

Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан
Бухарский медицинский институт имени Абу Али ибн Сино
Кафедра акушерства и гинекологии №2



Учебно-методический комплекс

по предмету акушерство и гинекология
для студентов 6-курса лечебного и медико-педагогического
факультета



Аннотация

Этот учебно- методический комплекс по предмету «Акушерство и гинекология» для студентов 6-го курса лечебного и медико-педагогического факультетов разработана по Государственному Стандарту для подготовки бакалавров и утверждена Приказом Министерство высшего и средне- специального образования Республики Узбекистан № 30 от 13.11.2014 года.

В этом учебно – методическом комплексе включены тематики, обучающие: рациональное ведение беременности и родов, диагностику и научно обоснованному лечению распространённых гинекологических заболеваний наиболее распространенных гинекологических заболеваниях, формулированию командного духа для выяснения и решения медицинских проблем, которые присутствуют у пациентов, реабилитации и диспансеризации при неотложных состояниях.

Учебно- методический комплекс так же содержит принципы, обучающее самостоятельное ведение женщин с физиологической и патологической беременностью, изучение, диагностика и профилактика осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Догоспитальная помощь при осложнённых состояниях, реабилитация после гинекологических расстройств, планирование семьи и охрана репродуктивного здоровья.

Учебно- методический комплекс составлена на основании типовой программы по акушерству и гинекологии для студентов VI курса лечебного и медико-педагогического факультетов.

СОСТАВИТЕЛЬ:

Рахматуллаева М.М.- старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии БухМИ, к.м.н.

Ашурова Н.Г.-доцент кафедры акушерства и гинекологии БухМИ, к.м.н.

Хотамова М.Т.-доцент кафедры акушерства и гинекологии БухМИ, к.м.н.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Тешаев Ш.Ж. Заведующий кафедрой анатомии и ОХТА Бух МИ, профессор, д.м.н.

Акрамов В.Р.- Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии, нейрохирургии и общей хирургии, к.м.н.,доцент

Учебно-методический комплекс обсужден и утвержден в центральном методологическом совете Бух МИ

Протокол № 11 от 27. 06. 2019 г

Методист: Жумаева Ш.Б.

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 2

Зарегистрирован учебно-методическим
отделом № _____
“ ___ ” _____ 2019 год

“УТВЕРЖДАЮ”
Проректор по учебной и
воспитательной работе, доц.
_____ Г.Ж.Жарылкасынова
“ ___ ” _____ 2019 год

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ПО ПРЕДМЕТУ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Отрасль знания: обеспечение	500000	Здравоохранение и социальное
Отрасль обучения:	510000	Здравоохранение
Направление обучения:	5510100	Лечебное дело
	5111000	Профессиональное обучение

Курс	6
Объём часов:	307
В том числе:	
Лекции :	12
Практические занятия:	66
Клинические занятия:	79
Самостоятельная работа:	150

БУХАРА-2019

Рабочая программа составлена на основании Типовой программы и учебного плана по акушерству и гинекологии для студентов VI курса лечебного и медико-педагогического факультетов Мед. ВУЗов, утверждённой **Протоколом № 5 Координационного Совета по учебно-методической деятельности Высших и средне-специальных учебных заведений от 10 ноября, 2014 года.**

Составители:

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна – профессор кафедры акушерства и гинекологии № 2 БухМИ, д.м.н.

Ашурова Нигора Гафуровна – доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 БухМИ, к.м.н.

Хотамова М.Т. – доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 БухМИ, к.м.н.

Рецензенты:

Тешаев Ш.Ж. – Заведующий кафедрой анатомии и ОХТА Бух МИ, профессор, д.м.н.

Акрамов В.Р. – Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии, нейрохирургии и общей хирургии Бух МИ, доцент, к.м.н.

Рабочая программа утверждена на кафедральном совещании, протокол № _____ от «_____» _____ 2019 г.

Заведующая кафедрой: _____ **Негматуллаева М.Н.**

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ММК: д.м.н., доцент **Сафоев Б.Б.** -----

Рабочая программа составлена на основе Типовой учебной программы и учебного плана по направлению лечебное дело- 5510100 и профессиональное обучение- 5511100, обсуждена и утверждена на ЦМК БухГосМИ протокол № _____ от «_____» _____ 2019 г.

Методист: _____ **Жумаева Ш.Б.**

(подпись)

ВВЕДЕНИЕ

Рабочая программа по предмету «Акушерство и гинекология» для студентов 6-го курса лечебного и медико-педагогического факультетов разработана по Государственному Стандарту для подготовки бакалавров и утверждена **Протоколом № 5 Координационного Совета по учебно-методической деятельности Высших и средне-специальных учебных заведений от 10 ноября, 2014 года.**

Акушерство и гинекология обучает: рациональное ведение беременности и родов, диагностику и научно обоснованному лечению распространённых гинекологических заболеваний наиболее распространённых гинекологических заболеваниях, формулированию командного духа для выяснения и решения медицинских проблем, которые присутствуют у пациентов, реабилитации и диспансеризации при неотложных состояниях.

Цели и задачи науки

Цель преподавания предмета - самостоятельное ведение женщин с физиологической и патологической беременностью, изучение, диагностика и профилактика осложнений во время беременности, родов и послеродового периода. Догоспитальная помощь при осложнённых состояниях, реабилитация после гинекологических расстройств, планирование семьи и охрана репродуктивного здоровья.

Задачи предмета:

- ведение беременностей, родов и послеродового периода с физиологическим течением и осложненным на фоне экстрагенитальных заболеваний;
- определить факторы риска для акушерской и перинатальной патологии;
- Обучение критериям госпитализации пациентов со сложными экстрагенитальными патологиями;
- обучение принципам диспансерного наблюдения.
- обучение критериям амбулаторного и стационарного лечения.
- срочная первоначальная оценка беременных женщин.
- своевременная и безопасная госпитализация
- провести диагностику сложных гинекологических заболеваний;
- развитие знаний по навыкам консультирования по всем методам контрацепции, планирования семьи .

Требования к знаниям, навыкам и способностям учащихся по предмету

В рамках предмета «Акушерство и гинекология» бакалавр **должен знать:**

- клинику основных акушерских и гинекологических заболеваний, ведение женщин с физиологической и патологической беременностью, диагностика и профилактика осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, выявление факторов риска для матери и ребенка, оценку состояния плода, догоспитальную помощь при осложнённых состояниях, реабилитация после гинекологических расстройств, вопросы планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья.

В рамках предмета «Акушерство и гинекология» бакалавр **должен владеть навыками:**

- определение срока беременности и родов.
 - определение предполагаемой массы плода.
 - осмотр в зеркалах.
 - бимануальный осмотр матки и придатков.
 - наружное акушерское обследование.
 - выслушивание сердцебиения плода.
 - взятие мазка на цитологию.
 - определение степени чистоты влагалищного мазка.
 - вставления и снятия ВМС.
 - определение и интерпретация тестов функциональной диагностики.
 - экстренная помощь при тяжёлой преэклампсии, эклампсии и акушерских кровотечениях
- бакалавр **должен владеть квалификационными навыками по:**

- ведению физиологической беременности,
- ведение беременных с неосложнённой экстрагенитальной патологией, ранними токсикозами, гипертензивными нарушениями, лактостазом, гипогалактией, неосложнённым маститом и с анемией беременных,
- ведение женщин с предменструальным, климактерическим синдромом, с острыми и хроническими заболеваниями органов гениталия, с нарушениями менструального цикла.

Взаимосвязь предмета с другими дисциплинами и методологическая интеграция

Акушерство и гинекология является клиническим предметом и преподаются на 11, 12 семестрах. Для освоения учебной программы требуется знания по клиническим и фундаментальным дисциплинам. (нормальная и патологическая анатомия, физиология и патофизиология, терапия, хирургия, анестезиология и интенсивная терапия, дерматовенерология, клиническая фармакология, онкология, эндокринология, урология).

Значение предмета в науке и производства

Предмет Акушерство и гинекология важен для формирования основы медицинских знаний у врачей общей практики. Вместе с другими науками обеспечивает развитие клинического мышления у обучающихся.

Современные информационные и педагогические технологии в преподавании предмета

Решающее значение для овладения предметом акушерства и гинекологии имеет использование передовых методов обучения для студентов, внедрение новых информационных и педагогических технологий. Курс фокусируется на учебниках, учебных материалах, текстах лекций, раздаточных материалах, компьютерных программах, электронных материалах, фантомах и макетах. Передовые педагогические технологии успешно используются в лекциях и практических занятиях.

Обучение, ориентированное на личность. Это образование, по сути, обеспечивает всестороннее развитие всех участников образовательного процесса.

Систематический подход. Технология образования должна обладать всеми особенностями системы: логикой процесса, его последовательностью и целостностью.

Обучение, ориентированное на деятельность. В нем описывается обучение, направленное на формирование творческих качеств человека, активизацию и усиление активности обучаемого, открытие всех его способностей и возможностей в процессе обучения.

Диалоговый подход. Такой подход требует развития академических отношений. В результате увеличивается творческая активность, такая как самоактивация и самооценка.

Создание совместного обучения. Демократия, равенство, образование и профессиональная подготовка должны быть подчеркнуты при формулировании содержания работы и осуществлении совместной работы по оценке достигнутых результатов.

Проблемное образование. Способ решения проблем в содержании образования, активизирует деятельность обучаемого. В то же время объективное противоречие научного знания и творческого использования методов его решения формирует диалектический феномен и в результате создает самостоятельную студенческую творческую деятельность.

Применение современных информационных и коммуникационных методов - внедрение новых компьютерных и информационных технологий в учебный процесс.

Методы обучения. Лекция (введение, предмет, визуализация), проблематичное обучение, кейс-стади и методы проектирования, практическая работа.

Методы коммуникации: непосредственное взаимодействие с обучающимися, основанное на оперативной обратной связи.

Методы и средства обратной связи: диагностика обучения на основе наблюдений, блиц-опрос, промежуточные, текущие и конечные результаты контроля.

Методы и средства контроля: планирование учебных мероприятий в виде технологической карты, которая определяет этапы учебной деятельности, сотрудничество учителя и ученика в достижении целей, не только в аудитории, а также контроль за самостоятельной работой вне аудитории.

Мониторинг и оценка: Регулярный мониторинг результатов обучения на протяжении всего учебного курса. По окончании цикла оценивайте знания слушателей с помощью ОСКЭ.

В ходе обучения «Акушерство и гинекология» разрабатываются компьютерные технологии, программное обеспечение учебного плана, раздаточные материалы по темам. Оценка знаний студентов осуществляется в устных, компьютеризированных тестовых формах

Методика «Дерево решений»

1. Использование методики «дерево решений» позволяет овладеть навыками выбора оптимального варианта решения, действия и т.п.

2. Построение «дерева решений» - практический способ оценить преимущества и недостатки различных вариантов. Дерево решений для трех вариантов может выглядеть следующим образом:

Проблема: ...

Вариант 1: ...		Вариант 2: ...		Вариант 3: ...	
Плюсы	Минусы	Плюсы	Минусы	Плюсы	Минусы

Деловые и ролевые игры

Деловая игра – форма воссоздания предметного и социального содержания профессиональной деятельности, моделирования систем отношений, разнообразных условий профессиональной деятельности, характерных для данного вида практики.

В деловой игре обучение участников происходит в процессе совместной деятельности. При этом каждый решает свою отдельную задачу в соответствии со своей ролью и функцией. Общение в деловой игре – это не просто общение в процессе совместного усвоения знаний, но первым делом – общение, имитирующее, воспроизводящее общение людей в процессе реальной изучаемой деятельности.

Дискуссия

Дискуссия(от лат. discussio — исследование, рассмотрение) — это всестороннее обсуждение спорного вопроса в публичном собрании, в частной беседе, споре. Другими словами, дискуссия заключается в коллективном обсуждении какого-либо вопроса, проблемы или сопоставлении информации, идей, мнений, предложений. Цели проведения дискуссии могут быть очень разнообразными: обучение, тренинг, диагностика, преобразование, изменение установок, стимулирование творчества и др.

Круглый стол — это метод активного обучения, одна из организационных форм познавательной деятельности учащихся, позволяющая закрепить полученные ранее знания, восполнить недостающую информацию, сформировать умения решать проблемы, укрепить позиции, научить культуре ведения дискуссии. Характерной чертой «круглого стола» является сочетание тематической дискуссии с групповой консультацией.

Метод «трехэтапного интервью»

Цель: Обучить студентов правильному психологическому подходу при выявлении и решении проблем.

Основные принципы: группа подразделяется на 2-3 подгруппы и назначается на роль студентов: врача, пациента, специалиста. Пациент, который играет роль пациента, тайно диагностируется. Пациент должен знать о болезненных жалобах, развитии болезни, эпидемиологической истории, и врач должен знать об изменениях, которые могут произойти из-за болезни и болезни. Каждый врач будет принимать пациента с советом в течение 10-15 минут. Эксперты оценивают деятельность пациента (пациента и врача) в следующих трех категориях:

1. Что было правильно?
2. Что было неправильно?
3. Что нужно было сделать?

3. Содержание дисциплины

часы	Распределение учебных нагрузок				Самостоятельная работа
	всего	лекция	Практические занятия	Клинические занятия.	
леч Мед.пед					леч Мед.пед
307	157	12	66	79	150

Содержание лекционного курса.

№	Тема лекции	часы
1	Акушерские кровотечения в структуре материнской смертности.	2
2	Гипертензивные нарушения во время беременности. Тактика ВОП.	2
3	Аномальные маточные кровотечения. Тактика ВОП.	2
4	Высокая температура во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Послеродовый сепсис. Тактика ВОП.	2
5	Ведение беременности с соматическими заболеваниями. Тактика ВОП.	2
6	Синдромальная диагностика ИППП.	2
	всего	12

Содержание практических занятий

ПЛАН ПРАКТИЧЕСКИХ И КЛИНИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

№	Темы занятий:	лекци и	Практи ческие занятия	Клини ческие занятия
1	Ведение физиологической беременности. Национальный стандарт антенатального ухода.		3	3
2	Физиологические роды. Тактика ведения. Ургентная помощь при физиологических родах ВОП. Ведение физиологического послеродового периода.	2	2	2
3	Преждевременные роды. Этиология, патогенез. Диагностика. Риски со стороны матери и плода во время родов. Акушерская тактика.		3	3
4	Переношенная беременность. Этиология, патогенез. Диагностика. Риски со стороны матери и плода во время родов. Акушерская тактика.		3	3
5	Прелеминарный период (Ложные роды) Диагностика. Принципы наблюдения. Акушерская тактика.		3	3
6	Грудное вскармливание. Основные шаги. Питание во время беременности.		3	3
7	Оценка патологического состояния плода в ante- и интранатальном периоде. СОРП. Неубедительное состояние плода. Принципы лечения.		3	3

8	Изосерологический конфликт плода. Гемолитическая болезнь новорожденных.	2	2	2
9	Гипертензивные нарушения во время беременности и родов (Хроническая гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, эклампсия). Осложнения. Синдром HELLP.Профилактика. Тактика ВОП. Экстренная помощь ВОП во время тяжелой преэклампсии и эклампсии.		3	3
10	Сахарный диабет, заболевания печени и беременность. Обследование. Диф. диагностика. Ведение и тактика ВОП.	2	2	2
11	Затруднение дыхания. Острая респираторная инфекция, бронхиальная астма и пневмония во время беременности. Диагностика. Обследование и тактика ведения.		3	3
12	Анемия и беременность. Тактика ведения.		3	3
13	Болезнь ССС и беременность. Ведение. Акушерская тактика.		3	3
14	Кровотечение в позднем сроке беременности (после 22 недель), в родах и в послеродовом периоде. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная первичная оценка состояния. Первичная врачебная помощь. Своевременная и безопасная госпитализация беременных.		3	3
15	ВИЧ и СПИД. Предупреждение трансмиссии от матери к плоду. Предтестовое консультирование. Назначение антиретровирусных препаратов для ВИЧ-позитивных беременных в антенатальном периоде. Методы родоразрешения (элективное кесарево сечение). Безопасное ведение родов. Безопасное вскармливание и специальный уход детей, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей. Профилактика осложнений в послеродовом периоде. Принципы диспансеризации и реабилитации.	2	2	2
16	Инфекция во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Программа скрининга для профилактики инфекции. Стандарт/универсальные	2	2	2

	мероприятия. Тактика ВОП.			
17	Высокая температура во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Урогенитальная инфекция (цистит, о.пиелонефрит). Послеродовые септические заболевания. Диагностика. Ведение.		2	3
18	Репродуктивное здоровье. Основы консультирования. Меры охраны репродуктивного здоровья. Принципы ВОЗ по планированию семьи. Современные методы контрацепции.		3	3
19	Гормональная контрацепция. КОК, ЧПК. Механизм действия, эффективность, показания и противопоказания. Профилактика и ведение побочных эффектов.		2	3
20	ВМС. Введение и удаление ВМС.		2	4
21	Признаки ИППП. Механизм действия барьерных методов и спермицидов. Виды, преимущество и недостатки. Техника применения.	2	2	2
22	ДХС. Естественные методы контрацепции (МЛА и др.) Показания и противопоказания, преимущество и недостатки. Профилактика и ведение побочных эффектов. Контрацепция для различных групп населения (после аборта, родов, у кормящих, подростков и у женщин после 35 лет)		2	3
23	Кровотечение в роанних сроках беременности (до 22 недель). Аборты и их осложнения. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная помощь при самопроизвольных абортах. Показания к медикаментозному и искусственному аборту.		2	4
24	АМК. Миома матки. Эндометриоз. Диагностика. Диф.диагностика. Тактика ведения ВОП. Диспансеризация и оздоровление женщин после акушерских и гинекологических операций. Синдром вагинальных выделений (Неспец. и спец. ВЗОМТ). Диагностика. Диф.диагностика. Тактика ведения ВОП		2	3
25	Доброкачественные опухоли молочной железы. Неоплазии вульвы, влагалища, тела и шейки матки. Диагностика. Диф.диагностика. Тактика		2	4

	ведения ВОП			
26	Бесплодный брак. Диагностика. Диф. диагностика. Тактика ведения ВОП.		2	3
27	Острый живот в гинекологии: внематочная беременность; апоплексия яичника; перекрут ножки кисты яичника. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная помощь. Своевременная и безопасная госпитализация.		2	4
	Всего:	12	66	79

Содержание практических занятий

№	Практические занятия	Литература
1	Ведение физиологической беременности. Национальный стандарт антенатального ухода.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
2	Физиологические роды. Тактика ведения. Ургентная помощь при физиологических родах ВОП. Ведение физиологического послеродового периода.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
3	Преждевременные роды. Этиология, патогенез. Диагностика. Риски со стороны матери и плода во время родов. Акушерская тактика.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
4	Переношенная беременность. Этиология, патогенез. Диагностика. Риски со стороны матери и плода во время родов. Акушерская тактика.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
5	Прелеминарный период (Ложные роды) Диагностика. Принципы наблюдения. Акушерская тактика.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
6	Грудное вскармливание. Основные шаги. Питание во время беременности.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
7	Оценка патологического состояния плода в анте- и интранатальном периоде. СОП. Неубедительное состояние плода. Принципы лечения.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
8	Изосерологический конфликт плода. Гемолитическая болезнь новорожденных.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
9	Гипертензивные нарушения во время беременности и родов (Хроническая гипертензия, гестационная гипертензия, преэклампсия, эклампсия). Осложнения. Синдром HELLP. Профилактика. Тактика ВОП. Экстренная помощь ВОП во время тяжелой преэклампсии и эклампсии.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21

10	Сахарный диабет, заболевания печени и беременность. Обследование. Диф. диагностика. Ведение и тактика ВОП.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
11	Затруднение дыхания. Острая респираторная инфекция, бронхиальная астма и пневмония во время беременности. Диагностика. Обследование и тактика ведения.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
12	Анемия и беременность. Тактика ведения.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
13	Болезнь ССС и беременность. Ведение. Акушерская тактика.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
14	Кровотечение в позднем сроке беременности (после 22 недель), в родах и в послеродовом периоде. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная первичная оценка состояния. Первичная врачебная помощь. Своевременная и безопасная госпитализация беременных.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
15	ВИЧ и СПИД. Предупреждение трансмиссии от матери к плоду. Предтестовое консультирование. Назначение антиретровирусных препаратов для ВИЧ-позитивных беременных в антенатальном периоде. Методы родоразрешения (элективное кесарево сечение). Безопасное ведение родов. Безопасное вскармливание и специальный уход детей, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей. Профилактика осложнений в послеродовом периоде. Принципы диспансеризации и реабилитации.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
16	Инфекция во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Программа скрининга для профилактики инфекции. Стандарт/универсальные мероприятия. Тактика ВОП.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
17	Высокая температура во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Урогенитальная инфекция (цистит, о.пиелонефрит). Послеродовые септические заболевания. Диагностика. Ведение.	О:1,2,3 Д- 3,4,13,14,16,18,19,20,21
18	Репродуктивное здоровье. Основы консультирования. Меры охраны репродуктивного здоровья. Принципы ВОЗ по планированию семьи. Современные методы контрацепции.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
19	Гормональная контрацепция. КОК, ЧПК. Механизм действия, эффективность, показания и противопоказания. Профилактика и ведение побочных эффектов.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
20	ВМС. Введение и удаление ВМС.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
21	Признаки ИППП. Механизм действия барьерных методов и спермицидов. Виды, преимущество и недостатки. Техника применения.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
22	ДХС. Естественные методы контрацепции (МЛА и др.) Показания и противопоказания, преимущество и недостатки. Профилактика и ведение побочных эффектов. Контрацепция для различных групп населения (после аборта, родов, у кормящих, подростков и у женщин после 35 лет)	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22

23	Кровотечение в роанних сроках беременности (до 22 недель). Аборты и их осложнения. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная помощь при самопроизвольных абортах. Показания к медикаментозному и искусственному аборту.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
24	АМК. Миома матки. Эндометриоз. Диагностика. Диф.диагностика.Тактика ведения ВОП. Диспансеризация и оздоровление женщин после акушерских и гинекологических операций. Синдром вагинальных выделений (Неспец. и спец. ВЗОМТ). Диагностика. Диф.диагностика.Тактика ведения ВОП	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
25	Доброкачественные опухоли молочной железы. Неоплазии вульвы, влагалища, тела и шейки матки. Диагностика. Диф.диагностика.Тактика ведения ВОП	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
26	Бесплодный брак. Диагностика. Диф. диагностика.Тактика ведения ВОП.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22
27	Острый живот в гинекологии: внематочная беременность; апоплексия яичника; перекрут ножки кистомы яичника. Диагностика. Тактика ведения. Экстренная помощь. Своевременная и безопасная госпитализация.	О:1,2,3 Д- 3,4,14,16,18,19,20,21,22

Темы самостоятельных работ

№	Темы самостоятельных работ	часы
1.	Личная гигиена беременных и родильниц. Рацион питания кормящих . Амбулаторное ведение родильниц. Осложнения и диагностика их. Послеродовая депрессия.	6
2.	Совместное пребывание матери и дитя. 10 принципов грудного вскармливания. Гипогалактия. Техника прикладывания к груди. Противопоказания к грудному вскармливанию.	6
3	Диагностика асфиксии новорождённого и методы реанимации. Уход новорождённого.	6
4	Охрана репродуктивного здоровья женщин с ССЗ. Планирование семьи.	6
5	Охрана репродуктивного здоровья женщин с заболеваниями почек. Планирование семьи.	6
6	Ведение беременности с перерастянутой маткой (Многоводие, многоплодие) Диф. Диагностика. Ведение.	6
7	Ведение беременности у юных, возрастных первородящих.	6
8	Охрана репродуктивного здоровья женщин с сахарным диабетом и с заболеваниями печени. Планирование семьи.	6
9	Охрана репродуктивного здоровья женщин с анемией. Планирование семьи.	6
10	Охрана репродуктивного здоровья женщин с гипертензивными заболеваниями в анамнезе. Планирование семьи.	6
11	Кисты и кистомы яичников. Диагностика и ведение.	6
12	Охрана репродуктивного здоровья женщин с антифосфолипидным синдромом. Планирование семьи.	6
13	Скрининговые программы по раннему выявлению рака молоч. железы и ш\ матки. Вакцинация.	6

14	Нормальный менструальный цикл и её регуляция. НМОЦ.	6
15	Желтуха у беременных. Диф. Диагностика. Ведение. Виды редких форм токсикозов. Тактика ВОП.	6
16	Тромбоэмболические осложнения беременности. ДВС- синдром.	5
17	Охрана репродуктивного здоровья женщин с ИППП. Планирование семьи. Планирование семьи	5
18	Генитальные травмы. Диф. Диагностика. Ведение после операции.	5
19	Острый живот в гинекологии. Диф. Диагностика. Ведение	5
20	ПОНРП. ПП. Геморрагический шок.	5
21	Коагулопатические кровотечения. ДВС.	5
22	Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Травмы мягких тканей родовых путей.	5
23	Роль резус фактора в акушерстве. Осложнения во время беременности. Резус-конфликт.	5
24	Неправильные положения плода.	5
25	Ведение женщин с рубцом на матке. Кесарево сечение.	5
26	Оздоровление и женщин климактерического периода. Профилактика остеопороза.	5
27	Роль витамина Д в репродуктивной системы женщин.	5
	Итого	150

Перечень практических навыков

1. Определение срока беременности и родов
2. Определение предполагаемой массы плода
3. Осмотр в зеркалах
4. Бимануальный осмотр
5. Наружный акушерский осмотр
6. Взятие мазка по Папаниколау.
7. Измерение базальной температуры.
8. Определение симптома «зрачка»
9. Определение растяжимости слизи шейки матки
10. Введение ВМС
11. Удаление ВМС
12. Определение чистоты влагалища.
13. Неотложная помощь при эклампсии
14. Прижатие брюшной аорты
15. Активное ведение 3 периода родов
16. Первичная обработка культи пуповины
17. Обработка глаз новорожденного
18. Первичное прикладывание новорожденного к груди.

4.1. Список учебников и учебных пособий.

Основная литература:

1. Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Садикова Д.Р., Шодиева Х.Т. “Акушерлик ва гинекологиядаги инновацион амалиётлар”. Ўқув кўлланма. -Ташкент. “RIO TMA” нашриёти. 2019 й.
2. Gabbarova Y.Q., Aurova F.M. “Akusherlik”. Дарслик. - Тошкент “Мехридаре” нашриёти. 2013 й.
3. Aurova F.M., Gabbarova Y.Q. “Ginekologiya”. Дарслик. - Тошкент. “Мехридаре” нашриёти. 2015 й.

Дополнительная литература:

1. Под редакцией В.Е. Радзинского и А.М. Фукса. « Акушерство». Учебник. -Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2016 г.
2. Под редакцией В.Е. Радзинского и А.М. Фукса. « Гинекология». Учебник. -Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2014 г.
3. Стандарт антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико санитарной помощи. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан. UNFPA. 2016г.
4. Шехтман М.М. «Экстрагенитальная патология и беременность». Учебник. - Москва. Медицина. 2005 г.
5. Под редакцией Г.М. Савельевой. «Гинекология». Учебник. -Москва. Медицина. 2009 г.
6. Нажмутдинова Д.К. и соавт. “Передовые практики в акушерстве и гинекологии”. Практическое руководство. - Ташкент. Vaktriapress. 2017 г.
7. Медицинские критерии приемлимости для использования методов контрацепции. 5-е издание.UNFPA. 2015 г.
8. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. - Ташкент. UNFPA 2008 г.
9. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. - Ташкент. UNFPA. 2008 г.
10. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. - Ташкент. UNFPA 2008г.
11. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
12. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
13. Неонатология. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
14. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
15. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. - Ташкент. 2004 г.
16. Приказ МЗ № 500 от 13 ноября 2003г. «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профи лактике внутривольничных инфекций».
17. Приказ МЗ № 74 от18 марта 2009 г. «О профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку в учреждениях системы Министерства здравоохранения».
18. Приказ МЗ № 137 от 18 мая 2012г. «Об организации и обеспечения антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико санитарной помощи”.
19. Рахматуллаева М.М., Ашурова Н.Г. Учебно-методический комплекс по предмету акушерство и гинекология для студентов 6-курса лечебного и медико-педагогического факультета. Бухара. 2019.

20. “Modern views purulent–septic complication in obstetrics” Монография Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. 2019 й. Германия.
21. «Гинекология хамширалик иши» электрон дарслик Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Ахмедов Ф.К., Тошева И.И., Исматова М.И. 2018й. Тошкент.
22. «Акушерлик ва гинекология» Укув кулланма. Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Аслонова М.Ж. 128бет «Бухоро нашриёти» -2019й.
23. “Гинекологияда кон кетишлар” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М. Тошкент. 2017й.
24. “Гинекологияда гормонал терапия” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Тошкент. 2019й.

