

Ведение беременности и родов при заболеваниях репродуктивной системы.

**Выполнила студентка 41 а/д
Лебедева София**

**Кириши
2019**

Доброкачественные и злокачественные новообразование половых органов при беременности .

Доброкачественное новообразование – патологические образования, возникающие вследствие нарушения механизмов контроля деления, роста и дифференцировки клеток. Клинически опухоли представляют собой очаги роста патологической (анормальной) ткани в различных органах и структурах организма. Доброкачественная **опухоль** медленно растет, не проникая в близлежащие органы и ткани, не метастазируя.

Злокачественная новообразование - заболевание, характеризующееся появлением бесконтрольно делящихся клеток, способных к инвазии в прилежащие ткани и метастазированию в отдаленные органы. Болезнь связана с нарушением пролиферации и дифференцировки клеток вследствие генетических нарушений

Виды миом матки



1. До конца не выяснены. Известно, что в основе лежит дефект генетического материала клетки (ДНК), в результате чего механизм роста и деления клеток претерпевает патологические изменения, развивается апоптоз (самоуничтожение клетки в результате программирования на гибель).

Факторы риска :

1. Генетические факторы (наследственная предрасположенность – ведущий фактор)
2. Химические факторы (влияние ароматических веществ на ДНК)
3. Физические факторы (ультрафиолетовое излучение, другие виды радиации)
4. Механические травмы, перегрев организма
5. Биологические факторы (вирусы и инфекции)
6. Снижение иммунной защиты организма, аутоиммунные процессы
7. Патологии эндокринной системы, нарушение гормонального баланса

Клиника :

- 1.** Некоторые виды опухолей могут вообще не давать никаких симптомов, другие – в зависимости от характера, размера, локализации опухоли – могут проявляться местными или общими симптомами.
- 2.** Местными симптомами опухолей являются увеличенные регионарные лимфатические узлы, пальпируемая опухоль.
- 3.** Общие симптомы опухолей женских половых органов. Опухоли тех или иных органов могут иметь индивидуальные симптомы, например, при раке матки женщины могут жаловаться на маточные кровотечения вне цикла, бели водянистые и гнойные, дисфункцию яичников и т.д. При длительно существующей опухоли больших размеров могут отмечаться боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, промежность, прямую кишку и другие органы.
- 4.** Общими симптомами раковых опухолей служат быстрая утомляемость, быстрое прогрессирующее снижение массы тела, ухудшение аппетита, снижение работоспособности и настроения, субфебрильная температура

Виды доброкачественных и злокачественных опухолевых заболеваний женских половых органов:

1. Миома матки, фибромиома матки - фибромиома нуждается в обязательном хирургическом лечении вследствие возможности перехода в саркому.

2. Киста яичника представляет собой полость, заполненную жидкостью . Различают эндометриоидную, параовариальную, муцинозную, серозную, дермоидную, фолликулярную кисту, кисту желтого тела и т.д.

Кисты яичника подлежат обязательному оперативному лечению, т.к. способны озлокачествляться, приводить к развитию серьезных осложнений (развитию перитонита, нагноению кисты и др.)

3. Киста шейки матки – частое осложнение псевдоэрозий, являющихся, в свою очередь, частым осложнением истинных эрозий.

4. Рак вульвы – злокачественная эпителиальная опухоль. Характеризуется образованием узелков с дальнейшим поражением паховых лимфатических узлов, метастазированием.

5. Рак влагалища – злокачественная эпителиальная опухоль, по виду напоминает папилломатозные разрастания.

6. Рак шейки матки – наиболее распространенная злокачественная опухоль женских половых органов.

7. Рак шейки матки может протекать бессимптомно, ранними признаками могут быть бели и кровянистые выделения иногда с неприятным запахом.

8. Рак тела матки – часто протекает бессимптомно, женщины жалуются на слабость и быструю утомляемость.

