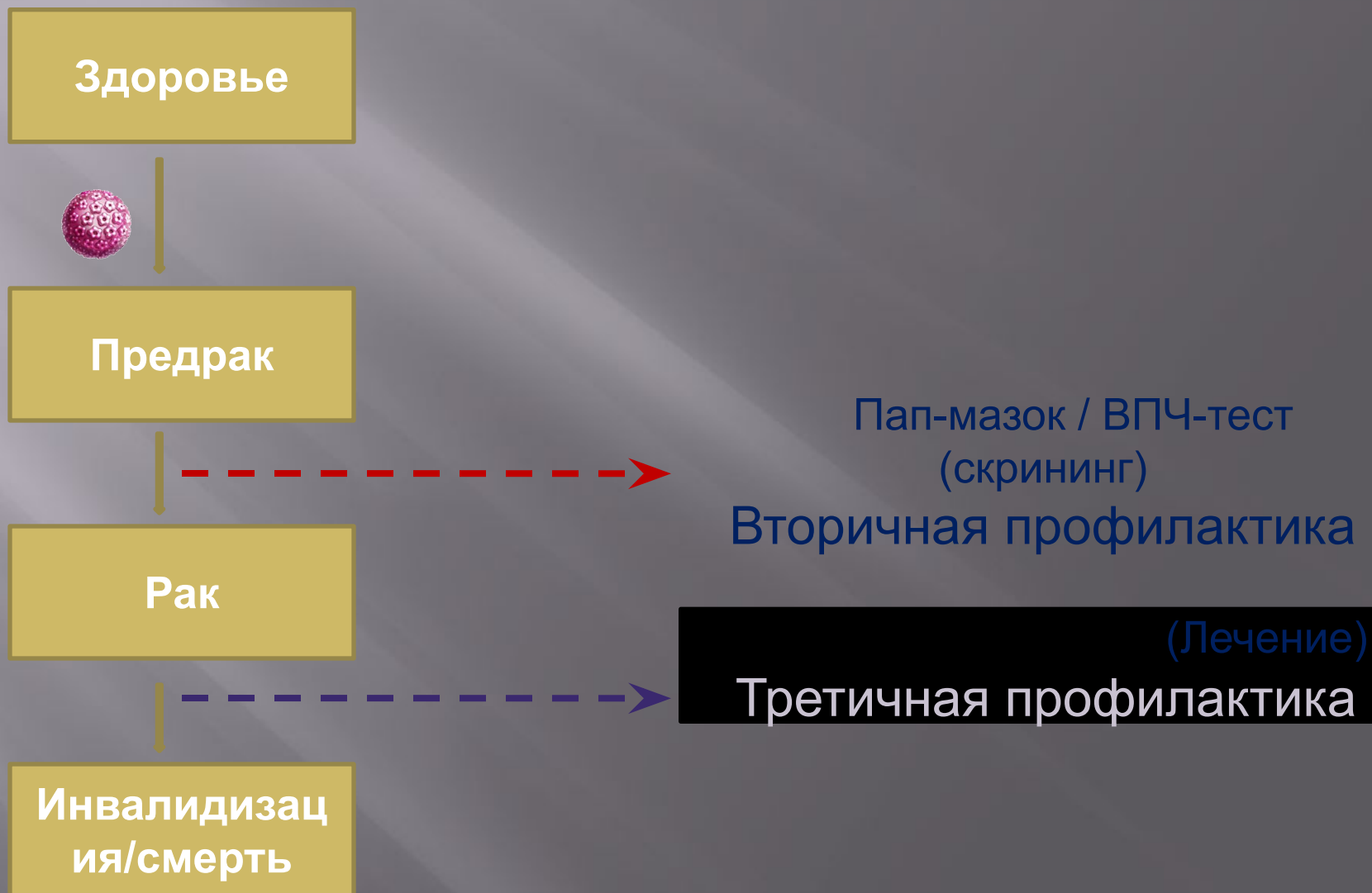
### Кофакторы, повышающие риск:

- ▣ курение
- ▣ ранний сексуальный дебют
- ▣ наследственная предрасположенность
- ▣ длительный (более 5 лет) прием комбинированных оральных контрацептивов
- ▣ ИППП (генитальный герпес, хламидиоз, гонорея)
- ▣ состояния иммунодефицита
- ▣ многократные роды