Сайты интернети:

1. www.tma.uz
2. www.zyonet.uz
3. www.medi.ru
4. www.medlinks.ru
5. www.obgyn.net
6. www.medscape.com
7. www.med-lib.ru
8. www.bsmi.uz
9. www.cochrane.org
10. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com
11. www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org
www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html

Занятие № 1. Ведение физиологической беременности.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1. Диагностика беременности. 2. Принципы ведения физиологической беременности 3. Физиологические изменения в организме женщины во время беременности.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения физиологической беременности, принципами антенатального ухода, патологическими явлениями при беременности и осложнениями со стороны матери и плода.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	Общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

Изменения в женском организме во время беременности

Во время беременности в организме женщины происходят значительные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению. В этот непростой период нагрузка на все органы и системы организма женщины значительно увеличивается, что может привести к обострению хронических заболеваний и развитию осложнений. Именно поэтому следует как можно раньше встать на учет в женской консультации, пройти всех необходимых специалистов и сдать анализы. Это позволит принять адекватные профилактические меры и подготовиться к родам.

Сердце

Сердечно-сосудистая система во время беременности выполняет более напряженную работу, так как в организме появляется дополнительный плацентарный круг кровообращения. Здесь кровоток так велик, что каждую минуту через плаценту проходит 500 мл крови. Сердце здоровой женщины во время беременности легко приспосабливается к дополнительным нагрузкам: увеличиваются масса сердечной мышцы и сердечный выброс крови. Для обеспечения возрастающих потребностей плода в питательных веществах, кислороде и строительных материалах в организме матери начинает увеличиваться объем крови, достигая максимума к 7 месяцу беременности. Вместо 4000 мл крови теперь в организме циркулирует 5300-5500 мл. У беременных с заболеваниями сердца эта нагрузка может вызывать развитие осложнений; вот почему на сроке 27-28 недель им рекомендуется госпитализация в специализированные родильные дома.

Артериальное давление

Артериальное давление при нормально протекающей беременности практически не меняется. Наоборот, у женщин, имеющих его повышение до или в ранние сроки беременности, в середине беременности оно обычно стабилизируется и находится в пределах 100/60-130/85 мм.рт.ст. Это обусловлено снижением тонуса периферических кровеносных сосудов под действием гормона прогестерона.

Однако в последнем триместре беременности артериальное давление может повышаться, достигая очень высоких значений. Высокое артериальное давление (140/90 мм.рт.ст. и выше) является одним из признаков позднего токсикоза беременных. Это состояние очень опасно и может потребовать экстренного родоразрешения.

Легкие

В связи с увеличением потребности организма женщины в кислороде во время беременности усиливается деятельность легких. Несмотря на то, что по мере развития беременности диафрагма поднимается вверх и ограничивает дыхательные движения легких, их емкость возрастает. Это происходит за счет расширения грудной клетки, а также за счет расширения бронхов. Повышение объема вдыхаемого воздуха во время беременности облегчает выведение использованного кислорода плодом через плаценту. Частота дыхания не изменяется, остается 16-18 раз в минуту, слегка увеличиваясь к концу беременности. Поэтому при появлении одышки или других нарушений дыхания беременная обязательно должна обратиться к врачу.

Почки

Почки во время беременности функционируют с большим напряжением, так как они выводят из организма продукты обмена самой беременной и ее растущего плода. Количество выделяемой мочи колеблется в зависимости от объема выпитой жидкости. Здоровая беременная женщина выделяет в сутки в среднем 1200-1600 мл мочи, при этом 950-1200 мл мочи выделяется в дневное время, остальная порция — ночью.

Под влиянием гормона прогестерона тонус мочевого пузыря снижается, что может приводить к застою мочи. В этих условиях облегчается занос инфекции в мочевые пути, поэтому у беременных нередко возникает обострение пиелонефрита. Об инфекции мочевыводящих путей свидетельствует появление в анализах мочи лейкоцитов — более 10—12 в поле зрения.

Кроме того, беременная матка, слегка поворачиваясь вправо, может вызывать затруднение оттока мочи из правой почки. В этом случае повышается риск гидронефроза, то есть расширения лоханки и чашечек вследствие чрезмерного накопления в них мочи.

Органы пищеварения

У многих женщин в первые 3 месяца беременности наблюдаются изменения в органах пищеварения: появляется тошнота и нередко рвота по утрам (признаки раннего токсикоза), меняются вкусовые ощущения, появляется тяготение к необычным веществам (глина, мел). Как правило, эти явления проходят к 3-4 месяцу беременности, иногда в более поздние сроки. Под влиянием гормонов плаценты снижается тонус кишечника, что часто приводит к запорам. Кишечник отодвигается беременной маткой вверх, желудок также смещается кверху и сдавливается, при этом часть его содержимого может забрасываться в пищевод и вызывать изжогу (особенно во второй половине беременности). В таких случаях рекомендуется прием антацидных препаратов (например, Маалокс, Ренни), прием пищи за 2 ч до сна и положение в кровати с приподнятым головным концом.

Печень во время беременности работает с большей нагрузкой, так как обезвреживает продукты обмена самой женщины и плода.

Суставы

Во время беременности у женщин появляется некоторая разболтанность в суставах. Особенно подвижными становятся сочленения таза, что облегчает прохождение плода через него во время родов. Иногда размягчение тазовых сочленений настолько выражено, что наблюдается небольшое расхождение лонных костей. Тогда у беременной появляются боли в области лона, «утиная» походка. Об этом необходимо сообщить врачу и получить соответствующие рекомендации.

Молочные железы

Во время беременности молочные железы подготавливаются к предстоящему кормлению. В них увеличивается число долек, жировой ткани, улучшается кровоснабжение. Молочные железы увеличиваются в размерах, соски нагубают.

Половые органы

Наибольшие изменения во время беременности происходят в половых органах и касаются главным образом матки. Беременная матка постоянно увеличивается в размерах, к концу беременности ее высота достигает 35 см вместо 7-8 см вне беременности, масса возрастает до 1000-1200 г (без плода) вместо 50—100 г. Объем полости матки к концу беременности увеличивается примерно в 500 раз. Изменение размеров матки происходит за счет увеличения размеров мышечных волокон под влиянием гормонов плаценты. Кровеносные сосуды расширяются, число их возрастает, они как бы оплетают матку. Наблюдаются нерегулярные сокращения матки, которые к концу беременности становятся более активными и ощущаются как «сжатие». Эти так называемые схватки Брекстона-Хикса, отмечающиеся в норме с 30й недели беременности, рассматриваются как тренировка перед настоящими схватками в родах.

Положение матки меняется в соответствии с ее размером. К концу 3 месяца беременности она выходит за пределы таза, а ближе к родам достигает подреберья. Матка удерживается в правильном положении связками, которые утолщаются и растягиваются во время беременности. Боли, возникающие по сторонам живота, особенно во время изменения положения тела, зачастую вызваны натяжением связок. Кровоснабжение наружных половых органов усиливается, во влагалище и на половых губах могут

появиться варикозное расширенные вены (такие же варикозные вены могут появляться также на нижних конечностях и в прямой кишке).

Увеличение массы тела

Рост плода и физиологические изменения в организме беременной влияют на ее массу тела. У здоровой женщины к концу беременности масса тела увеличивается в среднем на 12 кг с колебаниями от 8 до 18 кг. Обычно в первую половину беременности она увеличивается на 4 кг, во вторую половину — в 2 раза больше. Еженедельная прибавка массы тела до 20 недель равна примерно 300+30 г, с 21 до 30 недели — 330+40 г и после 30 недель до родов — 340+30 г. У женщин с дефицитом массы тела до беременности еженедельные прибавки массы могут быть еще больше.

Психология женщины

Помимо физиологических изменений в организме, у беременной женщины меняется психическое состояние.

На отношение женщины к беременности и родам оказывают влияние различные факторы, в том числе социальные, морально-этические, экономические и др., а также особенности личности самой беременной.

В первой половине беременности большинство женщин больше обеспокоены собственным здоровьем, а во второй половине, особенно после появления шевелений плода, все мысли и заботы будущей мамы направлены на благополучие плода. Женщина может обращаться к ребенку с ласковыми словами, она фантазирует, наделяя его индивидуальными особенностями. Наряду с этим многие женщины сознательно отказываются от некоторых привязанностей и привычек в угоду предстоящему материнству.

Приложение № 1 Интерактивный метод «Кот в мешке»

Вопросы:

- Цель дородового наблюдения здоровых беременных?
- Современные методы исследования применяемые во время беременности?
- Как определяется дата предполагаемых родов?
- Определите группы риска осложнённой беременности?
- Принципы скринингового исследования беременности?
- Дата первого шевеления плода?

Приложение № 2 Ситуационная задача

Поступила женщина жен.консультацию жалобами на тошноту, рвоту, головокружение, общую слабость, утомляемость. Месячные задержались на 3 недели. Имеет 3 детей, страдает анемией тяжелой степени. При осмотре: шейки матки цианотичная, матка увеличена, мягкой консистенции. Гемоглабин в крови 65 г/л. . Вам поручено собрать анамнез и определить акушерскую тактику основываясь на объективные данные.

I. Предварительный диагноз: Беременность 4, 5 недель, роды - 4. Анемия тяжелой степени.

II. Основные методы обследования.

1. Определить предположительные признаки беременности (тошнота, увеличение матки, задержка менструаций, пигментации кожи)
2. Осмотр в зеркалах
3. Бимануальное исследование
4. Ультразвуковое исследование.

III. Дополнительные методы обследования

1. Экспресс тест.
2. Ацетон в моче.
3. Ферменты.
4. Биохимические анализы крови.
5. Определение сахара в крови

6. Пальпация органов брюшной полости.
7. Определение симптома Пастернацкого.

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (болезни крови).

VI. Лечение. Тактика:Прерывание беременности.

VII.Диспансеризация. (Лечение всех ЭГЗ и генитальных заболеваний. Оздоровление девочек, занятие физической культурой, правильное питание и отдыха, рациональное ведение родов и послеродового периода, профилактика аномалий развития матки, многоводие и деформация таза).

VIII. Тактика ВОП:

- 1.Обратить внимание на жалобы больного
- 2.Собрать анамнез
- 3.Дифференциальная диагностика
- 4.Консультация необходимых специалистов
- 5.Обоснование диагноза
- 6.Госпитализация

Тесты по тематике:

1. Детородный возраст считается

- *15-49
- 20-50
- 20-45
- 18-40

2. Оптимальный период между родами

- *3-4 года
- 1-1,5 года
- 2-2,5 года
- 5-6 лет

3. Когда считается многорожавшая

- *4 и более родов
- 3и более родов
- 5 и более родов
- 2 и более родов

4. Предварительный вес плода определяется

- *по Рудакову
- по Апгар
- по Леопольда
- по Соловьеву

5. Форма шейки матки у нерожавших

- *Конусовидная
- Цилиндрическая
- Округлая
- Разная

6. Признаки переносимости плода.

- *Кости черепа плотные, роднички узкие
- Вес больше 40 недель
- Рост больше 50 см
- Нарушение сердцебиения плода

7. Продолжительность

- рушение аппетита,увеличение матки

8. Шевеление плода ощущается у первобеременных

- *в 20 недель

16-18 недель

24 недели

26 недель

9. Шевеление плода ощущается у повторнобеременных

*в 18 недель

19-20 недель

22 недели

24 недели

10. Последняя менструация у женщин 1 апреля. Определите срок родов по Негелью

*8 января

8 марта

8 февраля

18 марта

Китер

Гиппократ

Тема №2: Физиологические роды. Партнёрские роды. Партограмма. Ургентная помощь при физиологических родах. Тактика ведения ВОП.

1. Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 240 час.	8-10
Место проведения занятия	Акушерское отделение, родильный зал, приемный покой, операционная, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<ol style="list-style-type: none">1. Введение2. Теоретическая часть3. Практическая часть<ul style="list-style-type: none">- курация больных- алгоритм практических навыков4. Аналитическая часть<ul style="list-style-type: none">- ситуационная задача- решение тестов
Цель учебного занятия: Углубления знаний и навыков по тактике ведения беременных и рожениц при физиологических родах на уровне первичного звена и дома. Развитие способности оценки, анализа ситуации, выбора тактики ведения, диагностике, оказанию неотложной помощи, рациональной транспортировке при физиологических родах и послеродом периода на уровне первичного звена.	
Педагогические задачи: <ul style="list-style-type: none">• Ознакомить с механизмом развития родовой деятельности.• Родовые пути и плод как объект родов• Углубления знаний биомеханизма родов при сгибательных положениях плода• раскрыть критерии периодов родов• выработать навыки по оказанию экстренной помощи• выработать навыки по приёмы защиты промежности при рождении плода и по активному	Результаты учебной деятельности: ВОП должен знать: <ul style="list-style-type: none">• знать механизм развития родовой деятельности.• Родовые пути и плод как объект родов• Биомеханизм родов при сгибательных положениях плода ВОП должен уметь: <ul style="list-style-type: none">• Определить период родов• Оказывать экстренную помощь в зависимости от периода родов.• Приёмы защиты промежности при рождении плода.

<p>ведению III периода родов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • уметь оценивать состояние плода • развить навыки проведения первичного туалета новорожденному. • выработать умение и знания по критериям срока и метода транспортировки рожениц и родильниц 	<ul style="list-style-type: none"> • Активное ведение III периода родов. • Оценить состояние плода • Производить первый туалет новорожденному. • Разработать критерии срока и метода транспортировки рожениц и родильниц
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр родов
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, флипчарт.
Способы и средства обратной связи	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, оценка

6. Технологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Форма занятий	Продолжительность
1	Вводное слово педагога		5
2	Обсуждение темы практического занятия, новые педагогические технологии (дискуссия), фантомы, муляжи, слайды, аудио и видеокассеты, определение исходного уровня студентов	Опрос, обсуждение (Приложение №1- дискуссия)	35
3	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни.	50
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия. Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация. / В случае отсутствия рожениц – работа на муляжах и фантомах (см. приложения практических навыков в учебном руководстве)	Истории родов, клинические и ситуационные задачи/ Работа с клиническими лабораторными инструментами, муляжами	40
Перерыв			30
5	Анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований, взятых у больных. Дифференциальная диагностика, составление плана лечения и реабилитации. Написание рецептов и т.д.	Работа с клиническими и лабораторными анализами. Истории родов	35
6	Закрепление и обсуждение полученных теоретических знаний и результатов практической работы. Оценка знаний группы на основании поставленной цели занятия. Подведение итогов.	Дискуссия, устный опрос, проверка практических навыков. (Решение ситуационных задач, тестов)	45
7	Заключение педагога по данному занятию,	Информация, вопросы для	

оценка каждого студента по 100-бальной шкале с объявлением задания для следующего занятия (см. по ротации)	самостоятельной подготовки	15
		Итого 240

2. Мотивация

Ведение родов это один из разделов неотложной помощи у ВОП. Знание периодов родов, оказание в зависимости от них неотложной помощи и рациональная транспортировка рожениц в стационар позволяет снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами анатомии, топографической анатомии, основ акушерства пройденных на 4 курсе, а также при дальнейшем изучении ими тем, где необходимы знания по разработке метода родоразрешения у беременных. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими неотложной помощи других клинических дисциплин, а также при дальнейшем изучении ими таких тем как «Послеродовый период», « Угрожающие состояния плода». других дисциплин.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Роды являются сложным физиологическим процессом, возникающим в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной женщины и состоящим в изгнании жизнеспособного плода и элементов плодного яйца.

До настоящего времени причины наступления родов остаются не вполне ясными, однако общепризнано, что в сложном и надежном механизме, контролирующем начало родов, участвуют многие факторы. Наиболее важная роль принадлежит нейрогуморальным и гормональным системам как материнского организма, так и фетоплацентарного комплекса. К концу беременности и началу родов у женщины наблюдается преобладание

процессов торможения в коре большого мозга и повышение возбудимости подкорковых структур (гипоталамо-гипофизарной системы, структур лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидных ядер, и спинного мозга). Усиливаются спинномозговые рефлексы, повышается рефлекторная и мышечная возбудимость матки. Важная роль в развитии родовой деятельности принадлежит гормональным факторам. В последние 2 нед. беременности, и особенно перед родами, происходит повышение уровня *эстрогенов* и снижение *содержания прогестерона*. На протяжении беременности прогестерон тормозит спонтанную активность матки. Снижение его продукции перед родами нарушает этот механизм и способствует активации сократительной деятельности миометрия. Эстрогены через систему нуклеиновых кислот активируют синтез сократительного белка матки (актомиозина), усиливают синтез катехоламинов, активируют холинергическую систему, угнетают активность окситоциназы и моноаминоксидазы, разрушающих серотонин и катехоламины. Изменяя проницаемость клеточной мембраны для ионов кальция, калия, натрия, они меняют электролитные соотношения в мышце матки. Под действием эстрогенов увеличивается количество ионов калия внутри клетки ($K^+ : Na^+ = 5 : 3$), изменяется мембранный потенциал покоя и увеличивается чувствительность клеток миометрия к раздражению.

Таким образом, не вызывая сокращений миометрия, эстрогены как бы сенсбилизируют матку к веществам тономоторного действия. В настоящее время принято считать, что ключевую роль в развязывании родовой деятельности играют простагландины (ПГЕ₂, ПГ₂ а , синтез которых в децидуальной и амниотической оболочках значительно повышается перед родами.

Считается, что биосинтез простагландинов активируется стероидными гормонами. В этой связи представляет интерес роль плода и фетоплацентарного комплекса в целом в наступлении родов. Повышение уровня эстрогенов, продуцируемых системой мать—плацента—плод, ведет к увеличению содержания простагландинов в матке.

. В развитии, а также в регуляции родовой деятельности существенная роль отводится *гипофизарно-надпочечниковой системе плода*. Под влиянием активации гипоталамо-гипофизарной системы плода перед началом родов повышается выделение АКТГ передней долей гипофиза плода, который стимулирует синтез дегидроэпиандростерона (ДГЭА) в надпочечниках плода. ДГЭА поступает в печень плода, где происходит его гидроксигирование и образуется 16-ДГЭА. Последний поступает по сосудам пуповины в плаценту и превращается там в эстриол. Эстрогены синтезируются также непосредственно в надпочечниках плода и в его печени, причем в надпочечниках их синтезируется в 1,5—2 раза больше, чем в плаценте. Перед началом родов увеличивается также количество кортизола, синтезируемого надпочечниками плода. Кортизол поступает оттуда в печень и превращается в ней в предшественники эстрогенов. С током крови последние поступают в плаценту, где превращаются в эстрогены.

В мышце матки существуют несколько *групп рецепторов*: в теле матки — а- и р-адренорецепторы; в нижнем сегменте — м-холино- и D-серотонинорецепторы; в шейке матки — хемо-, механо- и барорецепторы. Окситоцин, адреналин, норадреналин, простагландины и кинины стимулируют сокращение матки, возбуждая а-адренорецепторы и угнетая р-адренорецепторы. Серотонин, АХ, гистамин усиливают сократительную деятельность матки, возбуждая серотонино-, м-холино- и гистаминорецепторы.

Перед началом родов под влиянием нейрогуморальных изменений в матке преобладает активность а-адренорецепторов. В клетках миометрия снижается мембранный потенциал, увеличивается их возбудимость, усиливается спонтанная активность, повышается чувствительность к контрактильным веществам. Идет накопление энергетических веществ (гликоген, фосфокреатинин, актомиозин, глутатион) и электролитов (кальций, магний, натрий, калий), обеспечивающих сокращение миометрия. При снижении мембранного потенциала все клетки миометрия могут генерировать возбуждение, однако в матке существует группа клеток, где это возбуждение возникает в первую очередь и затем распространяется на всю матку. Это так называемый водитель ритма (пейсмейкер), который располагается в дне матки, ближе к правому тубному углу.

Весь комплекс нервных, нейрогуморальных и эндокринных изменений, происходящих в организме перед родами, составляет так называемую родовую доминанту, определяющую наступление и правильное течение родов.

Роды - это безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении плодом жизнеспособности. В настоящее время считают жизнеспособным плод сроком не менее 22 недель беременности, массой не менее 500 г, длиной не менее 25 см. Своевременными считают роды в сроке от 37 до 42 нед. беременности. Роды после 42-й недели беременности называют запоздалыми. Прерывание беременности до 22-й недели называют абортom.

Наступлению родов предшествует появление так называемых предвестников родов.

Предвестники родов (ложные роды)- это признаки близкого их наступления, возникающие с 38 недель беременности до начала родов и проявляющиеся опусканием дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз и уменьшения объема околоплодных вод; отхождением «слизистой пробки»; отсутствием прибавки массы тела; повышением возбудимости мышцы матки и др.

В отличие от предвестников родов прелиминарные боли ограничены несколькими часами, непосредственно предшествующими началу родовой деятельности, и не должны препятствовать естественным процессам жизнедеятельности (сну, питанию, активности).

Клинически прелиминарные боли протекают для беременной почти незаметно: отмечаются нерегулярные безболезненные сокращения матки, которые постепенно становятся более сильными и продолжительными и, наконец, переходят в схватки.

Прелиминарные боли (ложные роды) соответствуют времени формирования родовой доминанты и сопровождаются биологическим «дозреванием» шейки матки. Шейка матки размягчается, занимает центральное положение по проводной оси таза и резко укорачивается. При патологическом течении длительность прелиминарных болей затягивается, сокращения матки приобретают болезненный характер, а дозревания шейки матки не происходит.

Родовой акт делится на три периода:

- первый - период раскрытия, (латентная и активная фаза)
- второй - период изгнания плода, (ранняя не изгоняющая и поздняя изгоняющая фаза)
- третий - последовый период.

В родах беременная называется роженицей.

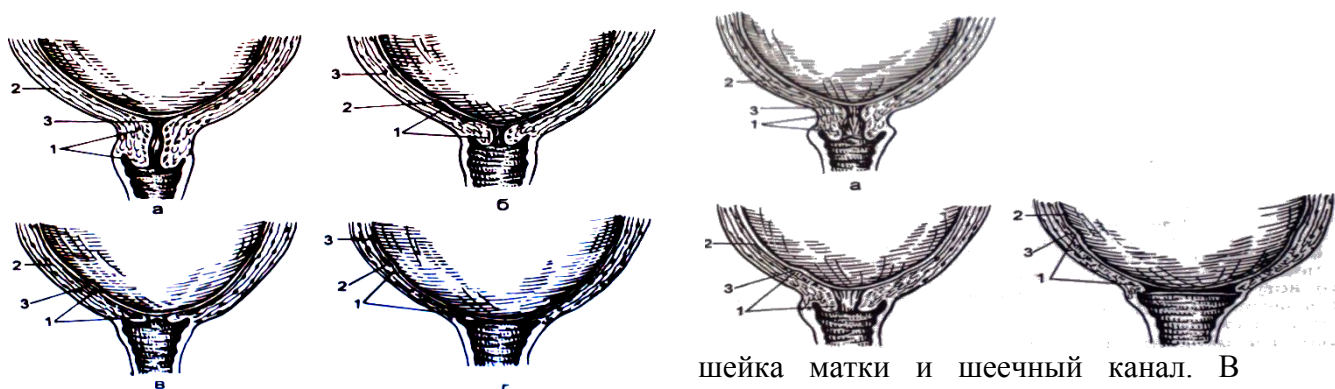
Первый период родов- это та часть родов, которая начинается с появления схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева.

Схватки - это произвольные ритмичные сокращения мышц матки с частотой не реже одной через 10 мин. Схватки характеризуются четырьмя свойствами: частотой, продолжительностью, силой и болезненностью. В начале родов схватки наступают через каждые 10 мин, а в дальнейшем паузы постепенно сокращаются до 1-2 мин.

Продолжительность схваток в начале родов 10-15 с, в середине родов - 30-40 с. в конце родов - 50-60 с. Схватки бывают слабые, средней силы и сильные. Болезненность схваток зависит от их силы, состояния центральной нервной системы, а также от качества подготовки беременной к родам.

Рисунок раскрытия шейки матки у первородящих и повторнородящих.

Раскрытие маточного зева осуществляется вследствие сокращения (контракции) и перемещения по отношению друг к другу (ретракции) мышечных волокон тела матки и растяжения (дистракции) шейки и нижнего сегмента матки. Нижний сегмент матки - часть перешеечной области тела матки, формирующая родовой канал в первом периоде родов в результате процессов ретракции и дистракции. По мере формирования родового канала на границе верхнего и нижнего сегментов матки образуется борозда, называемая контракционным кольцом. У первородящих к началу родов наружный и внутренний зев закрыты. Раскрытие шейки начинается сверху. Сначала раскрывается внутренний зев,



шейка матки и шеечный канал. В дальнейшем шейка матки продолжает все больше укорачиваться, а затем и совсем сглаживается, и только ее наружный зев остается закрытым. Затем края наружного зева истончаются, и он начинает раскрываться до тех пор, пока не произойдет его полное раскрытие. В этом случае он определяется как узкая кайма в родовом канале, образовавшемся из слившихся воедино полостей влагалища и матки. У повторнородящих в конце беременности весь

шеечный канал проходим для одного-двух пальцев (как результат его растяжения при

предыдущих родах). Поэтому сглаживание и раскрытие шейки матки на всем протяжении первого периода родов происходит одновременно. Раскрытие маточного зева происходит до полного открытия, что соответствует 10 см. Отхождение околоплодных вод должно происходить при близком к полному открытию маточного зева. Излитие околоплодных вод в первом периоде родов до раскрытия 4-6 см и до начала регулярной родовой деятельности называется преждевременным.

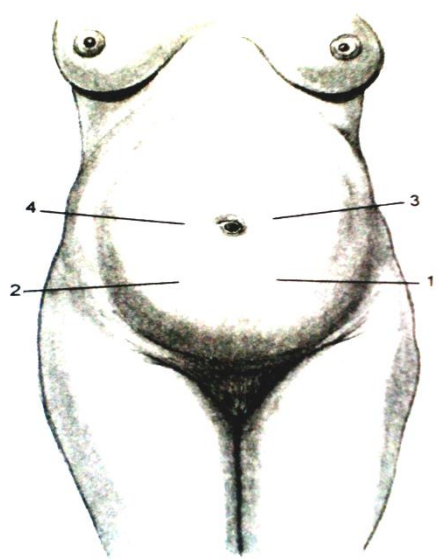
В течение первого периода родов выделяют две фазы: латентная - от начала схваток до раскрытия маточного зева до 3-4 см, активная - от 4 см до полного открытия. В свою очередь, в активной фазе выделяют время акцелерации, максимальной скорости и ее замедления (децелерации). Темп раскрытия маточного зева является важным показателем правильного течения родов. Скорость раскрытия шейки матки в начале родов (латентная фаза) составляет 0,35 см/ч. в активной фазе - 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч - у повторнородящих.

Раскрытие маточного зева от 8 до 10 см (фаза замедления) проходит более медленно - 1 —1,5 см/ч. Темпы раскрытия маточного зева зависят от сократительной способности миометрия, резистентности шейки матки и их комбинации. Продолжительность первого периода родов у первородящих составляет в среднем от 10 до 14 ч, а у повторнородящих - в два раза меньше.

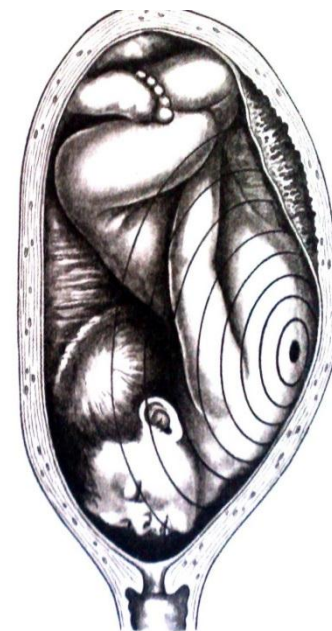
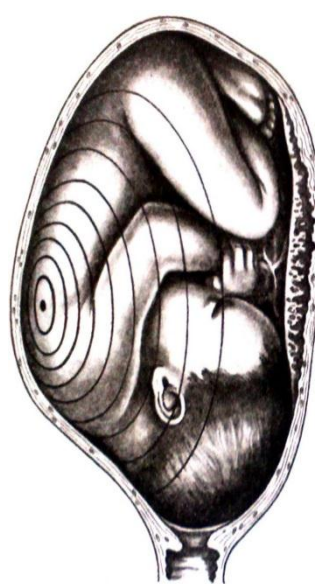
В первом периоде родов врач должен наблюдать за общим состоянием роженицы, динамикой родов и сердцебиением плода.