Диагностика :

1. Гинекологический осмотр
2. Бимануальное исследование влагалища
3. Биопсия во 2 триместре - с последующим гистологическим или цитологическим исследованием

Дополнительные методы:

1. КТ органов малого таза
2. МРТ органов малого таза
3. Эндоскопическое обследование органов малого таза
4. Гистероскопия
5. Лапароскопия – при необходимости
6. Кольпоскопия
7. Трансвагинальное УЗИ (УЗИ органов малого таза)

Осложнения:

1. Преждевременное прерывание беременности
2. Предлежание плаценты
3. Гипоксия плода
4. Гипотрофия плода
5. Аномалии развития плода
6. Часто развиваются гестозы – ранние или поздние.
7. Слабость родовой деятельности
8. Неправильное положение плода
9. Препятствие для продвижения плода по родовому пути
10. Кровотечение
11. Септические осложнения
12. сдавление мочевого пузыря
13. сдавление прямой кишки (задержка стула и газов, явление кишечной непроходимости).
14. Перекрут ножки миоматозного узла , ущемление миоматозного узла, некроз миоматозного узла, инфицирование миоматозного узла.
15. Бесплодие
16. Гидронефроз
17. Асцит , перекрут ножки раковой опухоли , разрыв стенок – при раке яичников

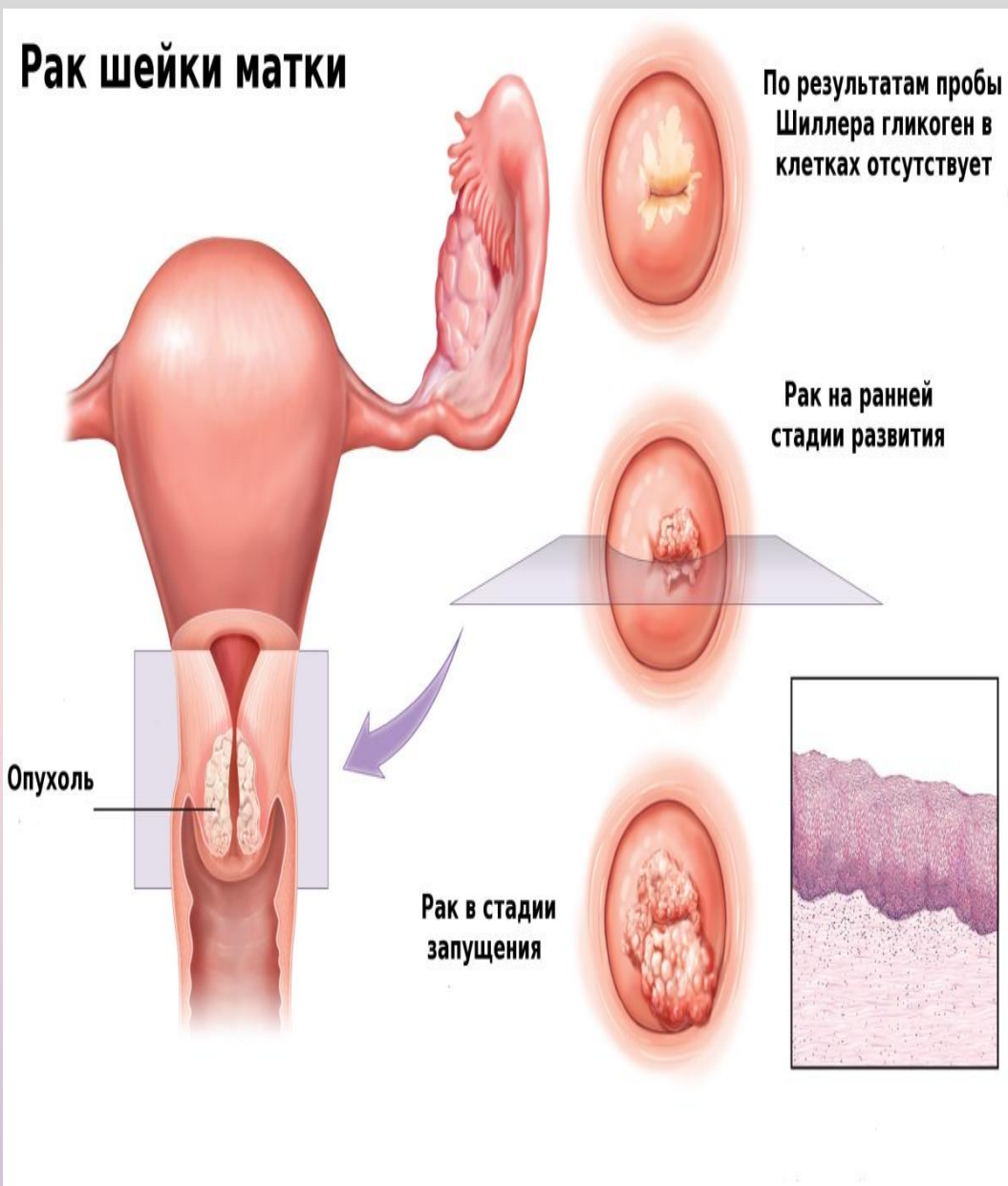
Лечения :