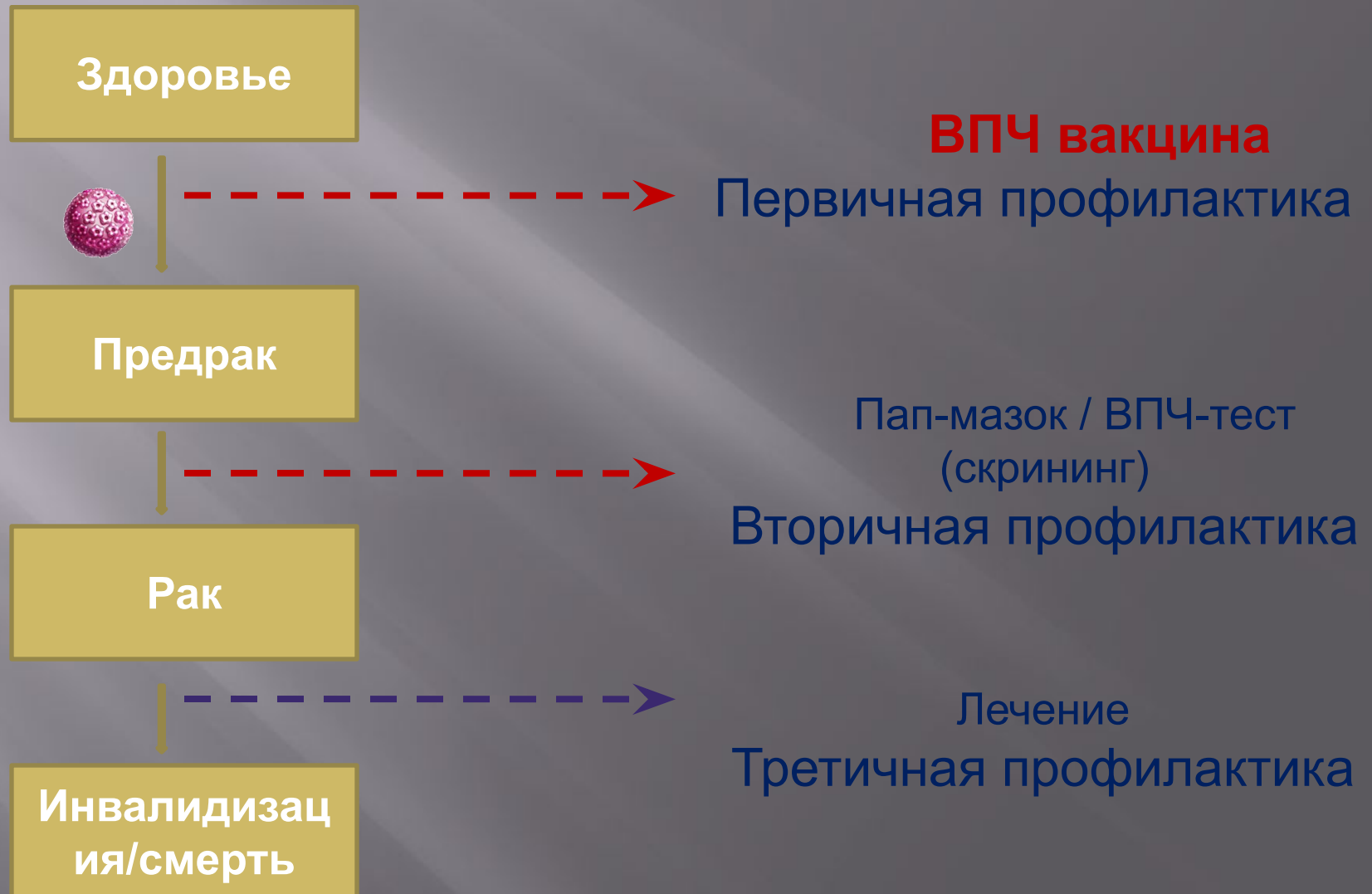




# Стратегия профилактики рака шейки матки до 2006 года



# Двойная стратегия профилактики РШМ после 2006 года



# Вакцины против ВПЧ

## ГАРДАСИЛ

Четырехвалентная вакцина

ВПЧ 6, 11, 16, 18 типов

Защищает от:

- Рака шейки матки
  - Рака вульвы
  - Рака влагалища
  - Анального рака
- Аногенитальных кондилом

▪ Возраст применения:

- Ж: 9-45 лет
- М: 9-26 лет

▪ Схема вакцинации:

0-2-6 мес

## ЦЕРВАРИКС

Двухвалентная вакцина

ВПЧ 16 и 18 типов

Защищает от:

- Рака шейки матки
- Персистирующей ВПЧ-инфекции

▪ Возраст применения:

- Ж: 10-25 лет

▪ Схема вакцинации:

0-1-6 мес.