Рисунок выслушивания сердцебиения плода

Поведение женщины в первом периоде родов должно быть активным. Она должна использовать



приемы обезболивания, которым ее обучили и на занятиях по психопрофилактической

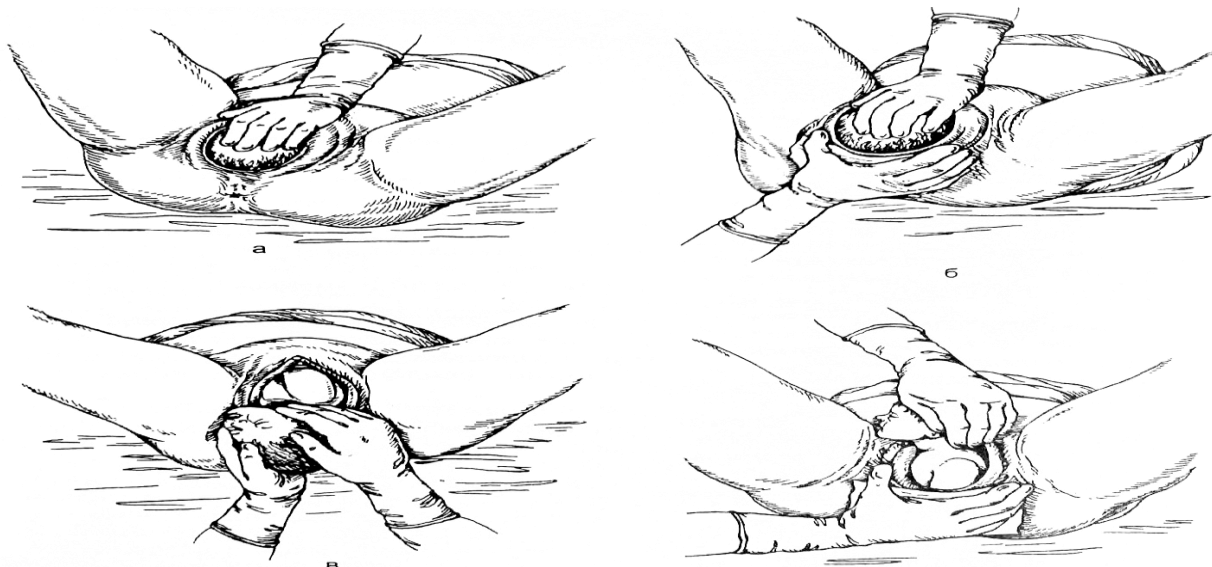


подготовке к родам. Допустимо присутствие на родах мужа и других родственников. Постельный режим рекомендуют при сохраненном плодном пузыре в случаях многоводия, преждевременных родах, тазовом предлежании плода, рекомендуется приём еды и жидкости.

После полного раскрытия маточного зева начинается **второй период родов** - период изгнания, который заканчивается рождением плода. Во втором периоде выделяют две фазы: Ранняя (не изгоняющая) - полное раскрытие, предлежащая часть опускается, но не достигает дна таза, нет позывов к потугам. Поздняя (изгнание) - полное раскрытие, предлежащая часть плода достигает дна таза, женщина начинает тужиться. Характерным для периода изгнания является появление потуг - синхронных с маткой рефлекторных сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна. Потуги должны начинаться при нахождении предлежащей части на дне полости малого таза, когда нижний полюс предлежащей части давит на мышцы

тазового дна. Поэтому неверно отождествлять появление потуг с началом периода изгнания - они появляются в конце этого периода и помогают предлежащей части преодолеть самую узкую часть малого таза. Потуги повторяются через каждые 2-3 мин и длятся 50-60 с.

Во втором периоде родов врач должен особенно тщательно наблюдать за состоянием



роженицы, характером родовой деятельности, сердцебиением плода (оно должно выслушиваться после каждой потуги), продвижением предлежащей части плода, характером выделений из половых путей, проводить приёмы «защиты промежности»

Третий период родов - последовый - наступает после рождения плода и продолжается до рождения последа. Его продолжительность составляет в среднем 10 -15 минут, но не более 30 минут. На сегодняшний день третий период родов ведут активно, используя контролируемые тракции за пуповину с первой последовой схваткой, активно выделяя послед без участия роженицы.

Женщина после родов называется родильницей. В течение 2 часов она должна находиться в родильном зале под наблюдением акушерки, продолжая вести его активно. Если всё обстоит благополучно, родильницу переводят в послеродовое отделение.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называется биомеханизмом родов.

Первый момент - сгибание головки (flexio capitis). Под влиянием внутриматочного давления, частично передаваемого по позвоночнику на головку плода, шейная часть позвоночника сгибается таким образом, что подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большую, приближаясь к проводной линии таза

Второй момент биомеханизма родов представляет собой совокупность поступательного движения головки и ее внутреннего поворота.

Второй момент биомеханизма родов на

Рисунок защиты промежности

чинается после того, как головка согнулась и вставилась во вход в малый таз. Затем головка в состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров проходит широкую часть полости малого таза. Начиная внутренний поворот, в узкой части полости малого таза. В результате этого головка из косого размера переходит в прямой. Поворот завершается, когда головка достигает плоскости выхода из малого таза

После того как головка установилась стреловидным швом в прямом размере выхода малого таза, начинается **третий момент** биомеханизма родов - разгибание головки. Между лонным сочленением и подзатылочной ямкой головки плода образуется точка фиксации,

вокруг которой и происходит разгибание головки. В результате разгибания последовательно рождаются темя, лоб, лицо и подбородок плода.

Точкой фиксации или точкой опоры (*punctum fixiim*) называется точка на головке плода, которая упирается в нижний край симфиза (а при некоторых предлежаниях и в верхушку копчика), после чего происходит сгибание или разгибание и рождение какой-либо части плода.

Головка рождается малым косым размером, равным 9,5 см и окружностью 32 см.

После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки - **четвертый момент**. Плечики плода производят внутренний поворот, в результате которого они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, а другое (заднее) обращено к копчику. Родившаяся головка плода поворачивается затылком к левому бедру матери (при первой позиции) или к правому (при второй позиции).

Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) и нижним краем симфиза образуется новая точка фиксации. Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки, после чего легко рождается остальная часть туловища.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания является наиболее физиологичным и благоприятным для матери и плода, так как при данном варианте биомеханизма головка проходит через все плоскости таза и рождается своим наименьшими размерами.

В родильном зале или в домашних условиях сразу после рождения ребёнка проводится первый туалет новорожденного, который включает в себя:

- обработку глаз.
- двухмоментное отсечение пуповины и обработка пуповинного остатка.
- исследование антропометрических данных - взвешивание ребёнка (с вычетом веса пелёнки из общего веса), измерение сантиметровой лентой роста ребёнка, окружности его головы (по линии надбровных дуг до малого родничка) и груди (по линии, проходящей через соски).

Течение и ведение послеродового периода

Послеродовой период - заключительная стадия гестационного процесса, которая наступает сразу после рождения последа и продолжается около 6-8 недель. В течение этого времени исчезают возникшие в связи с беременностью сдвиги в эндокринной, нервной, сердечно-сосудистой и других системах. Все изменения, которым подверглись органы половой системы в период беременности и родов, также постепенно исчезают (инволюция половых органов). Организм женщины полностью возвращается к его состоянию до беременности. Первая неделя после родов ассоциируется с наиболее серьезными изменениями: создается базис для восстановления здоровья женщины, происходит взаимная адаптация матери и ребенка.

Это, однако, не относится к молочным железам, изменения которых начинаются еще во время беременности. Эти изменения не только не подвергаются обратному развитию, но достигают своего пика в послеродовом периоде. При этом усиливаются инкреторная функция молочных желез, которая способствует физиологическому обратному развитию матки, и экскреторная функция, способствующая образованию и выделению молока, необходимого для новорожденного.

В этот период формируется чувство материнства и наступает соответствующая перестройка поведения женщины. Довольно частой для матери является депрессия определенной степени в течение нескольких дней после родов - переходящая депрессия (*postpartum blues*), которая обусловлена множеством факторов: волнениями и страхом во время беременности и родов, дискомфортом в раннем послеродовом периоде, усталостью в родах, тревогой за ребенка. В большинстве случаев данное состояние не требует лечения.

Женщине необходим покой, и только в редких случаях приходится прибегать к назначению психотропных средств.

Сразу после рождения последа в крови родильницы резко падают уровни эстрогенов и прогестерона, исчезает плацентарный лактоген, в то время как содержание пролактина продолжает расти. Уровень этого гормона у лактирующей женщины впервые 2 дня после родов увеличивается в 10-30 раз по сравнению с таковым у небеременных. С 6-7-го дня послеродового периода содержание пролактина начинает падать, его роль снижается, а секреция молока нарастает.

Средняя потеря массы тела женщины после родов составляет 4500 г (масса плода, околоплодных вод, плаценты, нормальная кровопотеря); в течение пуэрперия масса тела уменьшается ещё на 2000 г. Диурез на протяжении всего периода лактации остаётся отрицательным. Особенно выражена задержка жидкости впервые 3 дня после родов. Изучение минералокортикоидной функции надпочечников показало, что содержание натрия в крови женщин первые 3 дня пуэрперия увеличивается, а к 7-му дню снижается.

Изменения в молочных железах. Трещины сосков. Нагрубание молочных желёз

Секреторная деятельность молочных желез, достигающая активного развития к концу беременности, резко усиливается после родов. Количество молока с каждым днем увеличивается, и в среднем к 4—5-му дню пуэрперия лактация достигает оптимального уровня. Иногда деятельность молочных желез, особенно у некормящих женщин, развивается бурно. В этом случае молочные железы сильно нагрубают, становятся плотными и болезненными. Кожа молочных желез напрягается, и через нее просвечивают расширенные вены. В это время родильницы жалуются на распирающее ощущение в молочных железах и нередко на боли в подмышечных впадинах в результате раздражения и уплотнения лимфатических желез или увеличения добавочных долек молочных желез, часто обнаруживаемых в подмышечных впадинах. Процесс нагрубания связан с усиленным кровенаполнением, венозным и лимфатическим стазом в молочной железе и совпадает с началом повышенной секреции молока в период его трансформации от молозива к зрелому молоку. Эти изменения в молочной железе в случае присоединения инфекции могут привести к возникновению лактационного мастита.

Процесс выраженного нагрубания молочных желез иногда сопровождается повышением температуры тела. Эта так называемая молочная температура рассматривается как физиологическое явление, однако она не должна продолжаться более 24 ч. Если температура тела сохраняется дольше, этого времени, ее следует рассматривать как проявление инфекции в мочеполовом тракте или в молочных железах.

С целью ликвидации патологического нагрубания молочных желез или его коррекции целесообразно рекомендовать родильницам чаще прикладывать младенца к груди, а при невозможности его кормления (глубокая незрелость) сцеживать груди. Если несмотря на рекомендации, нагрубание продолжает иметь место, рекомендуется применять средства, снижающие спазм молочных протоков и улучшающие отток молока, — но-шпа в виде 2% раствора (2 мл внутримышечно) или в таблетках (2 таблетки по 0,04 г перорально) с последующим внутримышечным введением (за 10—15 мин до кормления) 5 ЕД окситоцина. Достаточно эффективными являются и физические методы воздействия (ультразвук, коротковолновое УФ-облучение молочных желез). Дозу и количество процедур определяет врач-физиотерапевт. После применения физических факторов воздействия наблюдается увеличение молочных шариков, что указывает на улучшение оттока молока.

Среди причин, способствующих нарушению физиологического течения пуэрперия и увеличению частоты септических осложнений у родильниц отмечают трещины сосков, частота которых достигает 65%. Основные причины появления трещин на сосках следующие: 1) позднее прикладывание ребенка к груди; 2) неправильная техника кормления ребенка грудью; 3) неправильное (грубое) сцеживание молока; 4) негигиеничный уход за молочными железами. Трещины сосков представляют собой не только

входные ворота для патогенных микроорганизмов. Из-за болезненности при кормлении нарушается нейроэндокринный феномен лактации: уменьшается синтез молока, нарушается его секреция, изменяется его качество. Патологические нервные импульсы, возникающие при акте сосания, поступают в гипофиз, что приводит к нарушению секреции пролактина, регулирующего синтез молока и активирующего синтез окситоцина. Это в свою очередь вызывает нарушение лактационной функции молочных протоков по типу острого застоя молока.

Существуют многочисленные методы профилактики и лечения трещин сосков: первым и основным методом профилактики является правильное прикладывание ребенка к груди, смазывание сосков молоком, просушивание их на воздухе, чистый хлопчатобумажный бюстгалтер, при неэффективности данных рекомендаций прибегают к применению жидкостных средств (алоэ, каланхоэ), мазевые (5% линимент синтомицина, масляный раствор ретинола ацетата, масло шиповника или облепихи и др.), физические методы воздействия (ультразвук в дозах 0,2—0,4 Вт/см² улучшает трофику тканей). С терапевтической целью ультразвук назначают с интенсивностью 0,2—0,4 Вт/см². Длительность процедуры колеблется от 3 до 5 мин, количество воздействий 3—5 раз в день в зависимости от степени развития трещины. При применении ультразвука родильница может кормить ребенка в обычном режиме.

В случаях, когда родильницам противопоказано кормление грудью подавлять лактацию следует с первых дней пуэрперия (до начала нагрубания молочных желез). С этой целью используют парлодел по 0,0025 г 2 раза в день или препараты камфоры (сульфокамфокаин 2 мл в день внутримышечно, бромистая камфора в таблетках по 1—2 таблетки 3 раза в день) в течение 14 дней.

Изменения в половой системе

Матка. Большие изменения в послеродовом периоде возникают в матке. Тело матки во время беременности резко увеличивается, но, как только завершается изгнание плода и последа, матка начинает подвергаться обратному развитию. В основе процесса инволюции лежат нейрогормональные влияния: снижается кровоснабжение матки, выявляется относительная неустойчивость сосудистого тонуса, уменьшается приток крови к матке. Сравнительно быстро исчезает избыток соединительной ткани. Мышечные клетки, стенки сосудов, нервные структуры и соединительная ткань подвергаются распаду и перерождению. Мышечные клетки значительно уменьшаются в объеме за счет уменьшения цитоплазмы, включая контрактильный белок.

Если сразу после родов масса матки составляет около 1000 г, то к концу 1-й недели она снижается до 500 г, ко 2-й неделе — до 300 г, к 3-й неделе — до 200 г, а через 6—7 нед после родов не превышает 50—70 г.

К концу 1-х суток после родов, если освобожден мочевой пузырь, дно матки достигает уровня пупка (15—16 см над лоном). В дальнейшем в течение 8—10 сут после родов высота дна матки уменьшается в среднем на 0,7—1 см и ко времени выписки родильницы из стационара не превышает 3—4 см.

Наряду с исчезновением значительной массы миометрия в слизистой оболочке матки происходят процессы, направленные на восстановление ее функции. В течение 2—3 дней после родов оставшаяся децидуа дифференцируется на два слоя. Поверхностный слой некротизируется и способствует образованию лохий. Базальный слой, прилегающий к миометрию и содержащий эндометриальные железы, является источником роста эндометрия. Процесс регенерации эндометрия идет быстро, за исключением участка плацентарной площадки. Внеплацентарная площадка покрывается эпителием в течение 7—10 дней, а остальная часть — в течение 3 нед. Полное восстановление области плацентарной площадки заканчивается к 6-й неделе. Этот процесс имеет большое клиническое значение, поскольку при его нарушении могут иметь место поздние послеродовые кровотечения.

Быстрота процесса инволюции матки зависит от многих причин, в частности от

индивидуальных особенностей родильницы, характера оперативных вмешательств, эндокринных влияний, продолжительности родов, количества оперативных вмешательств на матке, а также кормления грудью. Последнее играет огромную роль в процессе инволюции матки: у кормящих матерей она завершается значительно быстрее, чем у некормящих. Это связано с рефлекторным сокращением (при кормлении) мускулатуры матки и главным образом с гормональным воздействием на нее выделяющегося окситоцина (маммарно-маточный рефлекс).

В первые 8 суток после родов в основном уменьшаются длина матки, ее ширина и в меньшей степени переднезадний размер. Наибольшая скорость уменьшения длины матки установлена со 2-го по 5-й день, ширины — со 2-го по 4-й день пуэрперия. Переднезадний размер матки в течение первых 2 сут практически остается неизменным, лишь с 3-го по 5-й день пуэрперия он уменьшается со скоростью 0,27 см в сутки. В последующие дни инволюция этого размера прекращается. Следует отметить, что инволюция матки у первородящих женщин происходит быстрее, чем у повторнородящих.

Субинволюция матки. Замедление процесса обратного развития матки служит одним из ранних клинических признаков патологического течения послеродового периода. Одним из таких признаков является субинволюция матки, которая в последующем может стать причиной тяжелых гнойно-септических воспалительных заболеваний. Имеющаяся в матке инфекция снижает ее сократительную активность, обуславливая тем самым распространение инфекционного процесса. В связи с этим возникает необходимость своевременного применения сокращающих матку средств. В целях коррекции сниженной сократительной активности матки как после самопроизвольных, так и после оперативных родов рекомендуется применение окситоцин (5 ЕД внутримышечно) в сочетании с но-шпой (2 мл внутримышечно) 2 раза в день в течение 5—6 сут с последующим применением пероральных средств (но-шпа, эрготал и др.).

Лохии. В процессе заживления огромное количество лейкоцитов, выделяемых грануляционным валом, некротизированные обрывки децидуальной оболочки матки, расплавившиеся под влиянием протеолитических ферментов, эритроциты, слизь образуют на внутренней поверхности матки так называемый раневой секрет (лохии), который медленно стекает из полости матки во влагалище.

В первые дни пуэрперия лохии имеют ярко-красный цвет (*lochia rubra*), с 3-го дня их цвет изменяется и становится буровато-красным с коричневым оттенком, с 7—8-го дня из-за обилия лейкоцитов он становится желтовато-белым (*lochia serosa*) и, наконец, с 10-го дня — белым (*lochia alba*). Количество родового секрета к этому времени бывает скудным. В целом количество лохий за 7 дней пуэрперия составляет около 300 мл. Если цвет лохий продолжает оставаться ярко-красным более 10 дней, это указывает на возможность задержки кусочков плаценты или развитие инфекционного процесса (метро-эндометрита) и требует специального лечения.

Послеродовые выделения, или лохии, стекают медленно и могут задерживаться в полости матки вследствие замедления процесса инволюции (субинволюция матки) или попадания на пути оттока сгустков крови. Это может приводить к таким осложнениям в пуэрперии, как лохиометра, которая является одним из патологических механизмов в возникновении послеродовых септических осложнений. Наиболее современным методом лечения при этом является удаление содержимого полости матки под контролем гистероскопии, предпочтительно с помощью вакуум-аспирации. Микроскопическое исследование лохий свидетельствует о том, что при активном ведении пуэрперия полость матки стерильна, а при несоблюдении активного режима к 7 дню послеродового периода в 40% случаев в мазках лохий обнаруживается различная микрофлора.

Шейка матки. Сразу после рождения последа нижний сегмент матки истончен и расслаблен. В результате контракции и ретракции нижнего сегмента матки происходит деформирование ее перешейка. Этот процесс продолжается несколько недель, особенно если нижний сегмент был местом прикрепления плаценты. Инволюция шейки матки

совершается изнутри к более поверхностным областям. Это происходит значительно менее интенсивно, чем инволюция тела. Она начинается с сокращения внутреннего зева, вследствие чего канал шейки принимает воронкообразную форму. Сократившееся кольцо внутреннего зева образует толстую кайму, пропускающую через 10-12 ч после родов 2-3 пальца. На 3-й день пуэрперия внутренний зев еще свободно проходит для 1 пальца, а к концу 1-й недели пуэрперия пропускает с трудом или вовсе не пропускает 1 палец.

Нижняя часть шейки матки совершает свое обратное развитие гораздо медленнее. В связи с этим закрытие наружного зева затягивается, в то время как внутренний зев к 10-му дню пуэрперия уже закрыт. Наружный зев закрывается лишь к концу 2-й или 3-й недели после родов. Однако и после этого его первоначальная форма не восстанавливается. Он принимает форму поперечной щели, что свидетельствует о перенесенных ранее родах.

Влагалище также сокращается и укорачивается, исчезают явления гиперемии, и к концу 3-й недели пуэрперия оно приобретает обычный вид. Однако при последующих родах его просвет становится более широким, а стенки — более гладкими, влагалище становится менее сомкнутым, вход во влагалище остается несколько приоткрытым. Девственная плева представлена в виде отдельных листков.

Промежность. Промежность, если она не была повреждена во время родов, а при разрывах была правильно зашита, восстанавливается через 10-12 дней. При наличии швов на промежности в течение 5-6 дней после родов показана их обработка 3% раствором перекиси водорода с последующим применением 5% раствора перманганата калия (2—3 раза в день). При отсутствии стула на 3-й день/пуэрперия родильницам назначают очистительную клизму или солевые слабительные средства.

Принципы послеродового ухода за матерью и новорожденным

Такие симптомы послеродовых осложнений, как кровотечение, эклампсия и инфекция, должны выявляться в течение первых часов после родов. После выявления этих симптомов немедленно должно быть назначено соответствующее лечение.

Следует контролировать мочеиспускание: затрудненное мочеиспускание после родов является распространенным явлением и может быть причиной послеродового кровотечения. Поэтому роженицу следует поощрять мочиться на протяжении 8 часов после родов.

Совместное пребывание матери и новорожденного в первые 24 часа добавляет элемент защиты, поскольку происходит заселение кожи ребенка сапрофитными микроорганизмами с кожи матери, а не антибиотикорезистентной больничной микрофлорой.

Поощряйте роженицу начинать двигаться как можно скорее после родов: подниматься, ходить, принимать душ. Это поможет матери начать самостоятельно ухаживать за ее ребенком и таким образом установить взаимоотношения с ним.

Основные принципы ухода за пуповинным остатком/ранкой: пуповина должна содержаться в сухости и чистоте; следует избегать рутинного использования антисептиков. Пуповину не следует накрывать подгузником или какими-либо повязками. При загрязнении пуповинного остатка его следует промыть теплой водой и просушить чистой салфеткой.

Послеродовая гимнастика, гигиена питания родильниц

Немаловажное значение в процессе обратного развития всех органов и систем имеет послеродовая гимнастика. Комплекс физических упражнений начинают обычно со 2-3 дня после родов и продолжают, по меньшей мере, в течение трех месяцев. Эти упражнения необходимо делать по пять минут дважды в день.

Гимнастические упражнения должны быть направлены на установление правильного диафрагмального дыхания, укрепление мышц брюшного пресса, тазового дна, сфинктера и промежности, восстановление их упругости, повышение общего тонуса родильницы. Применение физических упражнений диктуется необходимостью восстановить полную трудоспособность всех органов родильницы, чему не способствует лечение длительным покоем. Длительное неподвижное лежание в постели приводит к нарушению кровообра-

щения, снижению тонуса мочевого пузыря, кишечника, что вызывает запоры, задержку мочеиспускания, отрицательно влияет на инволюцию половых органов и общее состояние родильницы. Оптимальным является раннее вставание. При ведении послеродового периода следует учитывать самочувствие женщины, соответствие частоты пульса и температуры тела, состояние молочных желез, состояние матки, характер выделений.

Кормящей грудью женщине необходимо соблюдать гигиену питания. Пища должна быть богатой витаминами, белками, углеводами и жирами. Следует употреблять свежую, простую и разнообразную пищу. Особенно полезны тыква, кефир, простокваша, творог, ягоды, фрукты. Овощи и фрукты особенно богаты витаминами, минеральными солями, углеводами, необходимыми кормящей матери и растущему ребенку. Однако следует учитывать, что цитрусовые (апельсины, мандарины, лимоны, красные и оранжевые фрукты и частично ягоды, например клубника), являются аллергенами, способными вызывать у новорожденного различные аллергические проявления. С осторожностью кормящей матери нужно употреблять в пищу мед, орехи, сгущенное консервированное молоко, следует ограничить употребление жирной и содержащей избыток сахара пищи. Нельзя употреблять спиртные напитки и острые приправы. Количество жидкости в рационе кормящей матери должно быть не менее 2 л.

Для обеспечения хорошей лактации кормящей матери наряду с правильным питанием необходимо обеспечить полноценный отдых: сон не менее 8 ч ночью и 1—2 ч днем. Пребывание на свежем воздухе повышает аппетит у матери и благоприятно сказывается на лактации.

Все женщины после выписки из стационара должны находиться под наблюдением врача семейной поликлиники и патронажной медицинской сестры. Медработники ведут наблюдение за состоянием родильницы и новорожденного, консультируют о правильном питании матери и ребенка, режиме, гигиене, опасных истораживающих признаках со стороны, как матери (нагрубание желез, зловонные или ярко кровавистые выделения из половых путей, температура, судороги/головная боль) и новорожденного (беспокойство, плаксивость, проблемы с грудным вскармливанием: ребенок неудовлетворен после кормления, проблема с отпаданием пупка и намокание пупочной ранки, редкое мочеиспускание, температура...). Кроме того, женщина должна быть проинформирована о методах последующей контрацепции. А при необходимости иметь доступ к ее применению.

Информируйте женщину об опасных симптомах в послеродовом периоде, когда она немедленно должна обратиться к врачу:

- Влагалищное кровотечение (используется более 2-3 гигиенических прокладок за 30 минут)
- Повышенная температура
- Затрудненное дыхание
- Боль в животе
- Боль в молочных железах и сосках
- Недержание мочи или болезненное/затрудненное мочеиспускание
- Боль в промежности
- Зловонные/гнойные выделения из влагалища

У ребенка:

- Указания на трудности кормления
- Вялость, сниженная двигательная активность
- Затрудненное дыхание или выраженное втяжение податливых участков грудной клетки
- Стонущий выдох
- Судороги
- Повышение температуры тела до 38°C и выше
- Температура тела 35,5°C и ниже, не повышающаяся после согревания
- Гнойные выделения или кровотечение из пупочного остатка/ранки

- Появление желтушного окрашивания кистей и стоп в любом возрасте

Интерактивный метод «Дискуссия» - применяется на этапе обсуждения домашнего задания и определения начальных знаний студентов.

Вопросы / ответы:

1. Периоды родов

Родовой акт делится на три периода:

- первый - период раскрытия,
- второй - период изгнания плода,
- третий - последовый период.

2. Продолжительность родов у перво- и повторнородящих

Продолжительность родов у первородящих составляет 11,5-14,5 часов, из них – первый период родов – 9–12 часов, второй – до 2 часов. Продолжительность родов у повторнородящих – 8,5-11,5 часов, из них первый период родов длится 8-11 часов, второй – до 1 часа. Третий период родов как у первородящих так и у повторнородящих проводится активно.

3. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания (с демонстрацией на муляже или фантоме)

Первый момент - сгибание головки (flexio capitis). Под влиянием внутриматочного давления, частично передаваемого по позвоночнику на головку плода, шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого, приближаясь к проводной линии таза

Второй момент биомеханизма родов представляет собой внутренний поворот головки. Он начинается после того, как головка согнулась и вставилась во вход в малый таз. Затем головка в состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров проходит широкую часть полости малого таза, начиная внутренний поворот. В узкой части полости малого таза головка заканчивает вращательное движение. В результате этого головка из косога размера переходит в прямой. Поворот завершается, когда головка достигает выхода из малого таза

Третий момент биомеханизма родов - разгибание головки. Между лонным сочленением и подзатылочной ямкой головки плода образуется точка фиксации, вокруг которой и происходит разгибание головки. В результате разгибания последовательно рождаются темя, лоб, лицо и подбородок плода. Головка рождается малым косым размером, равным 9,5 см и окружностью 32 см, ему соответствующей.

После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки - **четвертый момент**. Плечики плода производят внутренний поворот, в результате которого они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, а другое (заднее) обращено к копчику. Родившаяся головка плода поворачивается затылком к левому бедру матери (при первой позиции) или к правому (при второй позиции). Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) и нижним краем симфиза образуется новая точка фиксации. Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки, после чего легко рождается остальная часть туловища.

4. Назовите способы отделения плаценты

А) центральное (по Шульце) – отделение плаценты начинается с центра с образованием ретроплацентарной гематомы. При этом наружного кровотечения нет, ретроплацентарная гематома рождается вместе с последом, а плацента – своей плодовой поверхностью.

Б) краевое (по Дункану) – отделение плацента начинается с края, ретроплацентарной гематомы не образуется. С самого начала отделения начинаются кровянистые выделения из половых путей, плацента рождается своей материнской поверхностью.

5. Какая кровопотеря бывает при физиологических родах?

Кровопотеря в среднем составляет 150-200 мл. Верхняя допустимая граница объёма физиологической кровопотери – 0,5% от массы тела, или 5 мл на 1 кг.

6. На что нужно обращать внимание при наружном акушерском исследовании?

На: - форму матки, её консистенцию во время и вне схватки, высоту стояния дна матки и состояние контракционного кольца;

- силу и продолжительность схваток (рукой, расположенной на области дна матки), степень расслабления матки вне схваток (посредством пальпации);

- высоту стояния контракционного кольца;

- положение, позицию, вид и предлежание плода и отношение предлежащей части ко входу в малый таз (приёмами Леопольда-Левицкого), а также – на клиническое соответствие между размерами головки и таза (признак Вастена).

8. Какова частота сердцебиения плода?

