

возникают, как правило, внезапно. Эффорисценции необильные и располагаются на ограниченных участках кожи или слизистых оболочек, мономорфны. Третичные сифилиды развиваются медленно, поэтому нередко наблюдается ложный эволюционный полиморфизм. Островоспалительные явления отсутствуют. Субъективные ощущения отсутствуют или слабо выражены. Несмотря на длительное сохранение третичных сифилидов, они довольно быстро разрешаются после начала специфической терапии.

Комплекс серологических реакций при активном третичном сифилисе положителен только у 60 – 70% больных.

Из морфологических элементов, характерных для третичного сифилиса, необходимо отметить: третичную эритему, бугорковый сифилид, гуммозный сифилид, поражения слизистых оболочек. Дифференциальный диагноз при третичной эритеме проводится с центробежной кольцевидной эритемой Дарье, хронической мигрирующей эритемой Афцелиуса – Люпшютца, пятнами при лепре. При бугорковом сифилиде – с туберкузной волчанкой, папулонекротическим туберкулезом кожи, красными угрями, кольцевидной гранулемой, базалиомой и др. При гуммозном сифилиде – с скрофулодермой, индуративным туберкулезом кожи, хронической язвенной пиодермией, лейшманиозом кожи, варикозными язвами и др. При поражениях слизистых оболочек – с травматическими язвами, туберкулезными язвенными поражениями, раковыми язвами.

Лабораторная диагностика сифилитической инфекции включает микроскопические исследования на наличие бледной трепонемы, серологические исследования крови и исследования цереброспинальной жидкости.

Лечение сифилиса проводится только в условиях специализированного учреждения.

Контроль и профилактика ИППП. Согласно действующему приказу МЗ РФ врачи, впервые выявившие ИППП (сифилис, гонорея, трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, гарднереллез, урогенитальный кандидоз, аноурогенитальный герпес, аноурогенитальные остроконечные кондиломы), обязаны заполнить извещение по форме 089/у. Извещение составляется врачом на каждого больного с впервые установленным диагнозом в каждом лечебно-профилактическом учреждении.

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В ПЛАНИРОВАНИИ СЕМЬИ

О.И. Дунайцева

Ступинская ЦГКБ

Одним из важных аспектов в работе врача общей практики, касающихся акушерства и гинекологии, является программа планирования семьи. Цель этой программы – дать супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством

ответственности решать вопросы о количестве и времени рождения своих детей.

Медико-социальная значимость проблемы планирования семьи определяется значительным ростом числа инфекций, передающихся половым путем (ИППП), особенно среди подростков и молодёжи, постоянным ухудшением состояния здоровья беременных женщин и рожениц, что в значительной степени определяет высокий уровень материнской смертности по сравнению с европейской (более чем в 2,5 раза), большим числом аборт, которые остаются основным способом регулирования деторождения, низкой обеспеченностью современными методами контрацепции, низким уровнем репродуктивной культуры, что связано с недостаточной информированностью в этой сфере.

В России оптимальным сроком для родов принят возраст между 18 и 35 годами. Показателем качества работы врача общей практики в области планирования семьи может служить соотношение родов и аборт, частота аборт у первобеременных, количество аборт на 1000 женщин фертильного возраста (то есть с 15 до 49 лет). По России этот показатель 45,8. У девушек от 15 до 19 лет соотношение родов и аборт составляет 1:5. К сожалению, в стране сложилась «абортная культура», когда аборт считается обычным способом регуляции рождаемости. На «абортные нужды» расходуется 5% бюджета здравоохранения, 40% рабочего времени врача занимает производство аборт и лечение его осложнений. Для многих семей право на выбор заключается в праве на аборт. По данным ВОЗ, 1 \$, вложенный в планирование семьи, экономит 200 \$ в социальной и медицинской области.

При подборе способа контрацепции учитываются многие критерии: эффективность, безопасность для конкретной пациентки, побочные действия, непротивные эффекты, обратимость метода, доступность, стоимость и другие критерии, в том числе социального и личного характера.