**Рекомендации ВОЗ (2012) для календарей прививок:  
от следующих инфекций должны быть привиты  
все дети всех стран**



1. Гепатит В
2. Туберкулез
3. Коклюш
4. Дифтерия
5. Столбняк
6. Полиомиелит
7. Гемофильная инфекция типа b
8. Пневмококковая инфекция
9. Ротавирусная инфекция
10. Корь
11. Краснуха
12. **Вирус Папилломы человека**



# Клиника

- ▣ Контактные кровянистые выделения (*coitus, инструментальное обследование, подъем тяжестей ...*)
- ▣ Ациклические кровянистые выделения – 30%
- ▣ Бели – 15-20%

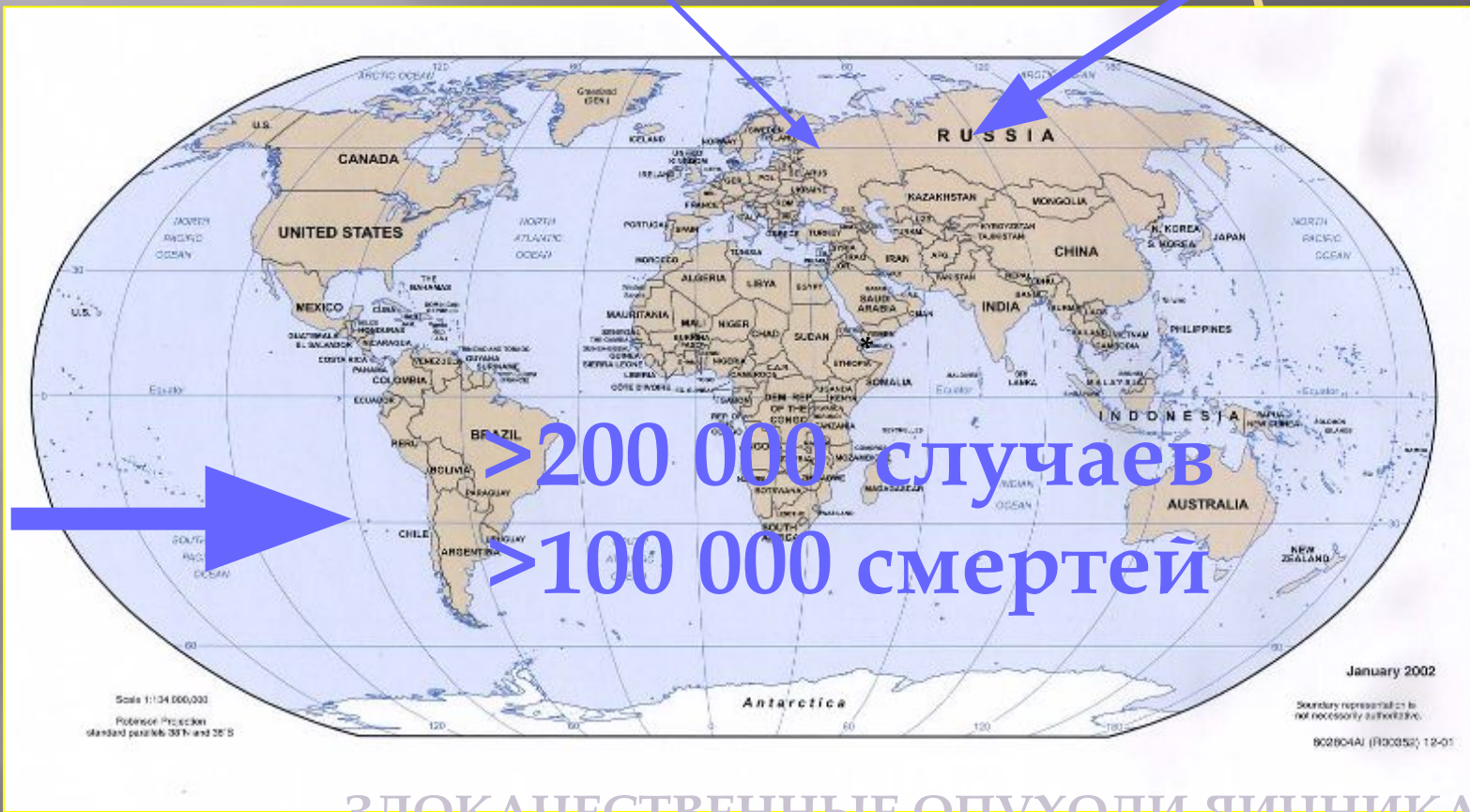




СПб  
566 случаев (12,4)  
353 смертей (5,8)



РФ  
12 556 случаев (10,7)  
7661 смертей (5,8)



**ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛИЦНИКА**  
**2-3-е место после РМЖ и РШМ**



# Группы риска рака яичника

- нарушения функции яичников (нарушения менструального цикла, бесплодие)
- кровотечение в постменопаузе, не связанное с патологией матки
- эпизод длительного тиреотоксикоза в анамнезе
- операции в пре- и постменопаузе по поводу доброкачественных опухолей матки и придатков с сохранением или резекцией одного из яичников
- операции по поводу рака молочной железы, рака желудка, толстой кишки, щитовидной железы в анамнезе
- *длительное диспансерное наблюдение по поводу*