В норме она составляет 100-180 ударов в минуту. Учащение сердцебиения, равно как и его урежение является признаками гипоксии плода.

9. Когда происходит отхождение околоплодных вод?

Отхождение околоплодных вод должно происходить при близком к полному открытию маточного зева. Излитие околоплодных вод в первом периоде родов до раскрытия 6-7 см и до начала регулярной родовой деятельности называется **преждевременным**.

4.3. Практическая часть

Перечень практических навыков:

1. Активное ведение третьего и раннего послеродового периода

Цель: профилактика кровотечения в родах и в послеродовом периоде

Показания: всем роженицам

Оснащение:

	Мероприятия	Не выполнил	Выполнил полностью
--	-------------	-------------	--------------------

	После пересечения пуповины и отделения новорожденного от матери зажим на маточной части пуповины переключают на уровне промежности на первой минуте.	0	10
	В\м вводят 10 ЕД. (2,0 м. л) окситоцина.	0	10
	Катетеризация мочевого пузыря. «Рабочую» руку (правша или левша) располагают ладонной поверхностью на передней стенке матки, чуть выше симфиза, терпеливо выжидают появления первой последовой схватки.	0	10
	Во время сильного сокращения матки ладонной поверхностью «рабочей» руки создают одновременно контр - давление на переднюю стенку матки в сторону позвоночника и к пупку.	0	10
	Синхронно с последовой схваткой акушерка проводит контролируемое подтягивание за пуповину до рождения плаценты. При этом врач продолжает создавать контр – давление на матку.	0	10
	После того, как плацента выделилась, держа ее двумя руками и поворачивая вокруг оси, необходимо добиться выделения оболочек.	0	10
	В случае если плацента не выделилась, во время первой последовой схватки, необходимо дождаться следующего сильного сокращения матки и повторить манипуляцию.	0	10
	После выделения последа, руку перемещают на дно матки и проводят массаж матки до полного ее сокращения, с последующим перемещением руки на область нижнематочного сегмента и проводят ее массаж.	0	10
	В раннем послеродовом периоде (24 часа) в течение первых двух часов необходимо проводить массаж каждые 15 минут.	0	10
0	В следующие два часа через 30 минут. В течение следующих два часа один раз в час. В течение следующего времени, до 24 часов послеродового периода, необходимо проводить массаж матки каждые два часа. Необходимо удостовериться, что матка не расслабляется сразу после того, как прекращается массаж.	0	10
	Всего	0	100

7. Контрольные вопросы:

1. Что такое роды?
2. Что такое ложные роды?
3. Диагностика и ведение прелиминарного периода.
4. Какова биомеханизм родов?
5. Диагностика и ведение I периода родов.
6. Как осуществляется раскрытие маточного зева?
7. Диагностика и ведение II периода родов.
8. Обязанности врача во 2 периоде родов.
9. Диагностика и ведение III периода родов, активное ведение III периода родов.
10. Транспортировка роженицы в зависимости от периода родов.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Во II триместре часто возникают все указанные ниже осложнения, кроме

*преждевременных родов
преждевременного разрыва плодных оболочек
отслойки плаценты
боли в круглых связках

2. Все ниже указанные факторы связаны с высоким риском перинатальной заболеваемости, кроме:

*активных занятий спортом
возраста матери менее 20 лет
курения
злоупотребления алкоголем

3. Индекс Соловьева

*Окружность запясти
Прямой размер малотазу
Поперечный размер малого таза
Окружность таза

4. Детородным возрастом считается

*15-49
15-35
20-50
18-40

5. Достоверный признак беременности

*Ощущение шевеления плода
Задержка менструации
Выделение молозиво

6. Ежемесячная прибавка веса беременной после 30 недель

*до 1 кг
500,0
600,0
до 3 кг

7. Признак крупного плода

*высота дна матки больше 40 см
многорожавшая беременная
крупный размер головки
беременность больше 42 недель

8. Высота дна матки 32 см беременности

*30 недель
24 недели
26 недель
36 недель

9. Предвестники родов

*появляется боли внизу живота, опускается дно матки
отхождение околоплодных вод
беременность достигает до 39-40 недельного срока
учащается швеление плода

10. Состояние новорожденного оценивается

*по Апгар
по шкале Виттлингера
по Леопольду

по Персианинову

Тема №3: Грудное вскармливание. Техника грудного вскармливания. Физиологический послеродовый период.

Модель технологии обучения на учебном занятии

<i>Время – 240 мин</i>		<i>Количество студентов: 8-10 чел.</i>	
<i>Форма учебного занятия</i>		Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач	
<i>Место проведения занятия и оснащение</i>		Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови на Rh – фактор и Rh – антитела, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.	
<i>Структура учебного занятия</i>		5. Введение 6. Практическая часть - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части 7. Теоретическая часть – решение ситуационных задач - обсуждение теоретической части 4. Проведение оценки - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя 5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).	
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений иммуноконфликтной и АВО конфликтной беременности, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике ранних токсикозов беременности, оценивать степень тяжести рвоты беременных, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>			
1. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с иммуноконфликтной и АВО конфликтной беременностью. 2. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с резус иммунизацией и АВО конфликтом. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с ранними токсикозами беременности.		<p>ВОП должен знать:</p> 1. Факторы приводящие к резус- и АВОконфликту. 2. Факторы риска раннего токсикоза 3. Течение беременности при резус-конфликте и АВОконфликте. 4. Лабораторное и инструментальные методы обследования резус-конфликта, АВОконфликта и ранних токсикозов. 5. Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ). 6. Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами. 1. Клиническое обследование беременных с резус-конфликтом и ранними токсикозами с применением лабораторных и инструментальных методов исследования. 2. Определить комплексную тактику ведения	

<p>3. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм ранних токсикозов беременности. Выработать навыки по ведению и лечению беременных с рвотой беременных разной степени тяжести.</p> <p>4. Выработать навыки, по реабилитации женщин после осложненной иммуно- и АВО конфликтной беременностью и родами, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с ранним токсикозом беременности. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>беременных с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>3. Определить критерии стационарного лечения беременных с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>4.</p>
--	--

6. Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Форма занятия	Время (минуты)
1	Вводное слово преподавателя	Оглашение повестки дня	10
2	Обсуждение домашнего задания методом дискуссии, просмотр видеофильма Игра «Ручка на середине стола»	Опрос, объяснение, видеофильм. Ответы на вопрос: «В чем отличие между грудным и искусственным вскармливанием?»	40
3	Освоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация родильниц, беременных, осмотр и обучение кормлению новорожденных)	Осмотр и беседа с пациентками, прикладывание к груди новорожденного. Истории родов.	50
4	Усовершенствование практических навыков. Самостоятельная курация.	Осмотр и беседа с родильницами и новорожденными. Отработка навыка прикладывания к груди новорожденного и осмотр родильниц, а также на муляжах, интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (приложение №1)	50

5	Анализ результатов осмотра, лабораторно-инструментальных исследований, взятых у родильниц. Дифференциальная диагностика, составление плана лечения и реабилитации. Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Истории родов, дискуссия. Работа в малых группах. (приложение №1)	50
6	Закрепление и обсуждение полученных теоретических знаний и результатов практической работы. Оценка знаний группы на основании поставленной цели занятия.	Дискуссия, решение тестов, проверка практических навыков. (приложение №2)	30
7	Заключение педагога по теме. Оценка знаний каждого студента и объявление оценки. Подведение итогов. Предоставление вопросов по теме следующего занятия.	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки. (приложение №4)	10
Итого			240

2. Мотивация

На сегодняшний день всемирно признано и доказано, что самым оптимальным питанием для новорожденных и детей первых двух лет жизни является грудное молоко. Грудное вскармливание с момента рождения значительно снижает частоту послеродовых кровотечений у матери, а также младенческую заболеваемость и смертность. Правильный уход за матерью и новорожденным, знание физиологии послеродового периода снизит материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по анатомии, физиологии, эндокринологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Грудное вскармливание

Грудное вскармливание является идеальным питанием для грудных детей, способствует их наиболее полноценному физическому и умственному росту и развитию, оказывает уникальное положительное воздействие не только на здоровье ребенка, но и матери. Пропаганда исключительно грудного вскармливания снижает неонатальную смертность на 58-87% (The Lancet, 2005). По оценкам ВОЗ (2005), 1,5 миллиона смертей в год можно предотвратить путем эффективного грудного вскармливания.

Все дети должны находиться на исключительно грудном вскармливании с момента рождения до возраста примерно 6 месяцев, но, во всяком случае, в течение первых 4-х месяцев жизни.

Предпочтительно продолжать грудное вскармливание и после первого года жизни, а в группах населения с высокой распространенностью инфекций пользу ребенку может принести продолжение грудного вскармливания в течение всего второго года жизни и даже дольше.

Грудное молоко является самым лучшим питанием для грудных детей, так как обеспечивает ребенка всеми питательными веществами, которые нужны ему в первые 6 месяцев (26 недель) жизни. Кроме того, в нем содержатся питательные вещества, которые удовлетворяют уникальные потребности младенца - некоторые незаменимые полиненасыщенные жирные кислоты, некоторые молочные белки и железо в легко усвояемой форме. Грудное молоко содержит иммунологические и биологически активные

вещества, которых нет в детских питательных смесях промышленного производства, и которые обеспечивают защиту от микробных и вирусных инфекций, а также могут способствовать адаптации и развитию кишечника новорожденного. Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к *нагрубанию* молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Исключительно грудное вскармливание означает, что все потребности в жидкости, энергии и пищевых веществах удовлетворяются только за счет грудного молока, даже в странах с жарким климатом.

Грудное вскармливание означает получение ребенком грудного молока непосредственно из груди; этот термин следует отличать от кормления грудным молоком.

Состав человеческого грудного молока не постоянен и изменяется во время кормлений, в зависимости от времени суток, а также в процессе лактации. Количество грудного молока чрезвычайно изменчиво и может колебаться от очень малых количеств до одного литра в день, что, почти целиком, зависит от частоты и эффективности сосания.

Энергетическая ценность грудного молока составляет приблизительно 280 кДж (67 ккал)/100 мл. На долю **жира** приходится около 50% общей калорийности грудного молока. Раннее молоко, появляющееся в начале кормления, более водянистое и содержит больше лактозы и имеет относительно низкую концентрацию жира, которая затем повышается так, что молоко с наивысшей энергетической плотностью выделяется в конце кормления. Это позднее молоко, таким образом, вносит важнейший вклад в потребление энергии ребенком.

Основным видом **углеводов** в грудном молоке является лактоза, на долю которой приходится около 40% его калорийности и которая хорошо переваривается и всасывается (более 90%) в тонкой кишке под влиянием лактазы эпителия. Неусвоенная лактоза переходит в толстую кишку, где вносит свой вклад в потребление энергии, уменьшает показатель рН, что способствует улучшению всасывания кальция. Кроме того, лактоза способствует росту лактобацилл и может содействовать развитию благоприятной флоры в толстом кишечнике, которая защищает от гастроэнтерита. Кроме того, олигосахариды, содержащиеся в грудном молоке, обеспечивают от вирусов и бактерий или их токсинов и содействуют росту флоры толстой кишки, включая штаммы, которые могут иметь пробиотические эффекты, такие как бифидобактерии.

Белки грудного молока представлены альфа-лактальбумином и лактоферрином, которые представляют собой источник всех незаменимых аминокислот для грудного ребенка. Казеин обладает химическими свойствами, которые позволяют ребенку легче переваривать молоко. В молозиве белок представлен в виде иммунозащитного белка иммуноглобулина А, лактоферрина, лизоцима и других макромолекул, играющих определенную роль в защите ребенка от микробиологических инфекций.

Оптимальное содержание питательных элементов (**витаминов и микроэлементов**) грудного молока зависит от того, в какой степени поддерживается нормальный пищевой статус матери. У детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, недостаточность питательных микроэлементов с клиническими признаками в первые 6 месяцев жизни встречается крайне редко. Когда же имеется дефицит микроэлементов, то улучшение питания матери или получение ею добавок будет давать положительные результаты и принесет пользу как матери, так и ее ребенку.

Техника прикладывания к груди новорожденного

1. Матери следует объяснить процедуру прикладывания к груди.
2. Оцените состояние женщины и ребенка и убедитесь, что их состояние позволяет произвести первое грудное кормление
3. Женщина должна расслабиться и принять удобное положение (лежа) как для себя, так и для ребенка, чтобы удерживать ребенка близко к груди
4. Поверните ребенка животиком к животу матери и убедитесь, что ребенок не вытягивает головку
5. Посоветуйте матери держать спинку, а не головку ребенка во время кормления – голова и туловище ребенка должны находиться на одной линии
6. Старайтесь, чтобы носик ребенка находился на одном уровне с соском
7. Попросите мать не зажимать пальцами грудь, если есть необходимость в поддержке груди, научите мать поддерживать ее снизу всей ладонью руки, ребром прижатой к грудной стенке, а большой палец должен находиться сверху груди. Пальцы при этом следует держать на расстоянии приблизительно 10 см от соска
8. Попросите мать нежно прикоснуться соском к щеке или ко рту ребенка. Как только ребенок откроет рот, придвиньте ребенка к груди и дайте ему «ухватиться», направив нижнюю губу достаточно дальше соска. Помогите ребенку захватить ротиком место скопления молока
9. Проверьте признаки хорошего прикладывания ребенка к груди, спросите мать о ее ощущениях. Позвольте ребенку наесться досыта.

Фундаментом Инициативы «Больниц, доброжелательных к ребенку» являются 10 шагов, которые были широко начаты ЮНИСЕФ и ВОЗ в 1992 году. Стремясь усилить эту инициативу, 45-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 1992 году призвала государства к тому, чтобы они поощряли и поддерживали все государственные и частные медицинские учреждения, предоставляющие услуги по родовспоможению и охране материнства, в превращении их в «доброжелательные к ребенку».

«10 шагов успешного грудного вскармливания»

1. Иметь письменные рекомендации по грудному вскармливанию, которые необходимо довести до сведения всего медицинского персонала
2. Обучить весь медицинский персонал навыкам, необходимым для практического осуществления этих рекомендаций
3. Информировать всех беременных женщин о преимуществах грудного вскармливания и правилах грудного вскармливания
4. Помогать матерям начать грудное вскармливание в течение первого получаса после рождения ребенка, при его готовности к вскармливанию
5. Показать матерям, как следует проводить грудное вскармливание и как поддерживать лактацию, даже если мать и ребенок содержатся раздельно

6. Не давать новорожденным никакой другой пищи или жидкости кроме грудного молока, за исключением случаев, обусловленных медицинскими показаниями
7. Практиковать размещение матери и ребенка в одной комнате – разрешить матери и новорожденному оставаться вместе 24 часа в сутки
8. Поощрять грудное вскармливание по желанию ребенка
9. Не давать сосок или пустышек младенцам, находящимся на грудном вскармливании
10. Поощрять организацию групп по поддержке грудного вскармливания и направлять матерей в такие группы после выписки из стационара или клиники.

Противопоказания к грудному вскармливанию

1. Галактоземия (редко у 1 из 50 000 детей)
2. Матери, которые лечатся противоопухолевыми препаратами и радиоактивными веществами
3. ВИЧ-инфицированная мать
4. Активная туберкулезная инфекция у матери (все противотуберкулезные препараты совместимы с грудным вскармливанием)
5. Женщины с острой воздушно-капельной инфекцией – дифтерией.

Преимущества грудного вскармливания для здоровья грудных детей и матерей

Грудной ребенок:

- Снижается частота и продолжительность диспепсических заболеваний
- Обеспечивается защита от респираторной инфекции
- Снижается частота случаев отита и рецидивов отита
- Возможна защита от некротического энтероколита новорожденных, бактериемии, менингита, ботулизма и инфекции мочевыводящих путей
- Возможно снижение риска аутоиммунных болезней, таких, как сахарный диабет 1 типа и воспалительные заболевания пищеварительного тракта
- Возможно снижение риска синдрома внезапной смерти внешне здорового ребенка
- Снижается риск развития аллергии к коровьему молоку
- Возможно снижение риска ожирения в более старшем детском возрасте
- Улучшается острота зрения и психомоторное развитие, что может быть обусловлено наличием в молоке полиненасыщенных жирных кислот, в частности, докозагесаэновой кислоты
- Повышаются показатели умственного развития по шкале IQ, что может быть обусловлено присутствующими в молоке факторами или повышенным стимулированием
- Уменьшаются аномалии прикуса благодаря улучшению формы и развитию челюстей

Мать:

- Раннее начало грудного вскармливания после рождения ребенка способствует восстановлению сил матери после родов, ускоряет инволюцию матки и уменьшает риск кровотечения, тем самым, снижая материнскую смертность, а также сохраняет запасы гемоглобина у матери благодаря снижению кровопотери, что ведет к улучшению положения с содержанием железа в ее организме.
- Увеличивается период послеродового бесплодия, что ведет к увеличению интервала между беременностями, если не используются противозачаточные средства
- Возможно ускорение потери массы тела и возвращения к массе тела, которая была до беременности
- Уменьшается риск рака груди в предклимактерическом возрасте
- Возможно уменьшение риска рака яичников
- Возможно улучшение минерализации костей за счет этого уменьшение риска переломов бедра в постклимактерическом возрасте.

Послеродовым периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как *ранний послеродовой период*. По истечении этого времени начинается *поздний послеродовой период*.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. Значительная часть сосудов облитерируется и превращается в соединительно-тканые тяжи.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец. Формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У не кормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется.

В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки -

менструация. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к *нагрубанию* молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а *максимальная* физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

Спустя 2-4 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. Этот принцип состоит в том, что в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соблюдение *цикличности* облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их *профилизации*, т.е. выделением палат родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы. При возможности следует отдавать предпочтение *совместному пребыванию матери и ребенка*. Такое пребывание значительно снизило частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту

заболеваний детей. Мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицировать новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме уже через 2 часа после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери. Первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать. Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 30-60 мин.) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие *нагрубания*. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество *лохий*. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются. Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Физиологический послеродовый период характеризуется хорошим общим состоянием женщины, нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией. В послеродовом периоде может быть задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки (*лохиометра*), замедленное обратное развитие матки (*субинволюция*), нагрубание молочных желез, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения. Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены. Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку положено не менее 7,5 кв.м площади. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки. После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытьё и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также моют и дезинфицируют. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных лифчиков, рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом. Совместное пребывание матери и ребенка, вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара.

4.2 Практическая часть

Перечень практических навыков:

1. Консультирование по грудному вскармливанию
2. Техника прикладывания к груди новорожденного

7. Контрольные вопросы

1. Назовите преимущества грудного вскармливания?
2. Назовите основные принципы грудного вскармливания - «10 шагов для успешного грудного вскармливания».
3. Какие существуют противопоказания к грудному вскармливанию?
4. Каковы условия метода лактационной аменореи и какова его эффективность?
5. Какова продолжительность физиологического послеродового периода?
6. Какие изменения наблюдаются в организме женщины после родов?
7. Какие изменения происходят в матке в послеродовом периоде?
8. Какие виды контрацепции рекомендуются послеродовом периоде?
9. Что такое лохии?
10. Какова роль врача общей практики в послеродовом периоде?

Некоторые положения при кормлении грудью

Основные признаки правильных положений

- Голова и туловище ребенка находятся на одной линии
- Ребенок повернут лицом к груди
- Мать прижимает ребенка к своему телу
- Мать поддерживает тело ребенка

Колыбель

На спине

На боку

Поза «футбольный мяч»

WHO, UNICEF, 1993

ЕВРОПА

USAID

Эффективная перинатальная помощь и уход (ЭПНУ)

7С-21

Занятие № 4. Осложнённая беременность. Ведение беременности и родов у женщин с рубцом на матке.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Диагностика несостоятельности рубца на матке. 2.Принципы ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке. 3.Осложнения во время беременности и родов с рубцом на матке.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения беременности и родов при рубцах на матке, принципами антенатального ухода, патологическими явлениями при беременности и осложнениями со стороны матери и плода.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2.Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

Кесарево сечение является одной из древнейших операций полостной хирургии. Эта родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке, в настоящее время является распространенным оперативным

вмешательством, частота ее колеблется от 25 до 17%. В своем развитии эта операция прошла много этапов. В глубокой древности эту операцию производили на мертвой женщине люди не имеющие медицинского образования. В 1521 году Руссо (Франция) обосновал производство этой операции на живой женщине. Первые достоверно известные операции кесарева сечения на живой женщине были сделаны итальянским хирургом Христианом Байоном в 1540 г. И немецким хирургом Траутманом в 1610 г., но разрез на матке не зашивали, исходы операции всегда были смертельными. С конца XVI и начала XVII веков вопросы операции кесарева сечения разрабатывают в Германии, Франции, Италии, Нидерландах и др. В России первая операция кесарева сечения была произведена в 1756 г. Эразмусом, вторая в 1796 г. Зоммером - обе с благоприятным исходом. Третье кесарево сечение было произведено Рихтером в Москве в 1842 г. До 1880 года (по данным А.Я. Крассовского) в России насчитывалось всего 12 кесаревых сечений. К этой операции прибегали, как к крайнему средству, когда патология в родах заходила очень далеко, женщины умирали в 100% случаев от кровотечения и септической инфекции. Это был до антисептический период в акушерстве. В те годы не было четко разработанных показаний и противопоказаний к операции, не применяли обезболивание. Вследствие незашитой раны на матке содержимое ее попадало в брюшную полость, вызывая перитонит и сепсис, которые и были причиной такой высокой летальности. Впервые зашивание раны матки было применено Кегербом в 1881 г.

Достижения в хирургии и анестезиологии, усовершенствование техники гемотрансфузии и открытие новых эффективных антибиотиков привели к резкому снижению материнской смертности. Операция прочно вошла в повседневную практику акушеров-гинекологов.

Материнская заболеваемость и смертность зависят в большей степени от факторов, приводящих к хирургическому вмешательству, чем от самой операции. Уровень материнской смертности составляет 0,2 %.

Перинатальная смертность. Низкий уровень перинатальной смертности регистрируют в странах, где врачи широко применяют кесарево сечение, особенно при малой массе плода (700-1500 г). Факторы, способствующие снижению перинатальной смертности:

- контроль за состоянием плода;
- применение стероидных гормонов и токолитических средств;
- УЗИ;
- современное оборудование;
- квалифицированный персонал.

ПОКАЗАНИЯ

Риск для жизни и здоровья женщины при проведении кесарева сечения в 12 раз выше, чем при родах через естественные родовые пути. Поэтому кесарево сечение проводят строго по показаниям. Показания к проведению этой операции разделяют на *абсолютные* и *относительные*. К абсолютным показаниям относят ситуации, когда невозможно извлечь плод через естественные родовые пути, или роды представляют опасность для жизни матери в силу осложнений беременности и родов. К относительным показаниям относят ситуации, при которых рождение живого и здорового ребенка через естественные родовые пути считают сомнительным.

Абсолютные показания

- Полное предлежание плаценты.
- Абсолютно узкий таз.
- Клиническое несоответствие размеров таза женщины и головки плода.
- Неполное предлежание плаценты при неподготовленных родовых путях и сильном кровотечении.
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях и кровотечении.

- Опухоли органов малого таза, препятствующие рождению ребенка.
- Грубые рубцовые изменения шейки матки и влагалища.
- Угрожающий или начинающийся разрыв матки.
- Тяжелый гестоз при неэффективности консервативного лечения и неподготовленных родовых путях.
- Несостоятельность рубца на матке.
- Экстрагенитальный рак и рак шейки матки.
- Серьезная экстрагенитальная патология (например, отслойка сетчатки, осложненная миопия, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы).

Относительные показания

- Аномалии родовой деятельности при не эффективной консервативной терапии.
- Тазовое предлежание в сочетании с другой акушерской патологией, возрастом первородящей старше 30 лет или отягощенным акушерским анамнезом.
- Поперечное положение плода при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути.
- Неправильные вставления и предлежания плода.
- Пороки развития матки.
- Внутриутробная гипоксия плода, не эффективной консервативной терапии
- Предлежание и выпадение пуповины.
- Длительное бесплодие в сочетании с другой патологией.
- Переношенная беременность при возрасте первородящей более 30 лет в сочетании с акушерской патологией.
- Искусственное оплодотворение в сочетании с какой-либо патологией.
- Многоплодная беременность при поперечном положении первого или обоих плодов, тазовом предлежании обоих плодов или внутриутробной гипоксии.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Внутриутробная гибель плода.
- Терминальное состояние.
- Уродство или глубокая недоношенность плода.
- Острое инфекционное заболевание у женщины.
- Затяжные роды (более 24 часов).
- Большое количество влагалищных исследований.
- Не рекомендуют проводить кесарево сечение после неудавшейся попытки наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции по причине высокого риска рождения травмированного ребенка и инфицирования матери.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

- Плод жив и жизнеспособен (не всегда выполнимо при абсолютных показаниях).
- Женщина согласна на операцию (если нет жизненных показаний).
- У беременной нет признаков инфицирования.

Различают два типа операций кесарева сечения при абдоминальном доступе.

Экстраперитонеальное кесарево сечение применяют при амнионите во избежание инфицирования брюшной полости. От этого способа практически отказались после введения в практику эффективных антибиотиков и в связи с частыми случаями повреждения мочевого пузыря и мочеточников при этом вмешательстве.

Транс- (интра)перитонеальное кесарево сечение. В настоящее время – это основной доступ.

Подготовка пациентки Если Ht у пациентки меньше 30 %, проводят инфузионную терапию для возмещения дефицита жидкости. Необходимо подготовиться к возможному переливанию крови во время операции. Мочевой пузырь женщины должен быть опорожнен. Часто проводят профилактику антибиотиками. Для снижения кислотности содержимого желудка применяют антациды (для облегчения последствий возможной

аспирации рвотных масс во время наркоза). Необходимо подробно информировать пациентку об обезболивании и характере операции и получить ее согласие.

Анестезия Может быть общей или региональной (спинномозговая или эпидуральная). Общая анестезия часто приводит к значительному ухудшению состояния плода, поэтому при проведении общего обезболивания интервал времени от начала наркоза до извлечения плода не должен превышать 10 минут. Степень ухудшения состояния ребенка прямо пропорциональна длительности общей анестезии. В связи с этим (для сокращения длительности родов) подготовку операционного поля следует проводить до начала общей анестезии.

Ход операции Пальпация матки и плода
Рассечение брюшной стенки
Разрез брюшной стенки может проходить по средней линии (нижнесрединный) или надлобковый в поперечном направлении (разрез по Пфанненштилю). Последний обеспечивает лучший косметический эффект, но требует больше времени для выполнения, дает меньше возможности для широкого доступа и сопровождается большей кровопотерей. Следующий этап - отсепаровка пузырно-маточной складки брюшины, обнажение нижнего маточного сегмента. Разрез матки производят по показаниям или по выбору хирурга.

Разрез стенки матки
Разрез по Керру - Гусакову (низкий поперечный) в настоящее время применяют наиболее широко. Разрез производят на несокращающейся части матки (нижний сегмент), что снижает вероятность разрыва или расхождения краев рубца при следующих беременностях. Шов проходит параллельно мышечным волокнам, располагается сразу за пузырно-маточной складкой брюшины. Недостаток в опасности повреждения сосудов, идущих вдоль ребра матки.

Продольный разрез по Сельхайму (истмикокорпоральный) начинают в нижнем сегменте матки и продолжают на тело матки.

Разрез по Сангеру (классический, или корпоральный, в настоящее время используют редко) - продольный разрез на передней поверхности матки. *Показания*: рак шейки матки и патологические образования в нижнем сегменте матки (миома); иногда применяют при поперечном положении плода, несостоятельности продольного рубца на матке после предыдущего корпорального кесарева сечения, при необходимости последующего удаления матки и при операции на умирающей женщине. Это наиболее простой и быстрый разрез, но при его применении часты *осложнения*: послеоперационные спайки; кровотечение; плохое заживление раны; расхождение рубца при следующих беременностях и родах.

Извлечение ребенка и отделение плаценты Ребенка бережно извлекают руками либо с помощью щипцов или вакуум-экстрактора. Матку часто выводят из брюшной полости с целью массажа, обследования придатков и визуализации разреза при наложении швов. Для уменьшения кровопотери в мышцу матки вводят сокращающие матку средства (окситоцин, метилэргометрин и т.д.). После отделения плаценты необходимо ручное обследование полости матки для диагностики подслизистой миомы или для удаления остатков плодного яйца. Инструментальное обследование проводят при амнионите, беременности до 28 недель и т.д.

Зашивание разреза на матке Весьма распространен метод зашивания двухэтажным швом по Ельцову-Стрелкову с применением рассасывающегося шовного материала. Первый шов накладывают поочередно справа и слева в углах раны. Швы первого ряда накладывают, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки и захватывая незначительный слой миометрия с одного края раны. Затем с другого края вкол делают со стороны миометрия и выкалывают иглу в полость матки с захватом эндометрия. Этим достигают того, что при завязывании нити узлов остаются в полости матки, а не между сопоставляемыми краями раны (в толще миометрия не образуется канала из "расплавленного" кетгута). Следующий ряд (мышечно-мышечный накладывают традиционно). Пузырно-маточную складку брюшины зашивают непрерывным рассасывающимся швом.