Гормональная контрацепция относится к современным надёжным способам предохранения от нежелательной беременности. К ней относятся, прежде всего, комбинированные оральные контрацептивы. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) состоят из эстрогенов и гестагенов. Она бывают монофазными и двух-трехфазными.

К монофазным оральным контрацептивам относятся: средства с высоким содержанием эстрогенов (0,5 мкг) – нон-овлон, овидон; низкодозированные (менее 0,35 мкг) – ригевидон, микрогинон, минизистон, марвелон, силест, регулон, ярина, Диане-35, жанин, белара; микродозированные (0,2 мкг) – мерсилон, новинет, логест; ультранизкодозированные – мирелль (0,15 мг эстрогена + 60 мг гестагена).

Двухфазные (антеовин) и трёхфазные КОК (три-регол, тризистон,

триквилар, милване, три-мерси) отличаются переменным снижением доз в разных таблетках упаковки для снижения гестагенов на 40%.

Чистые прогестагены – mini-pili – содержат микродозы гестагенов (0,3-0,5 мкг). К ним относятся эксклютон, микролют, чарозетта, фемулен, континуин, микронор.

К пролонгированным КОК относятся инъекционные контрацептивы (Депо-Провера, мизегина) и импланты (норплант вводится на 5 лет, имплантон – на 3 года).

Вагинальные кольца отличаются тем, что при их применении отсутствует первичное прохождение гормонов через печень. Нова ринг вводится на 3 недели, затем 1 неделя – отдых, комбинированная трансдермальная система ОртоЕвро – на 3 недели (3 пластыря), затем 1 неделя – отдых.

Посткоитальные КОК – постинор, даназол, мифепристон – применяются при незащищенном половом акте, при изнасиловании. Их не рекомендуется использовать чаще, чем 1-2 раз в год.

К гормоносодержащим внутриматочным контрацептивам (ВМК) относится мирена, которая содержит левоноргестрел.

Механизм контрацептивного действия КОК заключается в блокаде овуляции путём подавления гормонов гипофиза, сгущении цервикальной слизи, снижении восприимчивости эндометрия к бластоцисту.

Установлено, что, кроме предупреждения беременности (маточной и внематочной), КОК оказывает благоприятное непротивопоказательное воздействие на здоровье женщин: снижает вероятность возникновения рака яичников на 40%, рака эндометрия – на 50%, воспалительных заболеваний органов малого таза, доброкачественных новообразований молочных желез. Они также регулируют менструальный цикл (снижение кровопотери, лечение предменструального синдрома и дисменореи). Кроме того, возможно, КОК оказывает благоприятное воздействие на доброкачественные кисты яичников, фибромы матки, остеопороз, болезнь Альцгеймера.

Вместе с тем, отмечены и неблагоприятные воздействия КОК, среди которых симптомы «ложной» беременности (тошнота, рвота, прибавка в весе, мажущие выделения), заболевания сердечно-сосудистой системы (риск выше для курящих женщин старше 35 лет, при диабете, гипертонической болезни), венозная тромбоэмболия (риск увеличивается в 3-6 раз, особенно с возрастом, избыточным весом, после операции, при генетической тромбофилии), болезни печени (увеличивается риск доброкачественных печёночно-клеточных аденом).

Основным направлением в развитии гормональной контрацепции является уменьшение дозы гормонов для снижения неблагоприятных воздействий.

Абсолютными противопоказаниями для всех видов гормональной контрацепции являются тромбоэмболические осложнения, тяжёлые

заболевания сердечно-сосудистой системы, сосудов головного мозга, нарушение функции печени, цирроз печени, желтуха, злокачественные опухоли органов репродуктивной системы, тяжелая форма сахарного диабета, индивидуальная непереносимость, беременность или подозрение на нее, кровотечения из половых путей неясной этиологии.

Перед началом гормональной контрацепции необходимо провести соответствующую консультацию, предупредив пациентку о возможных побочных реакциях, которые являются закономерными и транзиторными (тошнота, некоторая прибавка веса, мажущие выделения). Женщины, получающие оральные контрацептивы, должны быть под наблюдением врача (первая явка через месяц после начала приема, затем через 3 месяца, в дальнейшем – каждые 6 месяцев). Перед назначением препарата рекомендован тщательный сбор анамнеза, особенно следует учитывать семейные формы тромбофилии (тромбозы и инфаркты до 40 лет у ближайших родственников); женщинам старше 35 лет – измерение АД. Следует также осмотреть гениталии и молочные железы, сексуально активным женщинам показано цитологическое исследование на наличие атипичных клеток.