  - *увеличения яичников в постменопаузе*
  - *хронических воспалительных процессов придатков матки*
  - *множественной миомы матки (субсерозные узлы)*
- **ОТЯГОЩЕННАЯ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**



# Генетические факторы риска

## ▣ Семейный рак яичников

- ✓ У родственницы 1 степени родства (у матери, дочери или родной сестры) риск **в 2-3** раза выше, чем в популяции
- ✓ В семьях, где выявлен рак яичника у одной родственницы 1 степени родства и одной родственницы 2 степени родства, риск возрастает **в 4-5 раз**

## ▣ Семейный рак молочной железы /яичников

- ✓ В таких семьях ближайшие родственницы заболевают раком молочной железы в молодом возрасте (до 50 лет) и раком яичников





# Клиника

## доброкачественные опухоли яичника

- ▣ бессимптомное течение
- ▣ бесплодие
- ▣ осложнения: перекрут ножки опухоли;  
апоплексия яичника  
инфицирование (абсцесс  
яичника)
- ▣ нарушения менструального цикла,  
гиперандрогения, метроррагия



# Клиника злокачественных опухолей яичника

- ▣ длительно бессимптомное течение, симптомы уже в запущенных стадиях
- ▣ утомляемость, слабость, снижение массы тела, анемия
- ▣ увеличение размеров живота
- ▣ ациклические кровотечения в пременопаузе и кровомазание в постменопаузе