Зашивание передней брюшной стенки Париемальную брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. Обычно той же нитью соединяют прямые мышцы живота. Апоневроз зашивают более прочными нитями, или непрерывным швом или отдельными шелковыми (лавсановыми) швами. Отдельные кетгутовые швы на подкожно-жировую клетчатку. На кожу - нерывный подкожный кетгутовый шов или отдельные шелковые швы по Донати.

В последние 4-5 лет в технике производства кесарева сечения был предложен ряд нововведений. Предпосылкой этому стали несколько работ, четко доказывающих, в частности, что незашивание висцеральной и париетальной брюшины при производстве гинекологических операций не влечет за собой никаких дополнительных послеоперационных осложнений, и даже, более того, существенно снижает вероятность спайкообразования в брюшной полости. Другими предпосылками явились широкое применение в хирургической практике синтетического рассасывающегося шовного материала, и, в связи с этим, более частое применение при зашивании разреза на матке при кесаревом сечении однорядного непрерывного шва.

McKinney и Young в своем исследовании приводят следующие данные: средний хирург с 30-летним стажем, оперирующий в популяции с частотой ВИЧ-инфицированных равной, 0,01 %, имеет риск быть инфицированным в 1 %. В связи с этим в хирургии приветствуются любые модификации оперативной техники, уменьшающие время операции и работы с колющими и режущими предметами.

Все вышеизложенное, а также известные традиционные устремления уменьшения продолжительности операции стали основой для разработки в 1994 году модификации кесарева сечения, известной ныне как операция по Штарку. При рассмотрении отдельных этапов этой операции мы не встретим ничего нового, и только сочетание нескольких известных приемов и исключение некоторых необязательных этапов позволяют говорить об этой операции, как о новой модификации, имеющей целый ряд преимуществ по сравнению с обычными методиками. К ним относят быстрое извлечение плода, значительное сокращение продолжительности операции, уменьшение кровопотери, потребности в послеоперационном применении обезболивающих средств, частоты развития пареза кишечника, снижение частоты и выраженности других послеоперационных осложнений, более раннюю выписку и экономию шовного материала. Благодаря указанным преимуществам, а также простоте самого метода Штарка, эта операция быстро завоевывает популярность.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Осложнения возникают менее чем в 5 % случаев всех кесаревых сечений. При плановой операции число послеоперационных осложнений - в 2-5 раз меньше, чем при экстренной операции. Возможные осложнения – эндометрит, перитонит, сальпингит, инфицирование раны, кровотечение, ателектаз легкого, тромбоз глубоких вен, эмболия легочной артерии, осложнения анестезии (например, синдром Мендельсона).

Отдаленные последствия кесарева сечения Рубец на матке, возникающий в результате кесарева сечения, осложняет течение следующих беременностей и родов. Частота разрывов матки после кесарева сечения (1957) составила при низком поперечном разрезе - 8,3%, при истмико-корпоральном - 12,9%, при классическом разрезе - 18,2%. В настоящее время разрывы матки возникают со следующей частотой: при разрезе в нижнем сегменте матки - 1%, при классическом разрезе - 2%.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «тур по галерее»

Малым группам предлагается одна проблема на всех. Каждая группа в течении 10 мин. Записывает свои суждение и обменивается листами ответов другой группой. Следующая группа должна оценивать ответ предыдущей группы и если ответ неполный, предложить свой вариант. По окончании работы задание обсуждают все участники и выбирают наиболее правильные ответы, которые заслуживают высшего балла.

Приложение № 2 Ситуационная задача

Поступило беременная 29 лет в родильное отделение с жалобами на головокружение, тошноту, постоянные сильные, боли в области матки и незначительные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза: данная беременность 6, аборт 4, состояние больной ухудшилось до поступления стационар. Общая состояние тяжёлая, А/Д 70-40 мм. рт. ст, 120 уд/ в мин. Высота дна матки 40 см. из за напряжение матки части плода не определяются. Сердца биение плода не выслушивается. Бимануальный осмотр шейки матки: плотная, открытие на 4 см, выделения кровянистые.

I. Предварительный диагноз: Беременность 6, 40 недель, роды 3, 1 период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Гибель плода. Геморрагический шок тяжёлый степени.

II. Основные методы обследование.

1. Определение высота стояние дно матки
2. Определение позиции плода
3. Определение предлежащий части плода
4. Определение предлежащий части плода ко входу малого таза
5. Определение окружность живота и высота стояние дно матки
6. Определение предполагаемого масса плода
7. Выслушивание сердцебиение плода
8. Осмотр в зеркалах
9. Бимануальное исследование
10. Регистрация сведений на партограмму
11. индекс Альговера
12. определение тонуса матки
13. Оценить общее состояние беременной

III. Дополнительные методы обследование

1. Измерение артериального давления на двух руках
2. Определение пульса
3. Аускультация сердца и легких беременной
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывание крови
7. Определение ферменты
8. Биохимические анализы крови

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования- лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (Предлежание плаценты, травматизм).

VI. Лечение. Тактика: операция кесарово-сечение.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Препарат, сокращающий матку

*окситоцин

хореальныйгонадотропин

плацентарный лактоген

партусистен

2. Риск на разрыв матки больше при

*рубец на матке

старый разрыв шейки матки 1-2ст.

крупный плод

тазовоепредлежание плода

3. В норме сердцебиение плода в минуту

*120 - 160 раз в минут

до 120

до 140

140 - 180

4. Высота дна матки от лона при 30 недельном сроке беременности

*28-30

19-21

20-22

24-26

5. Документ, который выдается беременной из женской консультации

*Обменная карта ф 113

Индивидуальная карта ф111

Процедурный листок ф 29

Стат. талон ф 236

6. Высота дна матки 32 см беременности

*30 недель

24 недели

26 недель

36 недель

7. Частая причина преждевременных родов.

*Инфекционные заболевания

Много родов в анамнезе

Заболевания плода

Неправильное положение плода

8. Оплодотворение происходит часто:

*в полости маточных труб

в полости матки

в брюшной полости

в яичниках

9. Ненужный препарат для профилактики внутриутробной гипоксии плода

*Сульфат натрия

Оксигенотерапия

Бикорбанат натрия

Сигетин

10. При нормальном биомеханизме родов головка плода рождается

*Малым косым размером

Большим косым размером

Средним косым размером

Вертикальным размером

11. При разрыве матки роды:

*Прекращаются

Не меняется

Расслабляются

Ускоряются

12. Тактика при локальных болей в области рубца на матке*

Срочное кесарево сечение

Ожидать до 37 недель, затем плановое кесарево сечение

Родостимуляция окситоцином

Дача обезболивающих средств

13 Классическое ручное пособие при тазовом предлежании

*Предержание члена расположения плода

Ускорение родов

Прекращение родов

Профилактика дискоординации родовых сил

14. Классическое ручное пособие начинается после:

*После рождения плода до углов лопатки

После рождения ножки плода

После рождения одной ручки плода

После рождения плечиков

15. Запоздалое вскрытие плодного пузыря называется

*После полного открытия зева и начало потуги

До начало родов

Во время родов, до полного открытия маточного зева

При полном открытии зева

Тема №6. Преждевременные роды. Диагностика. Тактика ведения. Перенашивание беременности. Диагностика. Тактика ведения. Индукция родов. Медико-генетическая консультация.

1. Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 240 мин.	Количество обучающихся: 8-10 человек
Место проведения занятия	кафедра, родильное отделение, отделение патологии беременных, палата, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия	2. Введение 3. Теоретическая часть 4. Практическая часть - курация больных - алгоритм практических навыков 4. Аналитическая часть - работа в малой группе - ситуационная задача - решение тестовых заданий
Цель учебного занятия: Углубление знаний по выявлению факторов риска, тактике ведения беременных с преждевременными родами и при переношенной беременности. Развитие способности оценки, анализа ситуации, выбора тактики ведения, диагностике, оказанию неотложной помощи, рациональной транспортировке и постстационарной реабилитации	

женщин с преждевременными и запоздалыми родами на уровне первичного звена.	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выработать навыки по выявлению факторов риска невынашивания и перенашивания беременности, составлению индивидуальных планов обследования и ведения беременных при невынашивании и перенашивании; • Выработать навыки по интерпретации основных лабораторных и функциональных методов исследований применяемых при невынашивании и перенашивании беременности; • Выработать умение выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза; • Выработать навыки по оказанию экстренной помощи на догоспитальном этапе при преждевременных родах; • Выработать навыки по послеродовой реабилитации женщин с невынашиванием и перенашиванием беременности и методам контрацепции у них. 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>Студент должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Факторы риска на невынашивание и перенашивание беременности • Клиническое течение преждевременных и запоздалых родов; • Провести клиническое обследование беременных с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать и обосновать клинический диагноз; • Определять критерии госпитализации беременных входящих в группу риска на невынашивание, перенашивание беременности; • Оценить внутриутробное состояние плода (по данным УЗИ, КТГ, доплерометрии); • Принципы терапии используемых в акушерской практике при невынашивании и перенашивании беременности; • Проводить постстационарную реабилитацию женщин с невынашиванием и перенашиванием беременности; <p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Определить срок беременности и родов • Проводить наружный акушерский осмотр • Определение массы плода
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая игра - лоторея, решение ситуационной задачи, тестовых заданий
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах доказательной медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи, мониторинг и оценка	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

7. Технологическая карта занятия

	Этапы занятия	Форма занятий	Продолжение 240
1	Вводное слово педагога		5
2	Обсуждение темы практического занятия, новые педагогические технологии (дискуссия), определение исходного уровня студентов.	Опрос, обсуждение	30
3	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни.	70
	Перерыв		30
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия. Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация. В случае отсутствия рожениц – работа на муляжах и фантомах (см. приложения практических навыков в учебном руководстве)	Истории родов, клинические и ситуационные задачи. Работа с клиническими лабораторными инструментами, муляжами Приложение №1	50
5	Анализ результатов лабораторно-инструментальных исследований, взятых у больных. Дифференциальная диагностика, составление плана лечения и реабилитации. Написание рецептов и т.д.	Работа с клиническими и лабораторными анализами. Истории родов	30
6	Закрепление и обсуждение полученных теоретических знаний и результатов практической работы. Оценка знаний группы на основании поставленной цели занятия. Подведение итогов. (Решение ситуационных задач, тестов)	Работа в малой группе, устный опрос, проверка практических навыков. (Приложение №1,)	45
	Заключение педагога по данному занятию, оценка каждого студента по 100-бальной шкале с объявлением задания для следующего занятия (см. по ротации)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки Приложение №4	10

2. Мотивация

В связи с высоким процентом женщин с риском на невынашивание и перенашивание, необходимо рациональное ведение этих женщин в условиях поликлиники. Это позволит студентам выделить группы риска, провести профилактические мероприятия, правильно выставить диагноз, выработать тактику ведения, как во время, так и вне беременности, что снизит показатели материнской и перинатальной смертности.

3. Внутри и меж предметные связи:

В организме женщин у данного контингента рассматриваемых беременных происходят патологические изменения в анатомии и физиологии, а также во время беременности выявляются различные ЭГЗ. В связи, с чем для понятия динамических изменений в организме беременных студенту необходимо иметь знания по следующим предметам: нормальная и патологическая анатомия; физиология и патофизиология; терапия; клиническая фармакология. Данные знания помогут провести дифференциальную диагностику и рационально выставить диагноз.

4. Содержание занятия

4. 1. Теоретическая часть

Невынашивание беременности – самопроизвольное прерывание беременности в сроке от зачатия до 37 недель.

Самопроизвольное прерывание беременности с 22 до 37-ю неделю называют преждевременными родами. Дети при преждевременных родах считаются недоношенными.

Невынашивание беременности представляет собой одну из важнейших проблем практического акушерства. В настоящее время частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25%; в I - триместре она может достигать 50%, во II триместре – 20%, в III – триместре – 30%.

По рекомендации ВОЗ, в том случае, если беременность прерывается при сроке 22 недели и более, масса плода составляет 500 гр. и более, новорожденный выживает в течение 7 дней, роды считают преждевременными с экстремально низкой массой плода. Гибель ребёнка, родившегося после 22 недели гестации (массой 500 гр. и более) через 7 дней после рождения входит в показатель перинатальной смертности.

Факторы риска невынашивания беременности:

- **Социально – биологические факторы:** низкое социально – экономическое положение (низкий доход, низкий уровень образования, недостаточное питание), работа, связанное с физическим напряжением, стрессы;
- **Данные акушерско-гинекологического анамнеза:** возраст первородящей матери менее 16 лет, преждевременные роды в анамнезе, отягощенный акушерский анамнез;
- **Наличие экстрагенитальной патологии:** сахарный диабет, артериальная гипертензия и другие заболевания сердечно – сосудистой системы, бронхиальная астма, пиелонефрит, привычные интоксикации (прием алкоголя, курение), наркомания;
- **Осложнения беременности:** многоплодие, многоводие, тазовое предлежание плода (преждевременные роды в 205 случаев), предлежание плаценты (преждевременные роды в 5 раз чаще), отслойка плаценты (преждевременные роды в 4 раз чаще), внутриматочная инфекция, внутриутробное инфицирование плода, гипертензивные нарушения.

Угроза прерывания беременности – повышение сократительной активности матки, которая потенциально может привести к отслойке плодного яйца и изгнанию его из полости матки.

Привычное невынашивание – самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд до 37-й недели гестации.

В связи с особенностями акушерской тактики и разными исходами преждевременных родов для плода целесообразно выделить 3 периода таких родов с учётом сроков гестации:

1 в 22-27 недель; 2 в 28-33 недель; 3 в 34-37 недель.

Преждевременные роды в 22-27 недель (масса плода от 500 до 1000 гр.) составляет 5% из общего количества. Чаще всего они обусловлены истмико-цервикальной недостаточностью, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и его преждевременным разрывом. Исход родов для плода в этой группе чрезвычайно неблагоприятен, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

Преждевременные роды при сроке гестации 28-33 недель (масса плода 1000-1800 гр.) обусловлены более разнообразными причинами, чем ранние преждевременные роды. Несмотря на то что, лёгкие плода ещё незрелые, с помощью назначения глюкокортикоидов или других медикаментозных средств удаётся добиться ускорения их созревания. Исход родов более благоприятный, чем в предыдущей группе.

Преждевременные роды при сроке гестации 34-37 недель (масса плода 1900-2500 гр. и более) обусловлены ещё более разнообразными причинами, чем в предыдущих группах.

Клиническая картина и диагностика. Различают:

- угрожающие преждевременные роды
- начавшиеся преждевременные роды

Для угрожающих преждевременных родов характерно наличие непостоянных болей в нижней части живота и пояснице. Возбудимость и тонус матки повышены. При влагалищном исследовании обнаруживают, что шейка матки сохранена, наружный зев закрыт.

Начавшиеся преждевременные роды это клинически документированные сокращения матки (4 за 20 минут или 8 за 60 минут) и:

- А разрыв околоплодного пузыря;
- В целый околоплодный пузырь и раскрытие шейки более 2 см;
- С целый околоплодный пузырь и сглаживание шейки более чем на 80%;
- D целый околоплодный пузырь и динамические структурные изменения шейки матки.

Диагноз. устанавливается на основании анамнестических данных, клинической картине, по данным УЗИ (локальное утолщение миометрия, повышение двигательной активности плода, иногда уменьшение количества околоплодных вод) и КТГ (повышение двигательной активности плода)

Тактика ведения и лечение преждевременных родов должно быть индивидуальным. Лечение всех клинических форм преждевременных родов проводится в стационарных условиях. По этому от врача общей практики требуется немедленная госпитализация беременных в акушерский стационар.

При поступлении беременной по поводу преждевременных родов необходимо:

- выяснить причину наступления преждевременных родов.

- установить срок беременности, предполагаемый вес плода, его позицию, предлежание, сердцебиение плода, характер влагалищных выделений, состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие или отсутствие инфекции.
- определить стадию преждевременных родов, так как терапия должна быть строго дифференцированной.
- При угрожающих или начинающихся преждевременных родах может быть проведена терапия, направленная на сохранение беременности. При начавшихся родах такая терапия неэффективна. В таких случаях токолиз применяется на время созревания легких плода. Беременных с риском рождения детей очень низкой массой госпитализируют в перинатальные центры, где можно проводить высококвалифицированную медицинскую помощь.

Лечение. Для понижения возбудимости матки и подавления её сократительной деятельности (токолиз) предлагается следующее лечение:

- постельный режим

- нифедипин (коринфар, тербуталин) по 10 мг сублингвально каждые 15 минут в течение первого часа до прекращения схваток, затем 60 – 160 мг/сут медленно высвобождающегося нифедипина в зависимости от маточной активности.

- токолитики : салбутамол (гинипрал, партусистен, ритодрин) 10 мг в 1 л изотонического раствора натрия хлорида начиная с 10 капель в минуту и доза увеличивается за каждые 30 минут на 10 капель до остановки сокращений или пульс матери не превысит 120 уд. в мин;

Индометацин – 100 мг нагрузочная доза перорально или ректально. Далее по 25 мг каждые 6 часов в течение 48 часов.

Альтернативные лекарственные средства: Спазмолитики: средства снижающие активность матки : 25% раствор магния сульфата по 5 -10мл. в\м 2 раза в сутки или 10 мл 25% раствора в 400мл изотонического раствора натрия хлорида в/в капельно.

При отсутствии противопоказаний всем беременным с повышенным риском преждевременных родов в сроке гестации 24 -34 недель рекомендуется антенатальное введение матери кортикостероидов для ускорения созревания легких плода и шансов на выживания новорожденного:

- бетаметазон по 12мг в/м, 2 дозы с интервалом 24 часов;

- или дексаметазон 6 мг в/м 4 дозы с интервалом 12 часов.

При необходимости профилактика РДС кортикостероиды можно повторить через неделю не более двух раз.

Послеродовая реабилитация:

- тщательный сбор анамнестических данных с учётом общей заболеваемости, гинекологических заболеваний, анализ репродуктивной функции, число выкидышей, сроки прерывания, клиника и возможные осложнения, методы лечения.
- тесты функциональной диагностики в виде графиков ректальной температуры, на которых отмечаются жалобы на боль, выделения и данные объективного исследования и назначаемая терапия.

- УЗИ - оценивает состояние матки и яичников.
- Консультация специалистов – врача акушер гинеколога для проведения нижеследующих медотов обследования и выбора метода лечения:
 - а) гистеросальпингография - производится на 18-20 дни цикла. Это исследование позволяет поставить или исключить диагноз порока развития матки, внутриматочных синехий, истмико-цервикальной недостаточности.
 - б) необходимым звеном обследования является исключение бактериальной и вирусной инфекции как причины невынашивания.
 - в) определение в слизи цервикального канала (ПЦР-диагностика) ВПГ, ЦМВ, хламидий, микоплазм, уреаплазм.
 - г) при необходимости гормональных исследований, их проводят на 7-8 и 22-23 дни менструального цикла. При невынашивании беременности грубых нарушений цикла может и не быть, но у большинства пациенток обнаруживается нарушение лютеиновой фазы с ановуляторным циклом. Этот вид нарушения цикла характерен для пациенток с гиперандрогенией, для пациенток с поражением рецепторного аппарата эндометрия в результате хронического эндометрита или генитального инфантилизма.
- Медико-генетическое обследование супружеской пары проводится в тех случаях, когда имеется привычное невынашивание ранних сроков беременности, при мертворождениях и рождении детей с пороками развития в анамнезе.
- Также показано исследование спермограммы мужа, консультация андролога.
- Всем женщинам группы риска на невынашивание беременности за время обследования и лечения назначаются контрацептивные средства с учетом показаний и противопоказаний.

Переношенная беременность. Переношенной считают беременность, которая продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов – 290-294 дней с рождением плода с признаками перезрелости и изменениями в плаценте. Частота перенашивания беременности по данным разных авторов вариабельно и составляет от 2 – 10%. Перинатальная смертность при перенашивании беременности колеблется от 20 до 130 промилле. При перенашивании беременности наблюдается большое количество осложнений в родах и в послеродовом периоде у матери и новорожденного, высокий процент родоразрешающих операций и оперативных вмешательств во время родов.

Существует хронологическое перенашивание беременности на 14 дней и более, которое заканчивается рождением доношенного ребенка без признаков перезрелости. Такая беременность называется **продолгованной**. Она встречается в 2 раза реже переношенной.

Роды при переношенной беременности называют **запоздалыми**. Они относятся к числу патологических. При продолгованной беременности роды называются своевременными, т.е физиологическими.

Преморбидном фоном служат различные соматические заболевания, детские инфекции, имеющие значение в становлении гипоталамо – гипофизарных процессов, участвующих в формировании репродуктивной системы у девочек и у девушек. Перенашиванию беременности способствует инфантилизм, нарушения менструального цикла, аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, вызывающие изменения в нервно – мышечном аппарате матки и приводящие к эндокринным нарушениям, а также. эндокринные заболевания, нарушение жирового обмена, психические травмы.

Факторами риска развития перенашивания являются возраст женщины (юный и старший возраст, особенно первородящей), характер труда (служащие и домохозяйки), генеративная и менструальная функция, перенесенные и сопутствующие данную беременность инфекционные, простудные, экстрагенитальные патологии, осложнения предыдущих и настоящей беременности.

Симптомы, течение. Переношенная беременность характеризуется отсутствием родовой деятельности после истечения предполагаемого срока родов, отсутствием нарастания массы тела беременной, уменьшением окружности живота на 5—10 см и высоты стояния дна матки вследствие рассасывания околоплодных вод, отсутствием готовности организма и шейки матки к родам, крупными размерами плода, плотными костями черепа, изменениями сердечной деятельности плода (состояние хронической гипоксии, по данным фетальной ЭКГ). Плод при перенашивании находится в угрожаемом состоянии (часто наблюдаются внутриутробная гипоксия и гибель плода). Иногда наблюдаются аномалии развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия и др.). В родах возникает слабость родовой деятельности, несоответствие размеров таза и головки плода в родах, родовые травмы у матери и плода, опасность внутричерепных кровоизлияний и дистесс плода.

Диагноз перенашивания беременности можно установить по УЗИ. К характерным ультразвуковым признакам переношенной беременности относится уменьшение толщины плаценты, ее кальциноз и увеличение размеров, маловодие, отсутствие нарастания бипариетального размера головки плода, утолщение костей черепа, более крупные размеры плода.

КТГ. Характерным признаком при исследовании КТГ является изменение частоты ритма сердечных сокращений - монотонный ритм сердца.

При амниоскопии находят примесь мекония в околоплодных водах.

При исследовании околоплодных вод, полученных при амниоцентезе, обнаруживают снижение концентрации глюкозы до 0,1 г/л и менее (при норме 0,2—0,5 г/л).

При цитологическом исследовании влагалищного мазка определяются большое количество промежуточных клеток и отсутствие ороговевающих клеток.

Диагноз перенашивания беременности окончательно подтверждается после рождения ребенка и последа при наличии характерных признаков: плотные кости черепа, узкие швы и роднички, отсутствие сыровидной смазки, сухая дряблая или «полированная» кожа, мацерация кожи на ладонях и стопах —«руки и стопы прачки», желтый или зеленый цвет кожи и пуповины, плацента с выраженными явлениями кальциноза и инфарктов.

Тактика ведения должна быть индивидуальной. В амбулаторно — поликлиническом звене врачом общей практики в семье должна проведена разъяснительная работа. Тщательный сбор анамнеза (течение предыдущей беременности, родов и послеродового периода) для выявления факторов риска на перенашивание (женщины с ранним и поздним наступлением менархе, нарушением менструальной функции, инфантилизм, нарушением жирового обмена). Амбулаторное наблюдение за беременной каждые 2 – 3 дня после истечения срока родов. Госпитализация в родильный дом для выбора метода и пути родоразрешения в сроке 41 недели при удовлетворительном состоянии матери и плода. А при наличии осложнений (ОАА, ФПН, изменение в УЗД и КТГ) женщин с риском на перенашивание беременности госпитализируют немедленно.

Реабилитация после родов:

- диспансерное наблюдение в поликлинике с учетом анамнестических данных;
- УЗД;
- Проведение тестов функциональной диагностики (измерение базальной температуры, симптом «зрачка» и др.) у женщин с нарушениями менструальной функции и эндокринными нарушениями;
- проведение обследования и лечения совместно со специалистами различного профиля (акушер – гинеколог, эндокринолог, терапевт, мед – генетик) для своевременного оздоровления вне беременности и планирования последующего;
- подбор метода контрацепции с учетом показаний и противопоказаний

Индукция родов может применяться:

- при отсутствии противопоказаний к родоразрешению через естественные родовые пути;
- когда опасность пролонгирования беременности для здоровья матери и ребенка превышает опасность, связанную со стимуляцией родов.

Показания к индукции родов:

- гестационная гипертензия;
- преэклампсия, эклампсия;
- преждевременный разрыв плодных оболочек;
- хориоамнионит;
- переносная беременность;
- просьба матери после 41 недели.

Противопоказания к индукции родов являются противопоказаниями к влагалищному родоразрешению:

- поперечное и косое положение плода;
- роды крупным плодом;
- морфофункциональная несостоятельность матки после оперативного вмешательства;
- предлежание плаценты;
- варикозное расширение вен родовых путей;
- активный генитальный герпес;
- инвазивный рак шейки матки.

Тем беременным кому показаны роды через естественные родовые пути **лечение** заключается в возбуждении родовой деятельности медикаментозными средствами. Условия проведения индукции родов:

- Оценка показаний и противопоказаний

- Оценка срока беременности
- Рассмотрение потенциального риска для матери и плода
- Консультирование пациента:

- показания, препараты и способы индукции родов

- возможность повторной стимуляции или родоразрешения путём кесарева сечения

-беседа с беременной и её семьёй должна быть задокументирована

- Оценка состояния шейки матки
- Оценка размера и положения плода
- Оценка состояния амниотической жидкости

Виды индукции родов:

- Пальцевая отслойка плодных оболочек
- Амниотомия
- Окситоцин
- Простагландины

Выбор способа индукции родов зависит от состояния шейки матки. Самый простой способ отслойки амниотических оболочек путем осторожного введения пальца руки в стерильной перчатке, смазанного антисептическим кремом, в цервикальный канал. В случае осуществления опытным врачом или акушеркой эта процедура не должна вызвать заметного дискомфорта. После 40 недель беременности такая процедура может снизить необходимость дополнительной индукции вдвое, однако при сроке 38-40 недель она не приводит к существенному увеличению количества женщин, у которых роды происходят в течение последующих 7 дней.

Перед проведением формальной индукции родов женщине следует предложить пальцевую отслойку амниотических оболочек.

В случае предложения проведения пальцевой отслойки амниотических оболочек, во время предварительного обсуждения этого вопроса с женщиной необходимо объяснить, что эта процедура не влечет за собой:

- Увеличения вероятности инфицирования матери или плода;
- Может вызвать некоторый дискомфорт во время осмотра и кровянистые выделения.

Готовность родовых путей (зрелость шейки матки) к индукции родов оценивается по шкале Бишопа

Шкала Бишопа

	0	1	2	3
Длина шейки матки	4 см	2-4 см	1-2 см	1 см
Конституция шейки матки	плотная	средняя	мягкая	
Раскрытие шейки матки	1 см	1-2 см	2-4 см	4 см
Положение шейки матки по отношению к оси таза	отклонена	центрирована		
Положение предлежащей части плода по отношению к	-3	-1	+1	+2

интерспинальной линии				
-----------------------	--	--	--	--

При отсутствии готовности родовых путей (зрелости шейки матки) к индукции родов проводится дозревание шейки матки:

Гландин 3 мг в задний свод влагалища

Амниотомия (искусственный разрыв плодных оболочек) представляет собой достаточно простую процедуру, которая может выполняться без дополнительной помощи другого медицинского персонала с целью индукции родов при наличии условий для её проведения (доступности плодных оболочек). Амниотомия позволяет избежать фармакологического воздействия.

Традиционным способом индукции родов является вскрытие плодных оболочек и отхождение амниотической жидкости. Передние воды могут быть выпущены при помощи простого крючка (Amnihook (EMS Medical Group)), пары зажимов Кохера либо пары специальных зажимов для амниотомии. Выбранный инструмент в стерильных условиях вводится в цервикальный канал. При визуальном контроле производится вскрытие плодного пузыря, что ведет к излитию амниотической жидкости. При этом следует оценить ее цвет и объем. Сразу же после этого следует произвести выслушивание ЧСС плода, чтобы убедиться в отсутствии какой-либо опасности для плода. Применение кардиотокографии рекомендуется только в особых случаях.

При отсутствии эффекта от амниотомии обязательное применение окситоцина.