1. Операция, своевременно и радикально выполненная, с последующим применением различных добавочных методов лечения.

2. Консервативное - инфузионная терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию, спазмолитики, противовоспалительные средства.

3. Хирургическое - при неэффективности консервативного лечения в течении 24-48 ч.

У женщин репродуктивного возраста и у беременных производят органосохраняющие



1. Лечение рака во время беременности создает конфликт между оптимальным лечением матери и благополучием плода.

Оптимальная стратегия лечения должна выбираться совместно командой врачей, пациенткой и ее семьей и зависит от срока гестации, характера и стадии онкологического заболевания, существующих вариантов лечения с учетом возможного тератогенного воздействия . Пациентки должны получать лечение в специализированном стационаре с развитой инфраструктурой.

2. Лучевое воздействие на брюшную полость и малый таз беременным противопоказано в связи с возможностью развития серьезных побочных эффектов у плода .

3. Хирургическое лечение во время беременности.

Беременность не является противопоказанием для ее выполнения. По возможности операцию выполняют сразу после родоразрешения.

Выполнение операции в первом триместре беременности увеличивает риск преждевременных родов, но не вызывает увеличения врожденных аномалий.

Если возможно, операцию нужно отложить до второго триместра, когда риск выкидыша уменьшается, а размеры матки еще позволяют выполнить адекватный доступ и ревизию.

В тех случаях, когда хирургическое вмешательство невозможно отложить, необходимо следовать ряду рекомендаций, предусмотренных у этих больных. Мониторинг беременной пациентки с гинекологическим раком

д. При одобрении предпочтительно проводить в сроке гестации после 37 недель. Однако позднее выявление опухоли (35 недель беременности и более), ухудшение общего состояния матери и плода (по КТГ), а также необходимость проведения лучевой терапии могут быть показаниями для преждевременных родов.

Роды необходимо планировать через 3 недели от последнего курса химиотерапии, что позволит избежать проблем, связанных с кровотворением матери и плода .

При отсутствии осложняющих факторов предпочтение отдается естественным родам.

Показаниями для кесарева сечения является наличие метастазов в костях и ЦНС. Прямым показанием также является рак шейки матки. Естественные роды в данном случае могут способствовать высокому риску лимфогематогенного метастазирования, сильному кровотечению, инфекции, разрывам шейки матки и распространению опухоли в зоны эпизиотомии.

Кроме того, при раке шейки матки естественные роды могут быть невозможны из-за механической непроходимости родовых путей.

При кесаревом сечении предпочтительным является разрез матки выше нижней трети, чтобы предотвратить имплантацию опухолевых клеток в рану.