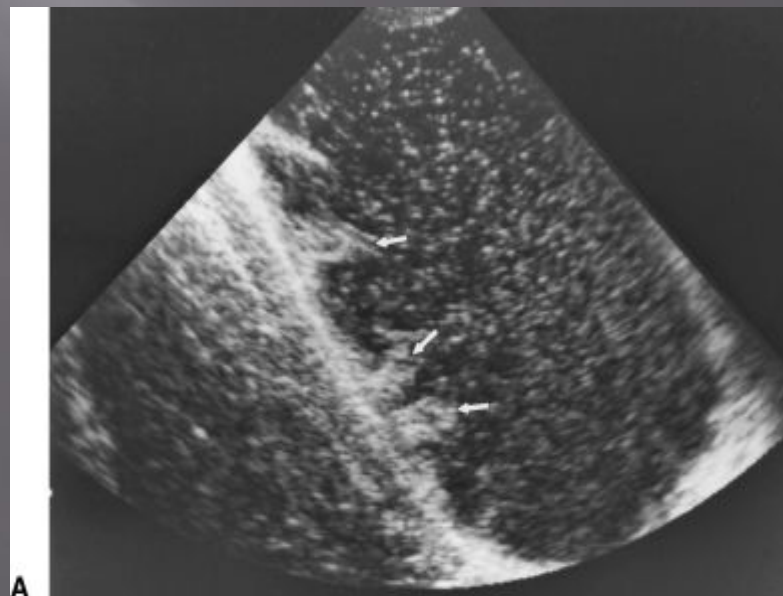
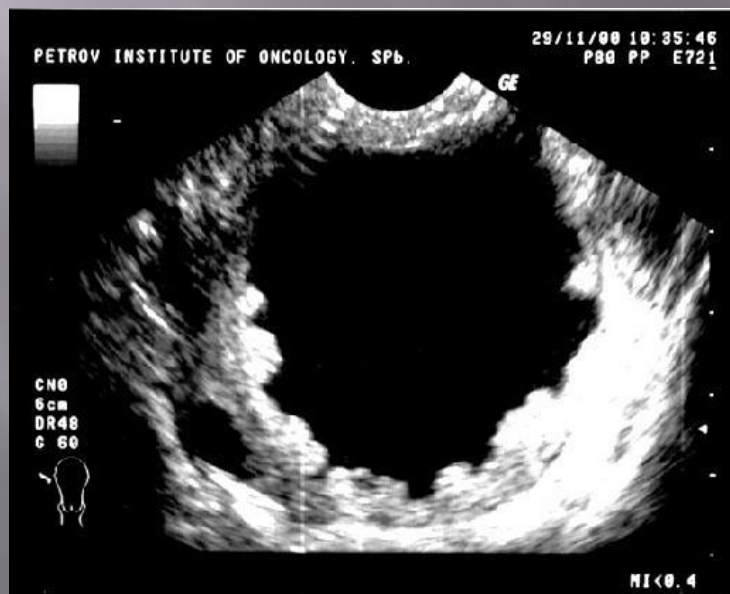


# Диагностика опухолей яичника

- ▣ бимануальное / ректовагинальное исследование
- ▣ трансвагинальное УЗИ органов малого таза + доплерометрия

*серозная аденокарцинома*

*муцинозная аденокарцинома*



# Диагностика опухолей яичника: *опухолевые маркеры*

- ✓ СА 125
- ✓ НЕ 4
- ✓ АФП (альфа-фетопротеин)
- ✓  $\beta$ -ХГЧ (хорионический  
гонадотропин)



# Диагностика опухолей яичника: опухолевые маркеры

- **СА-125 -**

*опухоль - ассоциированный антиген  
гликопротеиновой структуры,  
вырабатываемый клетками серозных  
злокачественных опухолей*

*в норме <35 ЕД/мл*



# Диагностика опухолей яичника: опухолевые маркеры

## ■ HE4 + CA 125

при наличии образований в малом тазу комбинация HE4 и CA 125 с подсчетом степени риска злокачественности дает высокую чувствительность (76%) и специфичность (95%) при дифференциальной диагностике злокачественного и доброкачественного процесса в яичниках и является более точным предиктором злокачественного процесса



# Патогенетические варианты гиперпластических процессов и рака эндометрия (Я.В.Бохман, 1979 г.)

## I ВАРИАНТ (ГОРМОНЗАВИСИМЫЙ) 60-70%

- гиперэстрогемия  
(хроническая ановуляция, гормонпродуцирующие опухоли яичников, гиперплазия коры надпочечников, терапия эстрогенами)
- ожирение
- дислипидемия
- сахарный диабет
- гипертоническая болезнь
- высокодифференцированный
- благоприятный прогноз

## II ВАРИАНТ (АВТОНОМНЫЙ) 30-40%

- атрофия эндометрия
- постменопауза
- фиброз яичников
- отсутствие обменных нарушений
- иммуносупрессия
- низкодифференцированный
- неблагоприятный прогноз



# Клиника рака эндометрия

- ▣ ациклические кровянистые выделения в репродуктивном возрасте и пременопаузе
- ▣ любые кровянистые выделения в постменопаузе
  
- ▣ *в запущенных стадиях бели, боли*





# Диагностика рака эндометрия

- ▣ бимануальное исследование
- ▣ трансвагинальное УЗИ органов малого таза с оценкой толщины, контуров, однородности М-эхо, цветное доплеровское картирование, трехмерное исследование



# УЗ-критерии гиперплазии эндометрия

## ▶ в репродуктивном возрасте:

- в конце условной секреторной фазы (19-22 день цикла) М-эхо  $\geq 16$  мм

- после менструации (5-8 день цикла)  
М-эхо  $\geq 9$  мм

## ▶ в постменопаузальном периоде:

М-эхо  $\geq 5$  мм