Рекомендуется индивидуальный подбор оральных контрацептивов, предпочтение отдается монофазным низко- и микродозированным препаратам, прогестагенам 3-го поколения. Прием оральных контрацептивов начинают с первого дня менструального цикла – по одной таблетке в одно и то же время суток в течение 21 дня. При аменорее следует исключить беременность и обследовать женщину на наличие опухоли гипофиза, при нормальных, менструальноподобных выделениях – продолжить прием. При нерегулярных кровянистых выделениях необходимо исключить другие причины, подобрать другой контрацептив.

Врач общей практики может рекомендовать КОК молодым женщинам до 35 лет, без наследственного отягощения тромболитическими осложнениями, некурящим, имеющим двух-трехгодичный менструальный анамнез, возможно с эрозией шейки матки (после цитологии и лучше трехфазные), с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий, с длительными болезненными месячными.

Соматически проблемной женщине следует расширить обследование и доверить выбор контрацепции врачу женской консультации.

Врач общей практики должен ознакомить пациентку с правилами приёма КОК. Если приём таблеток начат не с первого, а с пятого дня менструального цикла, женщина нуждается в дополнительной контрацепции в течение 7 дней. Таблетки предпочтительно принимать вечером, после еды – для уменьшения диспептических расстройств. Схема дальнейшего приёма: 21 таблетка + 7 дней перерыва и менструальноподобной реакции + 21 таблетка + 7 дней + 21 + 7. Принимать гормоны можно столько времени, сколько женщина

нуждается в контрацепции. «Отдыха» через 6 месяцев или через год назначать не нужно, так как при отмене увеличивается риск беременности.

Если прием таблетки пропущен и прошло менее 12 часов, следует просто принять пропущенную таблетку, далее – положенную. Если прошло более 12 часов, надо принять пропущенную, затем в обычный срок – положенную таблетку, но в течение 7 дней применять дополнительные меры предосторожности. Если пропуск произошел, когда осталось меньше 7 таблеток цикла, – тогда, не делая 7-дневного перерыва, начать новую упаковку.

Мини-пили или чистые прогестагены. В состав мини-пили входят только гестагены, без эстрогенов, иначе они называются оральные прогестагенные контрацептивы (ОПК). Доза гестагенов в составе мини-пили в несколько раз меньше, чем в КОК. Механизм действия связан, в основном, со сгущением цервикальной слизи и подавлением овуляции.

Врач общей практики должен знать, что преимуществом прогестагенных оральных контрацептивов, в первую очередь, является возможность их применения для послеродовой контрацепции, у женщин более старшего возраста и с противопоказаниям к КОК. Прием препарата следует начинать в первый день менструального цикла по одной таблетке в день строго (!) в одно и то же время (опоздание – не более 3 часов), в непрерывном режиме. Недостатком ОПК является более низкая эффективность по сравнению с КОК.

Инъекционные прогестагенные контрацептивы – Депо-прогестагены – обладают пролонгированным действием. Подавляется секреция гонадотропных гормонов, происходит сгущение цервикальной слизи, торможение секреции эндометрия. Преимущество метода – высокая эффективность, безопасность, простота использования, конфиденциальность. Недостатки – нарушения менструального цикла (90%), изменения веса (20%), настроения (30%), изменение либидо (10%).

Депо-Провера вводится 1 раз в 3 месяца внутримышечно в ягодичную или дельтовидную мышцу. Метод показан женщинам с анемией, эндометриозом, при наличии кистозных яичников, фибромы и как лечение при онкологии. Нерожавшим женщинам этот контрацептив не рекомендуется из-за длительного восстановления фертильности.

Подкожный имплант норплант предназначен для длительной контрацепции в течение 5 лет, вводится под кожу в область внутренней поверхности плеча. Врач общей практики, рекомендуя этот метод, должен пройти специальную подготовку.