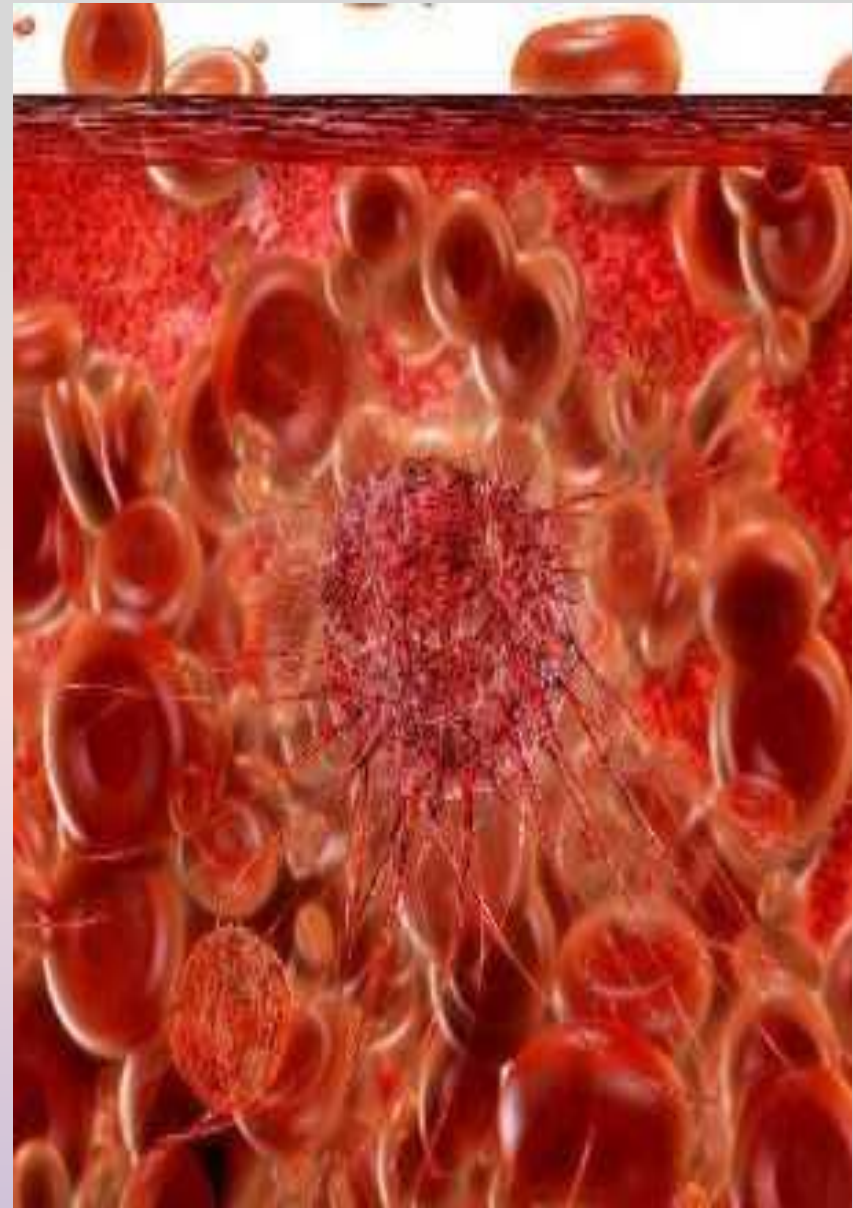
Пациенткам, оперированным по поводу рака вульвы во время беременности, также рекомендуется кесарево сечение с целью избежания

5. После родов плацента должна быть исследована, в т.ч. морфологически, на наличие метастазов.

Послеродовой период.

Грудное вскармливание во время химиотерапии противопоказано не всегда.

Противоопухолевое лечение может быть продолжено сразу после естественных родов или через неделю после неосложненной операции кесарева сечения .



Ведение беременности и родов при разрыве кисты яичника :

Обычно при разрыве начинается массивное внутрибрюшное кровотечение . Как правило, разрыв кисты яичника принимают за прервавшуюся внематочную беременность. Но в любом случае ситуация требует немедленного хирургического вмешательства.