В/в инфузия 10ЕД окситоцина на 400 мл изотонического раствора начинается с 4 капель 1 мин. с последующим увеличением капель по 5 капель каждые 5 мин. доведя 40 капель в 1 мин. и/или 3-4 схватки матки за 10 мин.

Таблетки мизопростола с содержанием препарата 25 мкг включены в основной реестр лекарственных препаратов ВОЗ.

Режим приема мизопростола в малых дозах (25 мкг каждые 6 часов) оказался менее эффективным по сравнению с приемом увеличенных доз (25 мкг каждые 3 часа), при этом реже наблюдалось гиперстимуляция матки.

Таким образом, несмотря на высокую эффективность, дешевизну и удобство применения мизопростола в качестве средства индукции родов, на данном этапе он не может быть рекомендован для рутинного использования. Кроме того, во многих странах он не зарегистрирован для применения с такой целью.

Значительные экономические и возможные клинические преимущества мизопростола обуславливают необходимость проведения дальнейших исследований с целью выяснения его безопасности.

Возможные осложнения при индукции родов:

- Гиперстимуляция-разрыв матки
- Нарушения состояния плода
- Послеродовые кровотечения обусловленные атонией матки
- Выпадение петель пуповины
- Отслойка плаценты
- Инфекция

- Увеличение количества инструментальных родов

4.2. Аналитическая часть

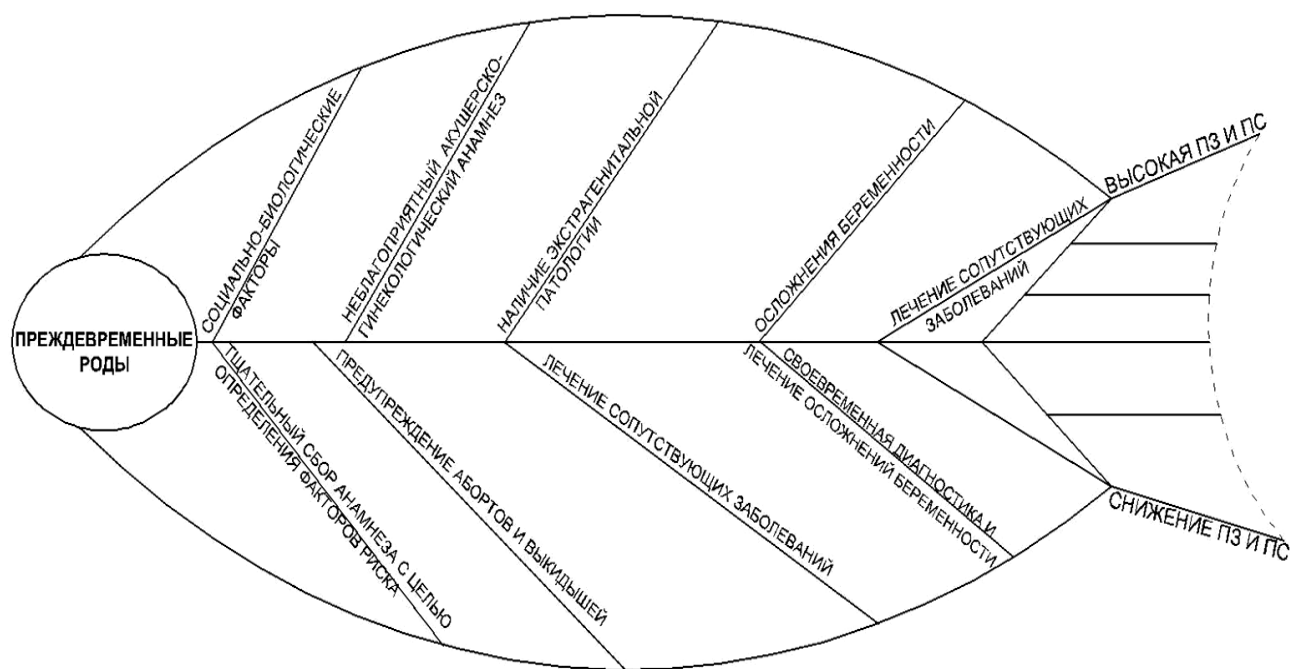
Приложение № 1 органайзер «рыбый скелет»

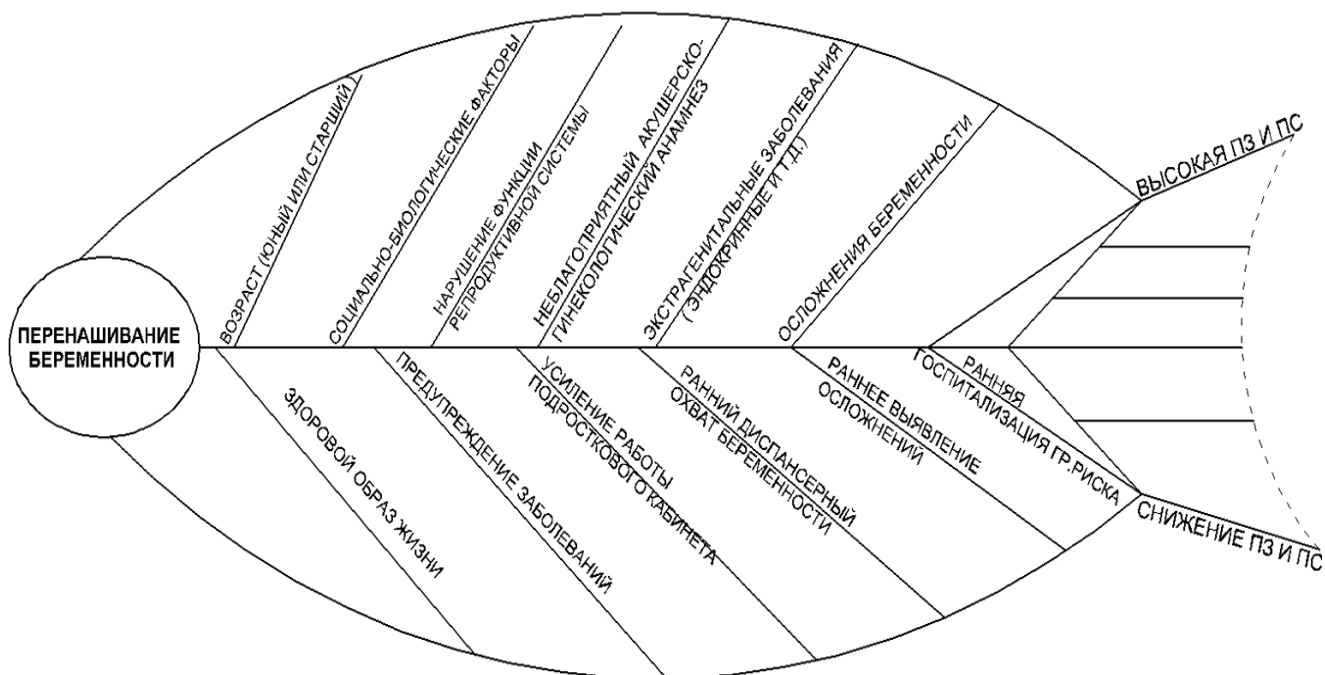
Группа делится на 2 подгруппы и им дается задание:

1. Причины преждевременных родов и пути их решения
2. Причины перенашивания беременности и пути их решения

Распределение группы и объяснение задания – 5 мин, Работа над заданием – 10 мин,

Презентации по 5 мин. Обсуждение – 10 мин.





Ситуационная задача №1.

20 июля беременная обратилась с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице. Из анамнеза: два самопроизвольных выкидышей в сроке 12 недель, 20 недель. Последняя менструация с 3-го января по 8-е января. Матка возбудимая, локальных болей нет. ОЖ - 86см, ВДМ- 28см. Шевеление плода ощущает, сердцебиение ритмичное приглушенное, 142 уд. в мин. С-м поколачивания (-). Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Методы обследования ВОП.
3. Тактика ведения беременности.

Ответы:

1. Беременность III. 28 – 29 недель. Угрожающие преждевременные роды. ОАА
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, УТТ, КТГ.
3. Тактика ВОП: госпитализация в акушерский стационар для сохранения беременности. Назначение кортикостероидов для профилактики РДС, токолитики.

Ситуационная задача №2.

25 августа беременная обратилась к врачу на очередной осмотр. Жалоб не предъявляет. Из анамнеза: беременности - 2, роды – 1, искусственный аборт – 1. Последняя менструация с 7-го ноября по 10-е ноября. Пульс: 80 уд. в мин. АД: 110/70. На ногах незначительные отеки. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное до 140 уд. в мин. При влагалищном исследовании шейка матки длиной 1.5 см, средней плотности, отклонена кзади.

Цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца (2 см). Выделения светлые, слизистые.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз.
- 2.Обследование ВОП.
- 3.Тактика ведения беременности.

Ответы:

- 1.Беременность III. 41 – 42 недель. Роды II. Переношенная беременность?
- 2.Общий анализ крови, общий анализ мочи, УТГ, КТГ.
- 3.Тактика ВОП: госпитализация в акушерский стационар для родоразрешения.

Тесты 1 уровня сложности :

1. К причинам преждевременных родов относится:
 - А)резус-конфликт
 - Б) гипертензивные нарушения
 - В) многоплодная беременность
 - Г) гестационный пиелонефрит
 - Д)все выше перечисленное *
2. Наиболее частая причина смертности недоношенных новорожденных:
 - А) респираторный дистресс-синдром *
 - Б) геморрагическая болезнь новорожденных
 - В) пороки развития
 - Г) желтуха новорожденных
 - Д)инфекции
3. Угроза преждевременных родов сопровождается
 - А)повышением тонуса матки
 - Б) повышенной возбудимостью матки
 - В) нарушением функции фетоплацентарной системы
 - Г) повышением двигательной активности плода
 - Д) всем перечисленным *
4. Признаком преждевременных родов не является:
 - А) усиление сокращения миометрия 4 схватки за 20 мин
 - Б) тянущие боли внизу живота и поясничной области*

В) сглаживание шейки матки на 80%

Г) раскрытие шейки матки на 2 см

Д) разрыв околоплодных оболочек

5. Что из ниже перечисленных не относится фактором риска развития преждевременных родов :

А) возраст 30 лет и старше*

Б) низкий социальный статус, нарушение питания, курение

В) преждевременные роды в анамнезе

Г) многоплодие, многоводие

Д)инфекции

6.Переношенная беременность характеризуется

А)наличием патологических изменений в плаценте

Б) нарушением функции плаценты

В) запоздалым созреванием плаценты

Г) уменьшением количества околоплодных вод

Д) всем перечисленным *

7. При переношенной беременности у плода имеет место

А)большая "зрелость" мозга

Б) разрушение сурфактантной системы в легких

В) гипоксия

Г) вторичная гипотрофия

Д) все перечисленное *

8.Гормональная функция плаценты при переношенной беременности

А)снижена *

Б) повышена

В) не изменена

Г) изменяется индивидуально

Д) все ответы правильные

9. К факторам риска преждевременных родов неотносится:

А) преждевременное созревание плаценты

Б) прогрессирующая плацентарная недостаточность

В) диссоциированное созревание плаценты

Г) запоздалое созревание плаценты *

Д) аномалии развития плода

10. Основными признаками "перезрелости" плода являются

А) сухая кожа

Б) отсутствие сыровидной смазки

В) узкие швы и роднички

Г) плотные кости черепа

Д) все ответы правильны *

11. Особенности ведения родов при перенашивании беременности

А) амниотомия и родовозбуждение *

Б) своевременная диагностика диспропорции головки плода и таза матери *

В) применение простагландинов *

Г) при тазовом предлежании плода - поворот на головку

Д) применение кортикостероидов

Е) применение токолитиков

12. Выберите обоснованные показания к кесареву сечению

при переносимой беременности

А) угрожающее состояние плода

Б) диспропорция головки плода и таза матери *

В) тазовое предлежание плода *

Г) гипотрофия плода

Д) преждевременное излитие околоплодных вод

Перечень практических навыков.

1. Определение срока беременности и родов
2. Наружный акушерский осмотр беременных;
3. Определение массы плода

(смотри приложение к учебному пособию практические навыки)

Контрольные вопросы:

- Составление группы беременных с риском на невынашивание и перенашивание
- Написать индивидуальные планы обследования и ведения беременных при невынашивании и перенашивании

- Интерпретация основных лабораторных и функциональных методов исследований, применяемых при данной патологии.
- Особенности клинического течения, тактика ведения на догоспитальном этапе женщин с невынашиванием и перенашиванием.
- Прогноз и профилактика акушерской патологии у женщин с невынашиванием перенашиванием.
- Оказание экстренной лечебной помощи на догоспитальном этапе при преждевременных родах.
- Послеродовая реабилитация женщин после осложненной беременности и родов, взятие на диспансерный учет с данной патологией.

Тема №7: Синдром отставания развития плода. Дистресс плода. Оценка состояния плода во время беременности и родов.

Диагностика неотложных состояний новорожденных. Основы реанимации новорождённых.

Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 240 мин	Количество обучающихся: 10-15 человек
Место проведения	Поликлиническое отделение, приемный покой, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Введение 2. Теоретическая часть 3. Практическая часть <ul style="list-style-type: none"> - курация больных - алгоритм практических навыков 4. Аналитическая часть <ul style="list-style-type: none"> - ситуационная задача - тестовый контроль - обучающая игра
<p>Цель учебного занятия: Закрепить и углубить знания действий и методов диагностики при угрожающих состояниях плода, оценка маленького для гестационного возраста плода, ЗВУР. Развить способности анализа и оценки состояния плода во время беременности и родов. Сформировать умения и навыки ранней диагностики, тактики ведения, лечения и профилактики угрожающих состояний плода при акушерской и экстрагенитальной патологии.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • раскрыть критерии этиопатогенеза угрожающих состояний плода и маленького для гестационного возраста плода, клинику и диагностику угрожающих состояний плода. • раскрыть критерии знания по оценке и анализу ситуаций и общего состояния женщин с сахарным диабетом и заболеваниями печени при беременности. Определение маленького для гестационного возраста плода (МГВП) • развить навыки и умения выбора правильного алгоритма действий для постановки 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>Студент должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • последовательно раскрывать критерии диагностики и лечения при угрожающих состояниях плода. ЗВУР. • выделяют, оценивают, анализируют клиническую ситуацию в этих состояниях • Самостоятельно составляют алгоритм действий для постановки диагноза. • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости • развивают навык самостоятельного принятия решения при ведении женщин с сахарным диабетом и заболеваниями печени в условиях СВП И ГВП <p>Студент должен уметь:</p> <p>Выявить группу риска на развитие маленького для гестационного возраста плода, ЗВУР.</p>

<p>диагноза.</p> <ul style="list-style-type: none"> • выработать навыки Знать признаки ФПН и ЗВУР используя тесты диагностики в условиях СВП и ГВП <p>Принципы ведения беременных при ФПН, ЗВУР</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выработать навыки по оказанию экстренной помощи • Развить навыки самостоятельного принятия решения при ведении в условиях СВП и ГВП 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Разрабатывать тактику ведения и проводить лечение беременных группы риска. 2. Диагностировать угрожающие состояния плода, ФПН, ЗВУР 3. Интерпретировать результаты КТГ, УЗИ и доплерографического исследования. 4. Проводить постстационарное лечение угрожающих состояний плода. 6. Ведение новорожденных при рвоте, диарее, судорогах, кровотечениях или бледности, при родовых опухолях, при проблеме на коже и слизистых оболочек, при наличии родовых травм, врожденных дефектов. 7. Уметь определять дыхательные нарушения у новорожденных и синдромы внезапной детской смертности. 8. Уметь определять этиологические факторы и проводить профилактику синдрома внезапной смерти новорожденного 9. Ведение новорожденных с дыхательными нарушениями
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая игра – Интерактивная игра «вопросительный» мяч
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

8. Технологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в минутах 240
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		10
2	Обсуждение темы практического занятия, использование новых педагогических технологий (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, «метод снежков», круглый стол и др.), а также проверка исходных знаний студентов, использование наглядных пособий (слайды, аудио, видео кассеты, муляжи, фантомы, ЭКГ, рентгенограмма и др.)	Опрос, объяснение Приложение 1	50
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия. Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация.	Приложение 2	50
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры, клинические	60

		ситуационные задачи. Приложение 3	
	Перерыв		30
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д.	Работа с клиническими лабораторными инструментами	50
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учетом этого оценка деятельности группы.	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы. Приложение 4	30
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и ее оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	20

2. Мотивация

Несвоевременное выявление и неправильное лечение угрожающих состояний плода чревато тяжёлыми осложнениями для плода и новорожденного вплоть до его смерти или высокой заболеваемости в постнатальном периоде. Решение задач, стоящих перед ВОП при угрожающих состояниях плода позволяет формировать гуманность, интерес для расширения круга своих знаний, а также - формировать чувство ответственности, точности и осторожности при выполнении практической работы.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи.

Угрожающие состояния плода часто развиваются на фоне той или иной экстрагенитальной патологии (инфекционные, эндокринные заболевания, заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной систем и т.д.), а также на фоне ряда акушерских осложнений, возникающих во время беременности или родов (ПОНРП, предлежание плаценты, клинически узкий таз, аномалии родовой деятельности), поэтому для познания особенностей изучаемой патологии требуются разносторонние знания, приобретённые на кафедрах терапии, эндокринологии, клинической фармакологии, физиологии и биохимии. Внутрипредметное значение определяется высокой частотой угрожающих состояний плода у беременных фертильного возраста с экстрагенитальными заболеваниями, несвоевременное выявление и лечение которых ведёт к серьёзным осложнениям со стороны плода и новорожденного.

4. Теоретическая часть

Для диагностики нарушений жизнедеятельности плода определяют частоту, ритм, вариабельность сердцебиения во время функциональных проб. Оценку частоты сердечных сокращений (ЧСС) необходимо проводить с учетом срока беременности (брадикардия в I, тахикардия во II нормокардия в III триместрах). Урежение ЧСС до 80 уд/мин и менее указывает на тяжелую гипоксию плода, а стойкость этого симптома является плохим прогностическим признаком. В настоящее время для оценки состояния плода широко используется кардиотокография — одновременная регистрация сердечной деятельности плода и сократительной активности матки. Существуют два вида КТГ — прямая и непрямая.

Оценка биофизического профиля плода (определяется с 28 нед беременности)

1. КТГ – в норме ЧСС 120-160 уд/мин.

при гипоксии:

тахикардия:		брадикардия:	
- умеренная	140-180 уд/мин.	- умеренная	118-100
-выраженная	более 180	-выраженная	менее 100

Наиболее информативным является изменение ЧСС в ответ на схватку. Тахикардия (выше 180 уд/мин) и брадикардия (ниже 100 уд/мин) должны расцениваться как симптом тяжелого дистресса плода.

2. Биофизический профиль плода:

-уменьшение дыхательных движений плода	менее 30 дыхательных движений/мин.
-уменьшение двигательной активности плода	менее 6 движений за 60 мин.
-тонус плода	гипотония
-нестрессовый тест	тахикардия на шевеления (в норме)

Учащение сердцебиений плода на 15-35 ударов в ответ на шевеление (положительный «миокардиальный рефлекс» или реактивный НСТ-тест) характеризует нормальное его состояние.

Мониторный контроль в родах. Кардиомониторинг. КТГ дает информацию о частоте сердцебиений плода (ЧСП) и ее вариабельности. Базальная частота сердцебиений плода («нормальный уровень частоты сердцебиений») при доношенной беременности составляет 120-160, с небольшим превышением этого уровня у недоношенных плодов. Базальная тахикардия — это превышение ЧСП 160 в течение 10 и более минут. Тахикардия оценивается как умеренная, если ЧСП составляет 161-180 и как тяжелая, если ЧСП превышает 181. Транзиторная тахикардия менее 10 минут не имеет диагностического значения, за исключением редких ситуаций, хотя иногда она обнаруживается на фоне других симптомов гипоксии плода.

Наиболее часто причиной тахикардии является повышение температуры тела матери, что может быть первым признаком развивающегося хориоамнионита. Высокая температура отрицательно влияет на высвобождение кислорода гемоглобином плода, поэтому при тахикардии плода на фоне гипертермии требуется применение антипиретиков. Если обнаруживаются признаки хориоамнионита, — показана антибиотикотерапия.

Базальная брадикардия плода определяется как частота сердцебиений плода менее 120 в мин в течение 10 минут и более. Она классифицируется как умеренная при ЧСП от 80 до 100 и более и как тяжелая при ЧСП ниже 80. Частота сердцебиений от 100 до 119 в мин, хотя и определяется как брадикардия, редко бывает связана с поражением плода, если только не сочетается с другими признаками внутриутробной гипоксии. Причиной брадикардии может быть врожденная блокада сердца или состояние, сопровождающееся тяжелой гипоксией плода, например, отслойка плаценты.

Ритм называется синусоидальным при базальной ЧСП от 120 до 160 в мин, плавной амплитуде осцилляций от 5 до 10 в мин (кривая очень напоминает синусоиду) и укороченной краткосрочной вариабельности. Точная причина такого характера сердечной деятельности не известна, хотя она часто сопутствует анемии плода, резус-сенсibilизации и тяжелым поражениями плода. Синусоидальный ритм иногда наблюдается после применения анальгетиков, таким образом, оценка и лечение таких вариантов ритма затруднена. Аритмии плода наблюдаются примерно в 1% мониторируемых родов. Они обычно имеют временный характер и диагностируются путем записи прямой ЭКГ плода. Если аритмия постоянная, следует обследовать плод на наличие возможной врожденной патологии (особенно водянки и врожденных аномалий). Такие аритмии требуют коррекции сразу после рождения или (редко) во время родов.

Вариабельность частоты сердцебиений плода — наиболее достоверный индикатор состояния плода при КТГ. Вариабельность ЧСП зависит от комплексного взаимодействия кардиоингибиторных и кардиоакселераторных центров головного мозга плода, которые очень чувствительны к изменениям биохимического гомеостаза (оксигенации и кислотно-щелочного состояния). Хорошая вариабельность с высокой вероятностью свидетельствует

об адекватности оксигенации ЦНС плода.

Описано два типа variability. Кратковременная variability регистрируется только с помощью скальп-электрода плода (СЭП) (электрод, подведенный к волосистой части головки плода). Долговременная variability может регистрироваться, хотя и не так хорошо как СЭП, доплеровским датчиком. Снижение variability связывается с внутриутробной гипоксией и/или ацидозом плода, применением препаратов, угнетающих ЦНС плода (приемом матерью наркотических анальгетиков), тахикардией плода, аномалиями развития ЦНС и сердца плода; затяжными маточными сокращениями (гипертонусом матки), недоношенностью и сном плода. Сниженную variability надо интерпретировать очень тщательно, поскольку вызвавшая ее причина может быть временной (сон плода), и неправильная оценка приведет к неоправданному вмешательству.

Периодические изменения частоты сердцебиений плода

ЧСП может изменяться в соответствии с сокращениями матки — периодически учащаться или замедляться. Эти изменения ЧСП зависят от двух механизмов:

- а) врожденной способности сердца рефлекторно реагировать на какие-либо изменения, особенно на гипоксию и ацидоз;
- б) гипоксии миокарда плода.

Периодические изменения ЧСП классифицируются в зависимости от их формы, величины (мин-1) и их связи с параметрами маточного сокращения. Это имеет прогностическое значение для оценки состояния плода во время родов.

Акцелерациями называются повышения ЧСП на 15 и более мин-1 и длительностью 15-20 секунд. Они обусловлены нормальной реактивностью плода, не страдающего от гипоксии или ацидоза. Акцелерации ЧСП являются достоверным показателем благополучного состояния плода. Раздражение головки плода пальцами акушера при влажной исследовании обычно вызывает у здорового плода учащение сердцебиений, что используется некоторыми акушерами как тест благополучия плода. Для этой цели также используется наружная звуковая/вибрационная акустическая стимуляция.

Ранние децелерации — это урежения ЧСП (но не ниже 100 мин-1), которые возникают одновременно с началом сокращений матки, достигая своего самого низкого уровня во время пика сокращений, и возвращаются к базальному уровню к концу схваток, т. е. являются как бы зеркальными отражениями маточных сокращений. Они являются результатом сдавливания головки плода (тканями родового канала, пальцами исследователя, ложками щипцов), вызывающего рефлекторный ответ через блуждающий нерв путем высвобождением ацетилхолина в синоатриальном узле плода. Этот ответ можно блокировать введением холинолитика, например, атропина. Ранние децелерации ЧСП являются физиологическими.

Вариабельные децелерации — это урежения ЧСП, которые возникают до, во время и после схватки (т. е. варьируют), характеризуются быстрым падением ЧСП, часто ниже 100 мин-1, а затем быстро возвращаются к базальному уровню. Их природа тоже рефлекторная, а причиной обычно бывает сдавление пуповины, которое реализуется через блуждающий нерв, с внезапным и неравномерным высвобождением ацетилхолина в синоатриальном узле, что придает кривой характерную обрывистую форму. Сдавление пуповины происходит при ее обвитии вокруг частей тела плода, из-за аномалий строения пуповины, чаще из-за наличия узлов и особенно в связи с маловодием, при котором нет буферного пространства, образуемого амниотической жидкостью. Вариабельные децелерации — это наиболее частые периодические изменения ЧСП. Они обычно корректируются изменением положения матери, при котором уменьшается сдавление пуповины. При маловодии или после излития околоплодных вод эффективным методом терапии является амниоинфузия (в амниотическую полость искусственно вводится жидкость).

Если ЧСП падает ниже 100 мин-1, в асептических условиях следует выполнить

влагалищное исследование для определения выпадения петель пуповины. Это редкое опасное осложнение приводит к развитию данного варианта изменений ЧСП. Если ЧСП падает до 60-70 мин-1 более чем на 30 секунд, повторение таких эпизодов отрицательно влияет на плод, вызывая развитие внутриутробной гипоксии и ацидемии. Если ЧСП снижается менее 60 мин-1, возможна временная дисфункция синоатриального узла с транзиторной «остановкой сердца». Децелерации ниже 60-70 мин-1 требуют тщательного изучения вызвавшей их причины. И переменные, и поздние децелерации классифицируются по степеням на легкие, средние и тяжелые, причем угроза возникновения гипоксии и ацидоза увеличивается соответственно степени децелерации.

Поздними децелерациями называются замедления ЧСП, которые возникают после начала схватки, достигают наименьшего значения позднее пика сокращения и возвращаются к исходному значению через некоторое время после окончания схватки. Графически поздние децелерации являются зеркальным отражением маточных сокращений, но смещенных во времени. Они рассматриваются как угрожающий признак, особенно если повторяются и сочетаются со снижением вариабельности. Поздние децелерации иногда являются признаком маточно-плацентарной недостаточности, которая возникает из-за снижения маточного кровообращения или ухудшения функции плаценты. В результате уменьшается межворсинчатый обмен кислорода и углекислого газа и прогрессирует ацидемия и гипоксия плода. Следовательно, этот вид децелераций обусловлен причинами, вызывающими маточно-плацентарную недостаточность: перенашиванием, отслойкой плаценты, гипертензией, диабетом, анемией, сепсисом матери и нарушениями сократительной деятельности матки (гиперстимуляцией или гипертонусом).

Два механизма, связанные с гипоксией и ацидезией плода, определяют развитие поздних децелераций: опосредованный через хеморецепторы вагусный рефлекс и/или гипоксическая депрессия миокарда. В таких ситуациях требуется вмешательство, характер и сроки которого зависят от результатов всесторонней оценки состояния плода и матери. При прогрессирующем ухудшении состояния плода необходимо срочное вмешательство. Для определения дальнейшей тактики действий часто используется прямое измерение кислотно-щелочного состояния плода.

Исследование рН/газового состава крови из кожи предлежащей части плода

Процедура взятия капиллярной крови требует соблюдения определенных условий. Необходимо, чтобы плодные оболочки были разорваны, предлежащая часть опущена настолько, чтобы быть доступной через шейку матки, которая должна быть раскрыта минимум на 2-3 см. Убедившись в хорошем доступе к предлежащей части (головке или ягодицам), через цервикальный канал вводят пластиковый или металлический тубус и прижимают его к коже (обычно волосистой части головки). Поверхность кожи тщательно очищают и тубус плотно прижимают к ней, чтобы избежать разбавления крови амниотической жидкостью. На кожу наносят тонкий слой силиконового геля для создания гладкой однородной поверхности, на которой сможет сформироваться капля крови. Затем специальным ланцетом выполняют маленький разрез, и образующиеся капли крови собирают для исследования в гепаринизированный капилляр. Место разреза тампонируют на время одного-двух сокращений матки, пока не остановится кровотечение. Следует быть внимательным, чтобы не сделать разрез на родничке или линии шва. Родовая опухоль не влияет на точность результатов исследования.