Внутриматочные средства контрацепции (ВМК) – метод пролонгированного и обратимого предохранения от беременности с помощью средств, вставленных в матку. Это один из наиболее распространенных и надежных средств контрацепции в России. Его преимущества – высокая эффективность, долговременное

использование, быстрое восстановление фертильности, возможность применения во время лактации. Механизм действия – предотвращение оплодотворения, ускоренное попадание оплодотворенной яйцеклетки в матку, асептическое воспаление, нарушение имплантации.

Снижение использования внутриматочной спирали (ВМС) в последнее время связано с увеличением гнойно-воспалительных заболеваний матки и придатков, ИППП, а также с длительным временем ношения ВМС. Повышение риска развития воспаления при использовании ВМС наблюдается в первые 20 дней после введения контрацептива и после окончания срока действия (3-5 лет).

Профилактическое применение доксацилина 200 мг за час до введения ВМС с повторным приёмом в дозе 100 мг через 12 часов после его введения позволяет снизить число воспалений на 20%. В качестве антисептического средства лучше использовать йодсодержащие растворы. ВМС не вводятся женщинам с высоким риском ИППП, при беременности, тяжелой анемии, дисменорее и мазках 3-й ст. чистоты.

ВМС вводится с 3-го по 7-й день менструального цикла. После проведения бимануального исследования, осмотра шейки матки в зеркалах (+ проба Шиллера) следует обработать стенки влагалища и шейку матки антисептическими растворами, наложить пулевые щипцы на верхнюю губу шейки, в полость матки ввести маточный зонд (для определения длины и направления), затем ввести проводник с ВМС через цервикальный канал до его соприкосновения с дном матки, удалить проводник, подрезать нити ВМС до 2-3 см.

Первый врачебный осмотр проводится через 7-10 дней после введения, затем разрешается половая жизнь без предохранения, последующий осмотр – через 3 месяца, затем – 2 раза в год с мазком на флору и степень чистоты. Удаление ВМС выполняется по желанию женщины в любое время, а по истечении срока – обязательно.

Удаление ВМС проводится в асептических условиях. Переднюю губу берут на пулевые щипцы, мягким захватом захватывают усики ближе к цервикальному каналу и извлекают ВМС. При отсутствии усиков следует убедиться в наличии ВМС на УЗИ и направить пациентку в женскую консультацию.

Наиболее распространённые модели ВМС: Copper T-200 (устанавливается на 2-3 года), Copper T-380 (на 5 лет), Nova T Cu 250+Ag (на 5 лет), Multiload Cu 250 трех типов (на 3 года), Юнона Био-Т 380 №1 и №2 (на 3-5 лет), Multiload Cu 375 двух типов (на 5 – 6 лет).

Осложнениями ВМС являются экспульсия, перфорация матки во время введения, усиление и удлинение менструации. Метод не рекомендуется нерожавшим женщинам. Женщины с ВМС должны быть на диспансерном учёте по форме № 030/у.

Барьерные методы контрацепции и спермициды. В связи со значительным увеличением в Российской Федерации заболеваемости ИППП (ВИЧ, сифилис, гонорея, хламидиоз, трихомониаз и др.), в задачу

врача общей практики входит обеспечение пациентов необходимой информацией о возбудителях и путях передачи инфекции, а также о ее последствиях (ими могут быть бесплодие, осложнения беременности и родов, патология плода и новорожденного).

К основным методам предохранения от этих заболеваний относятся барьерные методы контрацепции и спермициды.

Немедикаментозными барьерными средствами являются мужские и женские презервативы, а также влагалищные диафрагмы.

Презервативы – хорошая защита от ИППП, незаменимы при редких coitus как временный дополнительный способ.