У кого-то беременность прервалась сразу или через несколько дней после операции (разрыв кисты желтого тела), у кого-то протекала нормально (разрыв цистаденомы).

Гигантские размеры кисты яичника являются показанием для планового кесарева сечения, так как в родах большое образование может помешать нормальному родовому процессу или осложниться (перекрутиться или лопнуть).

Следует принять лежачее положение и немедленно вызвать скорую помощь.

В больницу ее также должны доставлять в лежачем положении.

Далее специалистами проводятся дополнительные исследования для постановления диагноза.

Неотложная помощь при апоплексии яичника заключается в проведении операции. В зависимости от степени тяжести состояния больной проводится резекция яичника или полное его удаление.

По усмотрению специалиста, диагностированная апоплексия может лечиться консервативным путем, без хирургического вмешательства. Этот метод показан только при легкой форме заболевания и незначительном кровоизлиянии.

Лечение проводится под строгим контролем специалиста, а больная должна находиться в состоянии полного покоя.

Послеоперационный период:

После операции при апоплексии яичника проводятся реабилитационные меры, направленные на предотвращение спаечного процесса и восстановление гормонального фона.

Так, назначаются противовоспалительные препараты, физиотерапевтические процедуры и прием гормональных контрацептивов. Минимальный срок приема последних составляет 1 месяц.

Секс после лечения апоплексии яичника возможен спустя месяц и после осмотра специалиста.

Кисты яичника, которые не оказывают влияния на ход беременности, обычно не лечат.

Фолликулярная киста и киста желтого тела часто исчезают до конца первого триместра беременности.

Кисты небольших размеров иногда разрываются во время беременности, чаще всего их содержимое рассасывается в течение нескольких дней в брюшной полости.

При перекрути кисты яичника, разрыве большой кисты или яичника с кровотечением (апоплексия яичника) необходимо оперативное вмешательство (часто лапароскопическое) с сохранением беременности. При наличии истинной кисты во второй половине беременности стоит вопрос о ведении родов. Если киста небольших размеров и не мешает нормальному течению родов, то ее лечение откладывают на послеродовый период. Когда киста больших размеров, то проводят кесарево сечение с одновременным удалением кисты.



Профилактика :

1. Каждая женщина должна являться на профилактический осмотр к своему участковому акушеру-гинекологу 2 раза в год
2. Женщины с бессимптомной миомой матки должны быть под систематическим наблюдением районного гинеколога и показываться ему не реже 4—5 раз в год. Таким больным не рекомендуется принимать солнечные ванны и тепловые процедуры.
3. Дыхательная же гимнастика и легкие физические упражнения в виде ежедневной зарядки не противопоказаны.
4. Отказ от вредных привычек.
5. Соблюдение здорового образа жизни (регулярные физические нагрузки, здоровое питание с исключением жирной, копченой и консервированной пищи, ограничением соли и т.д.).
6. Лечение фоновых и предраковых заболеваний
7. Чтобы предупредить развитие опухолей, каждой женщине необходимо строго соблюдать гигиенический и физиологический режим.
8. Обязательно занятия легкой физкультурой
9. Нужно избегать излишеств и ненормальностей в половом отношении
10. Необходимо создать спокойную, благоприятную обстановку, стараться всегда поддерживать в себе бодрое настроение

1. Медленный рост;
2. Наличие четкой границы с окружающими тканями (например, гладкой капсулы);
3. Опухоль не прорастает в соседние ткани и органы, но сдавливает их при достижении больших размеров;
4. Опухоль не дает метастазов (дочерних опухолей, которые развиваются из клеток материнской опухоли, попавших в другие ткани и органы с током крови и лимфы);
5. После хирургического удаления редко вырастает вновь.

Для злокачественных опухолей характерны:

1. Быстрый рост;
2. Внедрение в соседние органы и ткани;
3. Отсутствие четкой границы со здоровыми тканями;
4. Способность давать метастазы;
5. После хирургического удаления часто вырастает вновь.