Данные анализа крови, полученной из кожи предлежащей части, обычно трудно интерпретировать, поскольку не существует абсолютных параметров, определяющих необходимость и объем вмешательства. Результаты данного исследования, как и другая информация о состоянии плода, должны оцениваться в на данный момент. Есть несколько главных ориентиров для оценки результатов рН-метрии:

а) рН выше 7.25 в большинстве случаев является нормой, не требуется повторное исследование, если не ухудшаются другие показатели состояния плода; б) рН

от 7.20 до 7.24 предполагает возможность развития гипоксии/ацидемии плода и требует повторного исследования через 15-30 минут; в) рН ниже 7.2 говорит о высокой вероятности поражения плода, которое требует срочного вмешательства для устранения причины или ускоренного завершения родов. Для принятия решения о дальнейшей тактике действий надо определить характер ацидоза — дыхательный, респираторный или смешанный. Ацидоз у матери, хотя и редко, но может осложнять оценку рН плода. При сравнении рН венозной крови матери и рН капиллярной крови плода видно, что они отличаются только на 0.1 (рН плода ниже).

Лечение. Результаты исследований состояния плода во время родов следует интерпретировать в контексте всей акушерской ситуации, включая состояние матери и плода, характер течения и предполагаемую длительность родовой деятельности. Из-за большого количества исследований и неточности получаемой информации при нарушении их методики эта задача является одной из сложнейших в медицине. Для успешного решения комплекса этих задач требуется достаточный практический опыт и знание данной проблемы.

Иногда регистрируемая сердечная деятельность плода имеет монотонный характер. Если данное явление носит кратковременный характер, то вмешательство не требуется; если же оно постоянно, это свидетельствует об угрозе для плода и необходимо соответствующее вмешательство. Чаще наблюдаемая ЧСП является комбинацией двух или более вариантов. В этих случаях более целесообразно принимать решение, исходя из наиболее угрожающего варианта.

В целом если есть данные о прогрессирующей внутриутробной гипоксии и снижении рН крови плода в ситуации, когда быстрое родоразрешение через естественные родовые пути невозможно, необходимо произвести операцию кесарева сечения по показаниям со стороны плода. Роды через естественные родовые пути можно продолжать, при условии, что плод находится уже в процессе родов, и за это время не произойдет серьезного поражения органов и/или гибели плода, или когда есть возможность принять адекватные меры по улучшению состояния плода. Хорошими прогностическими факторами являются рН крови свыше 7.24 и достаточная вариабельность ЧСП. Присутствие мекония в амниотической жидкости повышает перинатальную заболеваемость на 5-10%. В комбинации с другими факторами требуется немедленное родоразрешение.

При подготовке к родоразрешению через естественные родовые пути или при подготовке к кесареву сечению следует предпринять нижеперечисленные действия:

- а) прекратить инфузию окситоцина, если таковая проводится для родовозбуждения или родоактивации;
- б) дать матери дышать кислородом через маску в объеме 5-6 л/мин;
- в) контролировать АД матери; устранять любую артериальную гипотензию с помощью инфузии растворов и, если необходимо, адrenomиметиков, таких как эфедрин;
- г) положить роженицу на левый бок для уменьшения сдавления маткой крупных сосудов, что увеличивает возврат крови к сердцу, сердечный выброс и маточно-плацентарный кровоток;
- д) провести «внутриматочную реанимацию», вводя внутривенно токолитики (P2-симпатомиметик тербуталин 0.25 мг в/в или п/к), что снизит тонус матки и ослабит ее сокращения, что, в свою очередь, приведет к увеличению плацентарно-маточного кровотока. Сразу после рождения надо исследовать газовый состав артериальной и венозной пуповинной крови до отделения плаценты. Полученные результаты облегчат оказание помощи новорожденному и позволят оценить эффективность мер, предпринятых во время родов.

ЗАДЕРЖКА ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Термин **задержка внутриутробного развития** (ЗВУР) используется для описания плода, масса которого гораздо меньше ожидаемой для данного гестационного возраста. **Плод/ребенок, масса тела которого попадает в нижние 10% распределения нормальной популяции данного гестационного возраста, рассматривается как имеющий ЗВУР.** Оценка базируется на стандартизованных таблицах соотношения массы тела и гестационного возраста. Согласно данному определению, частота ЗВУР составляет 10%. В отличие от понятия «маловестность при рождении» диагноз ЗВУР базируется на оценке соответствия массы определенному гестационному возрасту. Таким образом, решающим для диагностики фактором, а следовательно, и ведения беременности, осложненной ЗВУР плода является точное определение гестационного возраста.

Плод со ЗВУР лучше рассматривать как ослабленный плод, которому не хватает потенциальных адекватных резервов, чтобы перенести продолжительную внутриутробную гипоксию и последующую послеродовую адаптацию. Такой плод подвержен повышенному риску внутриутробной гибели или неонатальной смерти, асфиксии до или во время родов. Сразу после рождения ему угрожает аспирация мекония, гипогликемия, гипотермия, РДС и множество других состояний. Частота перинатальной смертности при ЗВУР повышена в 7-10 раз, очень велика и перинатальная заболеваемость. Перечисленные отрицательные обстоятельства показывают, как важно выявлять ЗВУР еще до родов, оптимизировать условия внутриутробного развития плода, планировать и проводить роды, используя наиболее безопасные средства, и обеспечивать наилучший уход в послеродовом периоде.

Этиология. Нормальный рост плода в утробе матери обеспечивается адекватным количеством соответствующим образом дифференцированных клеток плода. Чтобы эти клетки могли увеличиваться в числе и размерах, они должны получать достаточное количество питательных веществ и кислорода через полноценно функционирующую маточно-плацентарную систему. Существует несколько **факторов** предрасположенности к ЗВУР, но основные из них делятся на 4 группы: **материнские, плацентарные, внешние и наследственные.**

К материнским факторам относятся следующие: небольшой размер тела матери; предыдущие роды с малым весом; многоплодная беременность; многократная беременность; недоедание; неправильная форма или размер матки матери; кровотечения в течение беременности; здоровье матери; перенесенная беременность; инфекции во время беременности у матери (сифилис, герпес, краснуха, токсоплазмоз, гепатит); сердечно-сосудистые осложнения (высокое кровяное давление, некоторые сердечные заболевания, преэклампсия или эклампсия); сахарный диабет; АФС; любая хроническая или длительная болезнь у матери (например: серповидно-клеточная анемия, системные заболевания, заболевания легких с развитием дыхательной недостаточности, заболевания почек и т.д.). Самым частым известным материнским фактором, вызывающим задержку внутриутробного развития, является артериальная гипертензия. Вазоспазм уменьшает маточно-плацентарный кровоток и, следовательно, способность матери обеспечивать адекватное питание плода через плаценту. От 25 до 30% всех случаев ЗВУР связаны с гипертонической болезнью матери.

Наиболее изученными внутриутробными инфекциями плода, влияющими на его развитие, являются краснуха и цитомегаловирусные инфекции, особенно в раннем гестационном возрасте. У беременной эти инфекции могут проявляться только как легкие «гриппоподобные» состояния, но на их возникновение следует обращать внимание. Повреждение плода во время органогенеза может привести к уменьшению числа клеток, что проявится замедлением роста в более поздние сроки беременности. Вероятно, до 5% всех случаев ЗВУР связаны с ранними инфекциями, вызванными этими или другими вирусами. Бактериальные инфекции к ЗВУР не приводят.

К плацентарным факторам относятся дефекты, связанные с плацентой и пуповиной, которые ограничивают кровоснабжение плода. Например, кровоснабжение

может быть уменьшено, потому что есть только одна, а не две артерии в пуповине. Кровоснабжение может быть ограничено из-за обвития пуповины вокруг части тела плода; также, кровоснабжение может быть снижено из-за истинного узла пуповины, оболочечного прикрепления пуповины. Структурные аномалии и пороки развития плаценты ведут к расстройству плацентарного кровообращения. Недостаточная масса и поверхность плаценты (менее 8% массы тела новорожденного) являются важным фактором риска возникновения ВЗРП, как и аномалии прикрепления плаценты (низкое расположение плаценты, предлежание).

К внешним факторам относятся: некоторые медикаменты (такие как Coumadin (варфарин) и Dilantin Hydantoin (фенитоин)), другие вещества, которые употребляет мать, могут иметь прямое воздействие на плод: курение, алкоголь, кокаин, проживание в высотной области (выше 3000 м над уровнем моря).

Наследственные факторы включают генные и хромосомные нарушения, а так же врожденные аномалии развития плода: трисомия по 13 хромосоме (синдром Патау), 18 (синдром Эдвардса) или 21 (синдром Дауна), 22 аутосомных пары, синдром Шерешевского-Тернера (45 XO), триплодия (тройной набор хромосом), дополнительная X или Y хромосома

Чаще диагностируется после 32 недель. Если появляется после 28 недель, то чаще симметричная, если после 32 недель – асимметричная.

Симметричная – когда отмечается пропорциональное уменьшение размеров плода. Все органы недостаточно развиты, не соответствуют сроку гестации. Чаще бывает при внутриматочной инфекции, хромосомных аномалиях, неправильном питании, курении и т.д. Развивается с ранних сроков беременности.

Асимметричная– характерно отставание размеров туловища при нормальном бипариентальном размере головки. Имеется неравномерное отставание: в меньшей степени мозга, скелета, а в большей паренхиматозных органов (печень). Развивается в III триместре, на фоне акушерской патологии или экстрагенитальной патологии.

Степени тяжести (по данным УЗИ):

- 1 степень – отставание в развитии на 2 недели
- 2 степень – на 2-4 недели
- 3 степень – более 4 недель

Хотя известны многие причины внутриутробной задержки развития, приблизительно в 50% случаев точную причину, приведшую к ЗВУР, установить не удастся. Поэтому при каждом осмотре каждой беременной следует помнить о возможности этого осложнения. Причины ЗВУР удобно подразделять на материнские и плодные. Много лет известно, что курение матери ведет к уменьшению массы тела новорожденного примерно на 200 г от нормальной массы, соответствующей гестационному возрасту. Привычки и поведение матери в большой степени влияют на развитие плода, поэтому рациональное их изменение может улучшить исход беременности.

Рекомендуемое увеличение массы тела женщины во время беременности составляет 12-14 кг. При значительной недостаточности питания наблюдается уменьшение массы плода. Исследования, проведенные во время второй мировой войны, показали, что тяжелый голод и значительное снижение калорийности пищи приводили к уменьшению массы тела новорожденных на 250-500 г в зависимости от питания женщины до возникновения ограничений. Труднее установить влияние на развитие плода менее выраженных форм неполноценности питания. При многоплодной беременности даже нормальное питание может оказаться неадекватным для обеспечения достаточного развития всех плодов, что приводит в результате к задержке их внутриутробного развития.

Диагностика и тактика ведения. ЗВУР можно заподозрить на основании данных анамнеза. Пациентка, уже родившая ребенка с внутриутробной задержкой развития, подвержена повышенному риску повторения данной патологии. При изучении

акушерского анамнеза в начале пренатального наблюдения, следует обратить особое внимание на такие привычки беременной, как курение, злоупотребление алкоголем или прием наркотиков. Очень важно выявить эти особенности анамнеза и затем приложить все усилия к тому, чтобы женщина изменила свои вредные привычки. Необходимо получить информацию о болезнях, которые потенциально способны замедлить рост плода, в первую очередь о гипертензии.

Соматическое обследование беременной имеет ограниченную ценность для точной диагностики ЗВУР, но служит важным скрининговым тестом, указывающим на возможность замедления развития плода. Особенности телосложения матери и ее прибавка в массе за время беременности не столь уж информативны, но эти данные легко получить. Небольшая начальная масса матери, небольшая ее прибавка за время беременности (или отсутствие таковой) позволяют предположить ЗВУР. Между 15-й и 36-й неделями беременности высота стояния дна матки (ВДМ) в сантиметрах обычно соответствует сроку беременности в неделях. Так, при сроке беременности 28 недель, ВДМ должна быть близкой к 28 см. Повторные измерения, особенно сделанные одним и тем же исследователем, служат эффективным скрининговым тестом для диагностики ЗВУР. Увеличение высоты стояния дна матки на величину меньше ожидаемой дает основание заподозрить ЗВУР и указывает на необходимость дополнительных исследований. Клиническая оценка предполагаемого веса плода не является надежным основанием для диагностики ЗВУР, за исключением случаев, когда масса плода значительно снижена.



Гравидограмма

Ультразвуковое исследование является, важным методом исследования, позволяющим диагностировать и оценивать внутриутробную задержку развития плода.

Обычно измеряют бипариетальный размер, окружности головки и живота и длину бедра. Сравнение результатов измерений и нормальных стандартных значений дает возможность судить о развитии плода. Для уточнения неопределенного срока беременности может оказаться полезным измерение диаметра мозжечка, т. к. он практически не изменяется под воздействием факторов, приводящих к уменьшению других размеров.

Ультразвуковое исследование позволяет выделить симметричную и асимметричную формы ЗВУР. Под асимметричной ЗВУР понимают непропорциональное уменьшение размеров анатомических структур и органов плода. Например, окружность живота может быть уменьшена, а бипариетальный размер - быть близким к норме. Такая асимметрия может иметь место при выраженной недостаточности питания и при артериальной гипертензии, когда нарушается поступление питательных веществ к плоду. При симметричной ЗВУР все структуры и органы плода уменьшены в размерах примерно одинаково, с относительным сохранением размеров мозга и сердца плода. К данному типу ЗВУР могут приводить врожденные аномалии или ранние внутриутробные инфекции вследствие уменьшения количества клеток плода. Определить форму ЗВУР не всегда легко, но это помогает установить причину задержки внутриутробного развития плода.

Пациентки с повышенным риском задержки внутриутробного развития должны пройти детальное ультразвуковое обследование в самом начале дородового наблюдения и затем проходить его регулярно. Задержка развития в определенной степени связана с гестационным возрастом, поэтому во всех случаях с неясной продолжительностью беременности как можно раньше должно быть выполнено тщательное соматическое и ультразвуковое обследование для установления точного срока беременности.

УЗИ позволяет определить объем амниотической жидкости. Сочетание маловодия и ЗВУР должно вызывать наибольшее беспокойство, поскольку обычно бывает связано с тяжелой патологией и/или плохим исходом беременности. Считают, что причиной этого состояния является уменьшение объема крови плода и снижение почечного кровотока, что в свою очередь приводит к уменьшению выделения мочи — главного источника амниотической жидкости во второй половине беременности.

У некоторых пациенток со ЗВУР приходится проводить прямые исследования плода. Ткани плода можно получить посредством амниоцентеза (в амниотической жидкости содержатся фибробласты плода), биопсии ворсин хориона (БВХ; или биопсия плаценты), прямого взятия крови (чрескожный забор крови из пуповины; ЧЗКП). ЧЗКП позволяет получить материал для иммунологических и вирусологических исследований у пациенток с подозрением на вирусную инфекцию как причину ЗВУР. Более того, можно оценить уровень оксигенации и кислотно-щелочное состояние плода. ЧЗКП и БВХ выполняются не столь широко, как амниоцентез под контролем ультразвука.

Если установлен окончательный диагноз ЗВУР, целью ведения беременности становится рождение по возможности наиболее здорового ребенка в оптимальные сроки. Принимая решение о сроках родоразрешения, следует взвешивать риск незрелости плода при досрочных родах; опасности, связанные с его дальнейшим внутриутробным пребыванием. Вначале необходимо предпринять максимальные усилия по определению причины ЗВУР. Если причина установлена и возможна ее коррекция, должны быть предприняты соответствующие действия. Ведение беременности, осложненной ЗВУР, можно разделить на дородовое, в родах и послеродовое (или неонатальное).

На дородовом этапе устанавливают причину ЗВУР, поддерживают дальнейшее развитие плода и проводят тщательное мониторинговое наблюдение для выявления признаков гипоксии плода. Ультрасонография, проводимая опытным специалистом, обычно позволяет выявить врожденные аномалии, которые могут быть связаны со ЗВУР. При повторных исследованиях должна проводиться оценка объема амниотической жидкости и размеров структур плода. В последующие несколько недель можно уточнить степень ЗВУР. Беременным часто предписывается постельный режим или, по крайней мере, ограничение активности. Считается, что меры, особенно пребывание женщины в постели на левом боку, усиливают маточный кровоток, что оказывает положительный эффект на рост плода.

Простым способом оценки состояния плода является определение его активности путем подсчета шевелений. Тесты электронного мониторинга, нестрессовый тест (НСТ) или контрактильный стрессовый тест (КСТ), или электронный мониторинг в

сочетании с УЗИ (биофизический профиль, БФП) могут выполняться 1-2 раза в неделю и даже чаще. Нормальные результаты данных тестов позволяют надежно подтвердить нормальное состояние плода.

Решение об оптимальном времени родоразрешения принимается на основании оценки нескольких факторов. Показанием к досрочному родоразрешению является:

- отсутствие внутриутробного роста плода;
- выраженное маловодие;
- тяжелая гипоксия плода подтвержденная данными КТГ.

Плод, состояние которого определяется как высокоугрожаемое, должен быть извлечен путем планового кесарева сечения. Не следует предпринимать попыток консервативных родов, поскольку способность плода перенести родовой стресс сомнительна, а индуцированные роды, скорее всего, окажутся продолжительными. Если все же роды ведутся через естественные родовые пути, то для выявления начальных признаков гипоксии плода необходимо проводить постоянный электронный мониторинг. Должна быть обеспечена полная готовность к выполнению кесарева сечения, так как гипоксия плода может развиваться очень быстро. Роды следует вести совместно с анестезиологом и неонатологом, что позволит обеспечить оптимальную помощь самой роженице и новорожденному. Для плода полезно, чтобы на протяжении всего периода родов матери проводилась оксигенотерапия.

Очень важно оказать квалифицированную послеродовую помощь новорожденному со ЗВУР. У такого ребенка снижена адаптация вне утробному существованию. Из-за частого попадания мекония в околоплодные воды накануне родов сразу после рождения младенцу необходимо удалить содержимое носоглотки и рта. Это лучше делать путем отсасывания и под зрительным контролем с прямой визуализацией голосовых связок. Новорожденные со ЗВУР склонны и к другим осложнениям, таким как РДС, гипогликемия и гипотермия. Как показывает практика, дети, хорошо перенесшие послеродовый период, имеют благоприятный прогноз.

Ключевая информация

Маленький для гестационного возраста плод (МГВП) – это плод, не имеющий положенного для данного срока беременности веса или размера

Задержка внутриутробного развития (плода) (ЗВУР) – патологическое состояние, являющееся подгруппой МГВП (30-50%), которая не достигла своего потенциала роста. Характеризуется высоким уровнем заболеваемости и смертности

Определения «фето-плацентарная недостаточность», «гипоксия», являющиеся основным показанием для антенатальной госпитализации и ненужных вмешательств, представляют собой патофизиологические и метаболические процессы и не имеют клинического значения

«Угрожающее состояние плода» - единственно верный термин, определяющий нарушения в состоянии плода, характеризующийся нарушением сердечной деятельности плода и изменением других биофизических тестов, который может привести к возникновению неонатальной асфиксии

Для оценки состояния плода используются биометрические и биофизические тесты диагностики, но ни один из них не имеет достаточной прогностической значимости для беременных из группы низкого риска

Большинство перинатальных вмешательств, направленных на улучшение роста плода и предотвращение развития ацидоза плода, не дают хороших результатов для перинатальных исходов

Единственным лечением ЗВУР и «угрожающего состояния плода» является своевременное родоразрешение в наиболее оптимальные сроки и наиболее приемлемым способом

Понятие «маловесный ребенок» в медицинской литературе появилось с 1919 года, когда было высказано предположение, что все новорожденные с весом при рождении менее 2,500 г (5 фунтов 8 унций) должны классифицироваться как «недоношенные». Тем не менее, только в 1961 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала, что многие дети, которые классифицировались как недоношенные, просто имели маленький вес при рождении, а не родились раньше положенного срока. В соответствии с современными критериями ВОЗ, маленький вес при рождении – это вес менее 2,500 г или ниже 10-й перцентили для гестационного возраста.

Наблюдение за плодом с задержкой роста во время беременности

■ **Скрининг**

– Гравидограмма - подходящий способ скрининга на ЗВУР среди здоровых женщин

■ **Диагноз**

– Если есть возможность для подтверждения диагноза, используйте ультразвуковую биометрию

■ **Мониторинг**

– **Допплерометрия** – наилучший метод мониторинга плода с подозрением на ЗВУР

■ Если **доплерометрические показатели нормальные**, то велика вероятность того, что маленький для гестационного возраста плод не имеет задержки внутриутробного развития

Мероприятия по ведению ЗВУР

Неэффективные	Эффективные
<ul style="list-style-type: none"> ■ Постельный режим ■ Аспирин и дипиридамол ■ Гормоны ■ Кислород ■ Глюкоза ■ Витамины ■ Метаболиты ■ Токोलитики ■ Блокаторы кальциевых каналов ■ Увеличение ОЦК 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Прекращение курения беременной женщиной ■ Пищевые добавки при недоедании ■ Лечение малярии ■ Лечение бессимптомной бактериурии ■ Аспирин для женщин с преэклампсией в анамнезе

Единственное эффективное лечение ЗВУР

■ **Родоразрешение** в наиболее оптимальный срок

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

Это патологическое состояние связанное с нарушением механизмов адаптации при переходе от внутриутробного существования к вне утробному, проявляющееся отсутствием или неэффективностью дыхания, нарушением кровообращения и угнетением нервно-рефлекторной деятельности ЦНС.

ЭТИОЛОГИЯ. Факторы приводящие к асфиксии такие же как и к гипоксии.

Приобретенная, вторичная неонатальная асфиксия развивается при аспирации околоплодными водами, пневмопатии, травме головного мозга и спинного мозга, врожденных пороках сердца, диафрагмальных грыжах, при метаболических нарушениях (гипогликемии) и при неправильной тактике лечения первичной гипоксии плода и новорожденного.

КЛИНИКА. Апгар (1950) г. через 1 и 5 минут оцениваются сердцебиение, дыхание, тонус, рефлексы, цвет кожи.

	МЕРОПРИЯТИЯ:
--	---------------------

I - степень 6-7 баллов	поза «кенгуру», отсасывание слизи из носоглотки, совместное пребывание.
II - степень 4-5 баллов	мероприятия I стадии и дополнительно: если аспирация производится интубация и отсасывание, вспомогательная вентиляция маской; Глюкоза 10-20 % -5,0 на 1 кг/массы тела + кокарбоксилаза 8 мг. на 1 кг/массы тела.
III - степень 1-3 балла	отсосать; интубация отсасывание из трахеи и бронхов; Глюкоза 10-20 % -5,0 на 1 кг/массы тела + кокарбоксилаза 8 мг. на 1 кг/массы тела.+ преднизолон 1-2 мг/кг или гидрокортизон 5 мг/кг, сода 4%-2,5 мг/кг. Брадикардия (менее 80) массаж сердца; глюконат кальция 10% 2-3 мл. ИВЛ пролонгированная. Повторить гормоны с глюконатом кальция + 0,1% адреналин если проблемы с сердцем.

Синдром дыхательных расстройств (СДР) проявляется дыхательной недостаточностью со втяжением грудины и «хрюканьем» при выдохе, которые в свою очередь, часто сопровождаются апноэ. Обычно СДР проявляется у маловесных детей (менее 2.5 кг при рождении или родившиеся до 37 недели беременности) с первых часов жизни.

Степень тяжести дыхательной недостаточности

Таблица.

Частота дыхания (дыхания в минуту)	Грантинг или втяжение грудины	Степень тяжести
Более 90	Присутствует	Тяжелая
Более 90	Отсутствует	Средней тяжести
60-90	Присутствует	Средней тяжести
60-90	Отсутствует	Легкая

Таким детям необходим особый уход.

1. Регистрировать частоту дыхания ребенка, наблюдать возможное втяжение грудины или грантинг во время выдоха и наличие эпизодов апноэ каждые три часа пока ребенок получает кислород, а затем в течение последующих 24 часов.
2. Если центральный цианоз сохраняется даже при назначении 100% кислорода, по возможности надо переводить ребенка в стационар, в котором возможно проводить искусственную вентиляцию.

5. Аналитическая часть

Приложение № 1

Игра «Горячая картошка» - применяется на этапе обсуждения домашнего задания и определения начальных знаний студентов. Студенты передают друг другу «горячую картошку», преподаватель отворачивается и, когда он говорит стоп, студент, у которого картошка, должен отвечать на вопросы:

- 1) Понятие о фетоплацентарной недостаточности (Это нарушение функции плаценты обусловленное морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа.);
- 2) Дайте определение гипоксии плода (Комплекс изменений в организме плода, возникающих под влиянием недостаточного снабжения кислородом тканей и органов или неадекватной утилизацией ими кислорода.);
- 3) Причины, приводящие к гипоксии плода (предплацентарные, плацентарные, постплацентарные).
- 4) Формы ЗВУР плода (симметричная, ассиметричная);
- 5) Тактика ВОП при диагнозе ЗВУР плода (госпитализация)
- 6) Степени тяжести ЗВУР (1 степень – отставание в развитии на 2 недели, 2 степень – на 2-4 недели, 3 степень – более 4 недель)

7) Какая форма ФПН является показанием к экстренному родоразрешению (Хроническая декомпенсированная ФПН не поддающаяся медикаментозной терапии при жизнеспособном плоде)

8) Перечислите препараты для лечения ФПН (Токолитики, спазмолитики, актовегин, анитиагреганты, витамины)

9).этиопатогенез угрожающихся состояний плода и новорожденных

10).определение и классификация угрожающих состояний плода и новорожденных

11)лабораторно-инструментальная диагностика дистресс синдрома плода

12)принципы ведения и лечения

13)понятие, клиника и лечение асфиксии новорожденного

Приложение №3

Ситуационная задача №1.

Пациентка А., 30 лет, четвертая беременность. Предыдущие беременности были не осложненными и закончились нормальными родами доношенных детей. Сейчас она на 39 неделе беременности, поступила в больницу 3 часа назад в родах. По показаниям партограммы, прогресс родов был нормальным за 30 минут до этого. С тех пор частота сердцебиений плода была 90-100 ударов в минуту между схватками (до этого было 120-130 ударов в минуту). У пациентки А. нет температуры и ей не давали никаких лекарств во время родов. Вагинального кровотечения или необычных болей нет. Признаков инфекции у матери нет.

Пуповины во влагалище нет.

Частота сердцебиений плода 94 удара в минуту.

Вопрос:

1. Каков диагноз пациентки А., и почему?
2. Каков ваш план оказания помощи пациентке А., и почему?

Ответ:

1. Симптомы и признаки пациентки А. (напр., резкое замедление частоты сердечных сокращений плода в отсутствие схваток или замедление после схваток) свидетельствуют о дистрессе плода; однако, причины не выявлены
2. Следует продолжать наблюдение за пациенткой А. с использованием партограммы. Постоянное наблюдение должно включать следующее: пульс матери и схватки каждые полчаса, **частота сердцебиений плода каждые 5 минут**, артериальное давление и температура – каждые 4 часа, анализ мочи на протеин и ацетон каждые 2-4 часа, влагалищное исследование так часто, как потребует (степень раскрытия шейки матки, степень опускания предлежащей части плода, амниотическая жидкость, конфигурация головки), с предварительной пальпацией живота (опускание предлежащей части плода).

Ситуационная задача №2

В поликлинику 28/11/09 обратилась беременная с жалобами на отсутствие шевеления плода. Беременность II. Последняя менструация с 10/2.09 по 13/2.09. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделения светлые.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы исследования
3. Тактика ВОП

Ответы:

1. Беременность II 42 нед. Антенатальная гибель плода
2. УЗИ
3. Направление в стационар для родоразрешения.