Спермициды – медикаментозные барьерные средства, для большинства которых активным ингредиентом, влияющим на сперматозоиды и бактерии, являются ноноксинол-9 и хлористый бензолконий. Выпускаются в виде таблеток, вагинальных свечей, губок и вводятся во влагалище не позднее, чем за 5 минут до полового акта на 3-4 часа; губка «Фарматекс» вводится на 24 часа. Наиболее распространённые спермициды – трацептин, контрацептин-Т, лютенурин, фарматекс, патентекс-оваль, крем-дельфен, грамицидиновая паста. На сегодня вагинальные спермициды, губки и диафрагмы не рекомендуются как средства профилактики ИППП, так как они являются неэффективными при ВИЧ-инфекции и большинстве ИППП.

Естественные методы и периодическое воздержание.

Естественный метод (высчитывание безопасных дней) – метод Огино – Кнауца. Он приемлем для устоявшихся семейных пар и если пара отрицает все другие методы. Метод основан на том факте, что яйцеклетка живёт 48 часов, а сперматозоид – 72 часа.

Календарный метод состоит в следующем. Просчитывается продолжительность 6 последних циклов, из самого короткого цикла вычитается 18, из самого длинного – 11.

Например, 6 циклов: 28, 26, 29, 27, 29, 28 дней. $26-18=8$; $29-11=18$. В этом случае с 8-го по 18-й дни цикла – «опасные» дни, в это время следует избегать половых контактов.

«Опасные» дни можно высчитывать и по базальной температуре: исключить из половой жизни 3 дня высокой температуры после 6 дней низкой.

Прерванный половой акт – coitus interruptus – один из самых ненадежных и одновременно распространённых среди старшего поколения методов, когда половой акт заканчивается вне половых путей партнёрши. Против этого способа выступают урологи, психологи, сексологи, считая, что это путь к сексуальным проблемам.

Хирургическая стерилизация женщин и мужчин обладает высокой надёжностью. Это необратимый метод, регламентируемый приказом № 303 МЗ РФ. В нашей стране он разрешен с 1993 г.

Женская стерилизация достигается окклюзией маточных труб мини-лапаротомическим или лапароскопическим доступом, проводится

акушером-гинекологом в стационарных условиях. У мужчин перевязка семенных канатиков может быть проведена урологом – амбулаторно. Метод может быть рекомендован врачом общей практики женщинам с тремя детьми в любом возрасте, с двумя детьми – после 30 лет, с одним ребенком – после 35 лет, а также женщинам, имеющим противопоказания к беременности.

В особых ситуациях можно дать следующие рекомендации:

– подросткам можно использовать барьерные методы контрацепции: спермициды, монофазные микродозированные КОК (новинет, мерсилон, логест);

– при выраженном гирсутизме рекомендуется Диане-35, единственный препарат с антиандрогенным действием, а также жанин, три-мерси, белара (при акне и себорее);

– в послеродовом периоде (у кормящих) рекомендуются чистые прогестины (через 6 недель после родов), ВМК (через 6 недель); при лактационной аменорее в течение 6 месяцев после родов КОК противопоказаны, так как они снижают лактацию. Лучше применять барьерные методы, спермициды. У некормящих матерей можно использовать все методы и КОК.

– при плановом хирургическом вмешательстве необходимо отменить КОК за 4 недели до операции и назначить вновь через 2 недели после того, как оперированная женщина начала ходить. При срочной операции КОК следует отменить сразу и назначить антикоагулянты.

Посткоитальная контрацепция (экстренная, аварийная пожарная) является чрезвычайной мерой и не должна применяться вместо обычной контрацепции. Она используется в случае незащищенного полового акта (разрыв презерватива, изнасилование).

В последнее время в случае экстренной контрацепции наиболее безопасным считается применение постинора: выпить одну таблетку не позднее 72 часов после незащищённого полового акта, затем через 12 часов – ещё одну таблетку.

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА В ПРОФИЛАКТИКЕ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

*Л.А. Мамедова, В.Д. Вагнер, О.И. Ефимович,
М.А. Мурадов, М.Н. Подойникова, А.Э. Рамазанова, Е.В. Хасанова
ФУВ МОНИКИ*

Одной из основных проблем современной стоматологии остается качество оказания стоматологической помощи населению. Согласно социологическим оценкам состояния стоматологической службы РФ, только 3,9% опрошенных полностью удовлетворены качеством обслуживания.

Усугубляет данную проблему тот факт, что культура нашего