Тесты 1 уровня сложности

1. Острая плацентарная недостаточность есть следствие:
 - А). длительной угрозы прерывания беременности
 - Б). резус несовместимости крови матери и плода
 - В). ПОНРП, при отслойки предлежании плаценты*
 - Г). экстрагенитальная патология
 - Д). все ответы правильны
2. Повышение частоты сердечных сокращений плода до 180 в минуту и более при головном предлежании указывает на:
 - А). дистресс плода*
 - Б). диагностического значения не имеет
 - В). не связано с гипоксией
 - Г). ничего из перечисленного
 - Д). нормальный ритм
3. При применении задержки дыхания у матери какова нормальная реакция плода:
 - А). учащение частоты сердечных сокращений*
 - Б). урежение частоты сердечных сокращений
 - В). без изменений
 - Г). в начале учащение, затем урежение
 - Д). в начале урежение, потом учащение
4. В родах следующая базальная частота сердечных сокращений считается нормальной:
 - А). 120-160 в минуту
 - Б). 110-150 в минуту
 - В). 110-180 в минуту*
 - Г). более 200 в минуту
 - Д). 140-150 в минуту
5. Как оценивается степени тяжести и виды синдрома задержки плода
 - А). симметричная, асимметричная
 - Б). 1, 2, 3 степень
 - В). простая симметричная
 - Г). 1,2 степень
 - Д). А и Б*
6. Какие методы исследования применяются для пренатальной диагностики плода
 - А). УЗИ, доплерометрия*
 - Б). Биофизический профиль плода*
 - В). Кардиотокография*
 - Г). ЭКГ матери
 - Д). Общее состояние роженицы
7. Какие медикаментозные средства приемлемы для лечения плацентарной недостаточности:
 - А). спазмолитики*
 - Б). токолитики*
 - В). трентал, курантил*
 - Г). дибазол гипотензивные препараты
 - Д). уросептики
8. Интерпретация данных кардиотокограммы:
 - А). вариабельность базального ритма*
 - Б). наличие децелераций*
 - В). количество акцелераций*
 - Г). частота сердечных сокращений беременной
 - Д). температура тела беременной
 - Е). все ответы правильны
9. Какими методами определяется сердцебиение плода:

- А). КТГ*
 - Б). выслушивание сердцебиение стетоскопом*
 - В). ЭКГ плода
 - Г). ФКГ плода
 - Д). все ответы верны
10. Возможные осложнения, развивающиеся при фетоплацентарной недостаточности:
- А). ПОНРП*
 - Б). антенатальная гибель плода*
 - В). крупный плод
 - Г). предлежание плаценты
постнатальная гибель плода
11. Какие параметры оценивают состояние дистресса плода в родах:
- 1. меньше 100 и больше 180*
 - 2. меньше 120 и больше 160
 - 3. меньше 110 и больше 170
 - 4. меньше 140 и больше 180.
12. Факторы, влияющие на частоту сердечных сокращений плода:
- 1. все ответы правильные*
 - 2. гипертензия у матери
 - 3. амнионит
 - 4. высокая температура у матери
 - 5. токолиз.
13. Основные параметры дистресса плода в родах
- 1. наличие густого мекония в околоплодных водах*
 - 2. с/б плода ниже 120 и выше 160
 - 3. бурное шевеление плода
 - 4. обвитие (нетугое) вокруг шеи плода (по УЗИ)
14. По каким параметрам классифицируется гипоксия плода:
- 1. все ответы правильные*
 - 2. по длительности течения
 - 3. интенсивности развития
 - 4. механизму развития
15. Какой параметр данных кардиотокограммы свидетельствует о выраженном дистрессе плода?
- 1. 4 балла и менее*
 - 2. 5 балла и менее
 - 3. 4 балла и более
 - 4. 6 балла и менее
 - 5. все ответы правильные

Перечень практических навыков:

- 1. Наружный акушерский осмотр беременных
- 2. Выслушивание сердцебиения плода
- 3. Расчет предполагаемой массы плода
- 4. Определение срока беременности и родов
- 5. Ведение гравидограммы.

Контрольные вопросы

- понятие маленького для гестационного возраста плода
- этиопатогенез угрожающихся состояний плода
- критерии диагностики состояний плода
- определение и классификация ЗВУР

- лабораторно-инструментальная диагностика ЗВУР
принципы ведения и лечения ЗВУР, дистресс синдрома

Тема №8: Головные боли. Нарушение зрения. Судороги. Потеря сознания. Высокое артериальное давление. Гипертензивные нарушения во время беременности и родов. Диагностика. Тактика ведения

1. Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 240 мин	Количество обучающихся: 10-15 человек
Место проведения	Поликлиника, отделение патологии беременных, реанимационное отделение, приемный покой, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Введение 2. Теоретическая часть 3. Практическая часть <ul style="list-style-type: none"> - курация больных - алгоритм практических навыков 4. Аналитическая часть ПОО <ul style="list-style-type: none"> - ситуационная задача - составление PICO
<p>Цель учебного занятия: Развитие способности оценки и анализа ситуации при поступлении беременных с гипертензивными состояниями, включая хроническую гипертензию, гипертензию индуцированную беременностью, преэклампсию и эклампсию. Отработка навыков выбора тактики ведения, диагностике, оказанию неотложной помощи и рациональной транспортировке больных с гипертензивными нарушениями на уровне первичного звена с применением данных доказательной медицины.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • раскрыть критерии постановки диагноза клиники, диагностики и лечения гипертензивных нарушений • Раскрыть критерии дифференциальной диагностики • закрепить и углубить знания по оценке и анализу ситуаций и общее состояние женщин с гипертензивными нарушениями • выработать навыки анализа клинической ситуации, формулирование проблемы, • развить навыки и умения выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза. • Выработать навыки по оказанию экстренной помощи • Развить навыки самостоятельного принятия решения при ведении в условиях СВП И ГВП 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <ul style="list-style-type: none"> • последовательно раскрывать критерии диагностики и лечения гипертензивных нарушений • проводит дифференциальную диагностику с эпилепсией, эссенциальной гипертензией • выделяют, оценивают, анализируют клиническую ситуацию и общее состояние женщин с гипертензивными нарушениями. • Самостоятельно составляют алгоритм действий для постановки диагноза. • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости • развивают навык самостоятельного принятия решения при ведении женщин с гипертензивными нарушениями в условиях СВП И ГВП <p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить состояние беременной с гипертензивным нарушением; • Оказание неотложной помощи при тяжелой преэклампсии и эклампсии; • Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия); • Определить дальнейшую тактику ведения беременности; • Провести консультирование по подбору контрацептивов в послеродовом периоде.

Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая игра, ПОО
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

2. Мотивация:

Умение своевременной диагностики и выявление у беременных гипертензивных нарушений в условиях ГВП и СВП будет способствовать предупреждению преэклампсии и эклампсии, что в свою очередь поможет снизить процент инвалидизации или смерти женщин. Знание данной темы поможет ВОП врачу правильной установке диагноза, оказание экстренной догоспитальной помощи и правильного выбора медицинского учреждения для госпитализации.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи:

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами основ нормальной и патологической физиологии, терапии, клинической фармакологии, а также при дальнейшем изучении ими тем, где необходимы знания по ведению беременности и разработки метода родоразрешения.

4. Содержание занятия

4.1. Теоретическая часть

Артериальная гипертензия часто развивается во время беременности и остаются серьезной проблемой для акушеров. Несмотря на улучшение диспансеризации женщин фертильного возраста, определения группы риска, артериальная гипертензия и ее осложнения являются грозящей причиной фатальных исходов как для матери, так и плода.

В нашей Республике Узбекистан данная патология беременности занимает первое место в структуре МС. Около 40% этих смертей обусловлены развитием цереброваскулярных осложнений, провоцирующих развитие полиорганной недостаточности.

Артериальная гипертензия, связанная с беременностью, обычно определяется как подъем диастолического артериального давления (АД) до 90 мм рт. ст. и более, систолического АД до 140 мм рт. ст. и более, или как повышение диастолического АД не менее чем на 15 мм рт. ст., а систолического на 30 мм рт. ст. по сравнению с величиной АД до беременности.

При гипертензивных нарушениях диастолическое АД (ДАД) является индикатором для оценки тяжести данной патологии, также для выработки тактики ведения беременности и родов. Повышение ДАД исходит от повышения периферического сопротивления в артериальных сосудах.

Артериальная гипертензия, связанная с беременностью, отмечается после первого триместра при 5-10% беременностей, при многоплодной беременности – в 30% случаев. или Перинатальная смертность прогрессивно возрастает при каждом повышении среднего АД на 5 мм рт. ст., приводящей нарушению маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения.

Классификация гипертензивных расстройств во время беременности (МКБ-10)

- Хроническая гипертензия и/или болезнь почек (диагностированная до 20 недель беременности или сохраняющаяся через 6 недель после родов)
- Хроническая гипертензия с присоединившейся протеинурией (присоединившаяся преэклампсия)
- Протеинурия, вызванная беременностью, (гестационная протеинурия)
- Гипертензия, вызванная беременностью, без протеинурии (гестационная гипертензия)
- Преэклампсия (гестационная гипертензия с протеинурией).
- Эклампсия (генерализованные судороги, не связанные с эпилепсией или другой известной патологией)
- Не уточненная (неклассифицированная) гипертензия и/или протеинурия.

Патофизиология. Степень влияния артериальной гипертензии при беременности на мать и новорожденного определяется тяжестью заболевания. Если учесть характерные мультисистемные проявления, становится ясно, что имеют значение несколько патофизиологических механизмов. К сожалению, современное понимание этих механизмов не может полностью объяснить клинические проявления заболевания. Наиболее характерным патофизиологическим признаком гипертензии при беременности, особенно при развитии преэклампсии, является вазоспазм. Хотя для объяснения данного сосудистого феномена были предложены самые различные теории от недостаточного питания до влияния климатических изменений, — этиология вазоспазма остается неизвестной. Интересно, что у женщин с нормальным течением беременности обнаружена выраженная резистентность к действию такого мощного прессорного фактора, как ангиотензин II, в то же время у пациенток, у которых развивалась преэклампсия, во время беременности не отмечалось характерного для нормы снижения периферического сосудистого сопротивления. Могут также развиваться печеночно-клеточная недостаточность, коагулопатия и почечная недостаточность, особенно в тяжелых случаях.

Отмечается уменьшение размеров плаценты и ослабление ее функции, в основном из-за вазоспастических изменений. Результатом являются прогрессирующая гипоксия и плохое питание (трофика) плода, что сопровождается увеличением частоты таких нарушений, как замедление внут-риутробного развития плода, уменьшение объема околоплодных вод и нарушение созревания плода. При сокращениях матки во время родов плацента не в состоянии обеспечить питание плода, что приводит к родовой маточно-плацентарной недостаточности с прогрессированием гипоксии и ацидоза плода.

Преэклампсия определяется как развитие артериальной гипертензии, сопровождающейся протеинурией и (или) отеками, связанной с беременностью и возникающей обычно во второй ее половине. Преэклампсия — это синдром мультисистемной дисфункции, возникающий при беременности, в основе которого лежит увеличение проницаемости сосудистой стенки с последующим развитием волемиических и гемодинамических нарушений.

Легкая преэклампсия — это дважды отмеченный подъем диастолического артериального давления свыше 90 мм.рт.ст. до 110 мм.рт.ст. в течение 4 часов после 20 недели беременности с протеинурией свыше 0,3г/л до 1г/л.

Преэклампсия оценивается как тяжелая при систолическом АД, равном или более 160 мм рт. ст. или диастолическом, равном или более 110 мм рт. ст., выраженной протеинурии (обычно > 1 г за 24 ч, или 2+ и более при разовом анализе мочи), олигурии, церебральных нарушениях (головная боль), расстройствах зрения (скотома), отеке легких или цианозе, болях в эпигастрии или правом верхнем квадранте живота (обычно в связи с подкапсулярными кровоизлияниями в печень или растяжением капсулы Глиссона), признаках нарушения функции печени или тромбоцитопении. Этот широкий спектр нарушений иллюстрирует мультисистемность поражений, связанных с преэклампсией.

Эклампсия характеризуется наличием судорог, которые не связаны с неврологическим заболеванием, при наличии описанных выше критериев преэклампсии. Это наиболее серьезное гипертензивное состояние возникает у 0.5— 4.0% беременных, примерно в 25% случаев — в первые 72 ч после родов.

Хроническая артериальная гипертензия определяется как гипертензия, существующая до 20-й недели беременности или сохраняющаяся спустя 6 недель после родов. Хроническая гипертензия может быть вторичной (симптоматическая гипертензия) по отношению ко множеству заболеваний, хотя в большинстве случаев является эссенциальной гипертензией (гипертонической болезнью). Наибольшей опасностью во время беременности у женщин с хронической гипертензией является развитие преэклампсии и эклампсии, что происходит примерно в 25% случаев. Разграничение преэклампсии и хронической гипертензии затруднено, особенно при обнаружении повышенного АД при позднем обращении пациентки. В таких случаях следует всегда расценивать состояние как преэклампсию и проводить соответствующее лечение. Вообще преэклампсия или эклампсия на фоне хронической гипертензии определяется как развитие преэклампсии или эклампсии у пациентки с предшествующей хронической гипертензией.

Протеинурия второй по важности симптом преэклампсии. Практическое значение имеет уровень протеинурии $\geq 0,3$ г/л и более в собранной за сутки моче (при исключении инфекции мочевого тракта) Результаты визуального теста приблизительно соответствуют следующим уровням протеинурии: 1+ = 0.3 г/л, 2+ = 1 г/л и 3+ = 3 г/л.

Отеки. Диагностическое значение, в определение прогрессирования преэклампсии не имеют. Исключением являются внезапно (в течение не более 2 суток) возникшие отеки в области поясницы и на лице, что является признаком угрожающей эклампсии.

Признаки угрожающей эклампсии

- 1 Внезапное изменение эмоционального состояния.
- 2 Внезапное и очень высокое артериальное давление
- 3 Гиперрефлексия
- 4 Головная боль
- 5 Нарушение зрения
- 6 Олигурия (выделение менее 400 мл. мочи за 24 часа)
- 7 Боли в верхней части живота
- 8 Желтушность кожных покровов
- 9 Внезапные отеки, особенно в области поясницы и лица
- 10 повышение ферментов печени в крови
- 11 Тромбоцитопения
- 12 Изменения в свертывающей системе крови
- 13 Признаки отека легких.

Оценка состояния. Сбор анамнеза и физикальное обследование направлены на выявление гипертензии, связанной с беременностью и ее характерных признаков. Для оценки патологических изменений и их прогрессирования особенно полезно изучение, если это возможно, предшествующей акушерской документации. Нарушения зрения, особенно скотома (пятна перед глазами), необычно тяжелая или персистирующая головная боль являются характерными для вазоспазма. Боль в правом верхнем квадранте живота может свидетельствовать о вовлечении печени, и обычно связана с растяжением капсулы печени. При сборе анамнеза особое внимание следует уделять эпизодам потери сознания и судорог.

Следует оценивать динамику массы тела женщины во время беременности, сравнивая с массой тела до беременности, особое внимание обращают на избыточное или очень быстрое увеличение массы тела. Периферические отеки, особенно на ногах, обычны для беременности; тем не менее, длительные отеки, не исчезающие после пребывания в горизонтальном положении, не являются нормой, особенно при появлении отеков на руках и лице. Действительно, одутловатое лицо и отеки у беременной женщины —

классическая картина тяжелой преэклампсии. Необходимо тщательно измерять АД в положении лежа и сидя. При исследовании глазного дна может быть обнаружен спазм артерий сетчатки, что свидетельствует о подобных изменениях со стороны мелких сосудов других органов. Болезненность при пальпации печени, свидетельствующая о растяжении ее капсулы, может сочетаться с появлением спонтанных болей в правом верхнем квадранте живота. Требуется внимательное изучение коленного и ахиллова сухожильных рефлексов (для преэклампсии характерны повышенные рефлексы). Особенно показательным является развитие клонуса стопы.

Лабораторные и инструментальные методы исследования матери и плода при артериальной гипертензии, связанной с беременностью оценивают мультисистемные эффекты гипертензии. Выявление признаков печеночной и почечной недостаточности, коагулопатии у матери требует очень серьезного отношения и динамического контроля соответствующих лабораторных показателей. Важной является и изучение состояния плода с помощью ультразвукографии, кардиотокографии (нестрессовый тест/окситоциновый контрактильный стрессовый тест) с оценкой биофизического профиля плода.

Лечение. При лечении артериальной гипертензии во время беременности врач стремится к поддержанию баланса в воздействии на мать и на плод для того, чтобы добиться для каждого из них оптимального результата. Вообще, следует регулярно измерять АД и проводить клиническое обследование матери для исключения осложнений артериальной гипертензии. Лечение гипертензии матери следует начинать тогда, когда риск серьезных осложнений или смерти для матери при отсутствии лечения превышает связанный с лечением риск для плода. Что касается плода, требуется регулярная оценка его состояния и развития, необходимость вмешательства появляется тогда, когда внутриутробное нахождение плода сопряжено с большим для него риском, чем родоразрешение с последующим пребыванием и лечением в отделении для ведения новорожденных.

Основными факторами при выборе тактики лечения преэклампсии являются тяжесть преэклампсии и зрелость плода. Лечение должно быть индивидуализировано, однако основывается на общих базовых принципах.

Тактика при легкой преэклампсии. Если < 37 недель – если признаки остаются не измененными или состояние нормализуется, женщина наблюдается дважды в неделю в амбулаторных условиях.

Если > 37 недель. Оценка зрелости шейки матки и планирование родоразрешения.

- шейка матки зрелая возможно вскрытие плодного пузыря, при отсутствии прогрессирования родов в течение нескольких часов, можно применить индуцирование родов простогландами или окситацином

- шейка матки незрелая возможно подготовка, используя простогландины или катетер Фолея, при отсутствии эффекта рожовозбуждение в течение нескольких суток, насколько позволяет состояние женщины и плода, или запланировать кесарево сечение.

При нарастании тяжести преэклампсии или при тяжелой преэклампсии назначаются магния сульфат, антигипертензивная терапия по показаниям; мониторинг состояния матери и плода; проводится стимуляция родов или выполняется операция кесарева сечения. В некоторых случаях требуется 24 часовая задержка родоразрешения для проведения терапии глюкокортикоидами с целью повышения зрелости легких плода.

Тактика при тяжелой преэклампсии – проведения нагрузочной дозы $MgSO_4$ в поликлинике, если данное состояние выявлено там, с последующей госпитализацией в стационар в сопровождении ВОП и сдача больной врачу приёмного отделения с указанием времени установки диагноза и времени проведения нагрузочной дозы $MgSO_4$.

Единственным специфическим методом лечения тяжелой преэклампсии не поддающаяся терапии (сохранение явлений тяжелой преэклампсии после

проведения нагрузочной дозы по истечении 4х часов) является прерывание беременности.

На решение вопроса о родоразрешении не должны влиять:

- Срок гестации
- “Зрелость” легких плода
- Готовность родовых путей

Родоразрешение проводится в интересах матери, которой угрожает реальная опасность

Готовность родовых путей может повлиять лишь на способ родоразрешения (влагалищное или кесаревым сечением), но не на сроки его проведения.

Роды должны произойти в пределах 12 часов после появления симптомов.

При эклампсии в ближайшие 2-4 часа после купирования приступа экстренной предоперационной подготовки – родоразрешение оперативное абдоминальное под общим наркозом.

Магния сульфат используется для профилактики судорог уже более пятидесяти лет. Это вещество не оказывает влияния на величину АД. Другие противосудорожные средства, такие как диазепам и фенитоин, нечасто используются в акушерской практике и являются менее эффективными. Магния сульфат может быть введен внутримышечно или внутривенно, хотя чаще используется последний способ введения. Начальная доза 4 г вводится внутривенно за 20—30 минут, затем препарат вводится с помощью инфузии со скоростью 1—3 г/час. Профилактика судорог обеспечивается в 98% случаев.

Магния сульфат. Нагрузочная доза:

15 мл 25% MgSO₄ в/в в течение 5 мин. (в 2-3 шприцах), предупредите женщину, что она будет ощущать чувство тепла во время в/в введения сульфата магния; затем сразу по 20 мл в каждую ягодицу в/м на новокаиновой подушке; если судороги повторились через 15 мин. 8 мл в/в 25% MgSO₄ в течение 5 мин.

Поддерживающая доза MgSO₄

по 20 мл в/м каждые 4 часа

продолжать введение MgSO₄ в течение 24 часов после родов или после последней судороги

перед каждым повторным введением убедитесь, что:

- частота дыхания не меньше 16 в мин
 - что присутствуют коленные рефлексы
 - диурез не менее 30 мл в час в последние 4 часа
- отмените или отложите введение MgSO₄, если:
- частота дыхательных менее 16 в мин
 - коленные рефлексы отсутствуют
 - диурез менее 30 мл в час последние 4 часа

вводим антидот!

Глюконат кальция в/в 10мл - 10% медленно до восстановления дыхания и при необходимости ИВЛ.

Терапевтический эффект достигается при уровне магния в крови от 4 до 7 мэкв/л, характер токсического эффекта напрямую зависит от содержания магния в крови. Для своевременной диагностики токсического действия магния требуется частая оценка коленного рефлекса и дыхательной активности пациентки. Кроме того, поскольку магний экскретируется исключительно через почки, поддержание диуреза на уровне более 25 мл/ч позволяет избежать аккумуляции препарата. Для купирования токсических эффектов гипермагниемии используются медленное внутривенное введение 10% раствора кальция глюконата, кислородотерапия и, при необходимости, сердечно-легочная реанимация.

Антигипертензивная терапия показана при повышении диастолического АД выше 110 мм рт. ст. при повторных измерениях. Гидралазин (апрессин) является препаратом

выбора для начальной терапии, вводится внутривенно, начиная с 5 мг, повышая дозу на 5 мг при каждом повторном введении, до достижения приемлемой величины АД. Целью гипотензивной терапии является снижение диастолического АД до уровня 90-100 мм рт. ст. Дальнейшее снижение АД может уменьшить маточный кровоток до величины, угрожающей состоянию плода. При неэффективности гидралазина могут быть использованы другие антигипертензивные средства.

После начала противосудорожной и антигипертензивной терапии основное внимание должно уделяться предстоящему родоразрешению. Следует попытаться стимулировать роды, операция кесарева сечения может понадобиться при безуспешности или невозможности стимуляции родов, или в случае, если ухудшается состояние матери или плода. Во время родоразрешения следует тщательно учитывать объем кровопотери, так как объем циркулирующей крови (ОЦК) у пациенток с преэклампсией или эклампсией существенно снижен. После родов женщины должны находиться под интенсивным наблюдением в течение 24 ч для профилактики послеродовых экламптических судорог в течение этого времени вводится магния сульфат. Примерно в 25% случаев экламптические приступы у пациенток с преэклампсией развиваются до родов, в 50% — во время родов и в 25% — после родов. Обычно вазоспазм начинает уменьшаться и сменяться вазодилатацией через 24—48 ч после родов, что проявляется увеличением диуреза.

Ведение пациенток с хронической артериальной гипертензией (ГБ и симптоматические артериальные гипертензии) включает тщательное измерение АД матери, контроль за возможным развитием преэклампсии или эклампсии, контроль за развитием и состоянием плода. Следует также увеличить продолжительность отдыха, ограничить потребление соли, курение, прием кофеина; уменьшить эмоциональные нагрузки. Медикаментозное лечение легких форм гипертензии нецелесообразно, так как при этом не отмечается существенного улучшения течения беременности. Считается, что не следует назначать антигипертензивную терапию при диастолическом АД ниже 110 мм рт. ст. Наиболее часто для снижения давления при беременности используется метилдофа, достоверно установлена безопасность применения этого препарата при беременности и отсутствие влияния на рост и развитие плода. Начальная доза препарата — 500 мг внутрь 2 раза в день, максимальная суточная доза — 3 г.

Альтернативой применению метилдофы может быть использование р-адреноблокатора атенолола (внутри, 1 раз в день, начальная доза — 50 мг, максимальная доза — 200 мг) или комбинированного а- и р-блокатора лабеталолола (начальная доза — 100 мг 2—3 раза в день внутри, максимальная суточная доза — 2400 мг).

Ранее полагали, что беременность является противопоказанием для назначения диуретиков, однако в настоящее время считается, что нет оснований прерывать использование диуретиков при беременности в случае, если ранее лечение ими хронической гипертензии было эффективным.

Фазы эклампсии.

- Продромальная- 10-20 секунд
- тоническая – 20- 30 секунд.
- Клоническая -1-2 минуты
- Коматозная –продолжается минуты или часы в зависимости от индивидуальных особенностей.

Период разрешения-20-30 секунд. Срочная госпитализация.

Основные лечебные мероприятия.

- Быстро оценить дыхание и состояние сознания
- проверить проходимость дыхательных путей.
- Позвать на помощь весь мед. Персонал.
- защитить женщину от травм.
- Удложить на левый бок

- Ангиокатетер установить, в\в магний сульфат

Лечение приступа эклампсии. Экламптические судороги представляют угрозу для жизни матери и плода. Для матери существует риск мышечно-скелетных повреждений (включая прикусывание языка), гипоксии и аспирации. Лечение матери состоит из введения между сжатыми зубами лезвия с мягкой войлочной прокладкой, кислородотерапии; следует обеспечить венозный доступ. Так как экламптические приступы купируются самостоятельно, медикаментозная терапия должна быть направлена скорее на профилактику повторного (введение магния сульфата), чем на купирование существующего приступа (использование диазепама и сходных препаратов). Эпизоды гиперактивности матки длительностью от 2 до 15 мин сопровождаются изменениями частоты сердечных сокращений плода, включая брадикардию или компенсаторную тахикардию, сниженную вариабельность и поздние децелерации.

Магнезиальная терапия.

- По 4-5 гр. в\в в течение 5-15 минут (16-20 мл +20 мл физ раствор).
- Затем поддерживающая доза 25% -100мл+натрий хлор 0,9% 400мл\в по 7 кап .в минуту.в течение 24 часов.
- Если судороги повторились,повторно 2г (8мл) 25% магния сульфата в\в или увеличить дозу вводимого магния сульфата до 1,5-2,0г час (11-14 капель в минуту)

Необходимо проводить исследование газового состава артериальной крови, корректировать любые метаболические нарушения и тщательно контролировать диурез, предварительно поместив в мочевого пузырь катетер Фолея. При очень высоком АД, низком диурезе, или нарушениях со стороны сердца целесообразно начать мониторинг гемодинамических показателей и ЭКГ.

Синдром HELLP. HELLP — сокращенное обозначение набора симптомов, иногда встречающегося у беременных с артериальной гипертензией и включающего гемолиз (hemolysis, англ.), нарушение функции печени (liverdysfunction, англ.), сниженное содержание тромбоцитов (lowplatelets, англ.). Этот синдром был недавно описан как самостоятельная нозологическая форма, развивающаяся у 4-12% пациенток с тяжелой преэклампсией и эклампсией. Часто синдром HELLP развивается у повторнородящих, более возрастных женщин, АД обычно несколько ниже, чем у остальных пациенток с преэклампсией. Поражение печени может проявляться болями в правом верхнем квадранте живота, что иногда приводит к ошибочной диагностике желчнокаменной болезни или гастродуоденита. Синдром HELLP характеризуется значительной смертностью как матери, так и плода, что делает чрезвычайно актуальной своевременную диагностику. К сожалению, начальные симптомы зачастую неопределенные и включают тошноту, рвоту и неспецифический вирусоподобный синдром. Лечение должно проводиться в центре акушерской патологии высокого риска и состоит из стабилизации состояния сердечно-сосудистой системы, коррекции нарушений свертывания крови и родоразрешения. Во время родов целесообразно проведение парентеральной анальгезии, местная (пудендальная) или эпидуральная анестезия противопоказана из-за риска кровотечения. Переливание тромбоцитарной массы показано до и после родов при содержании тромбоцитов ниже 20 000/ мм³, перед планируемой операцией кесарева сечения при содержании тромбоцитов ниже 50 000/мм³. В тяжелых случаях показано использование высоких доз глюкокортикоидов и плазмаферез с заменным переливанием свежезамороженной плазмы.

Ведение беременных с ГИБ в амбулаторных условиях.

При первичном выявлении гипертензивных нарушений ВОП собирает анамнез, в ходе выслушивания жалоб выявляет, есть ли признаки нарушения мозгового кровообращения, обследует мочу для определения протеинурии.

ВОП подтвердив диагноз ГИБ

- Проводит беседу с беременной и ее родственниками об возможных осложнениях.

- Рекомендует измерение АД 2 раза в день и ее запись, еженедельное обследование мочи на протеинурию.

- ВОП объясняет, прогноз у больных с ГИБ при соблюдении режима труда и отдыха, соблюдение рационального питания и при снижении физического и умственного напряжения благоприятный.

Но при прогрессировании гипертензивных нарушений в домашних условиях и появлений головных болей, тошноты, рвоты, ухудшения зрения, боли в области эпигастри - вызвать машину скорой помощи или обратиться в ближайший стационар.

Профилактика:

Ограничение каллаража принимаемой пищи, жидкости и соли не предупреждает прогрессирование гипертензивных нарушений и может быть вредным для плода.

Не доказано позитивное воздействие аспирина, кальция и других препаратов на предупреждение гипертензивных нарушений

Выявление женщин входящих в группу риска и оказание им своевременной помощи является важным фактором в лечении ГИБ и профилактики судорог.

Женщин входящих в данную группу находятся под контролем и нужно четко объяснить когда и при каких обстоятельствах необходимо обращаться к врачу.

Обучение родственников является важным фактором в выявлении прогрессировании ГИБ и своевременной госпитализации в стационар.

Мероприятия проводимые на базе женской консультации:

измерение АД, исследование мочи (протеинурия) и состояние плода один раз в неделю;

в случаи повышения АД ведется как при легкой преэклампсии;

в случаи появления признаков отставания от роста развития или ухудшения состояния плода срочная госпитализация для оказания помощи или досрочного родоразрешения;

обязательное консультирование женщин и ее семьи относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии;

если все показатели исследования без патологических изменений родоразрешение через естественные родовые пути.

4.2. Аналитическая часть

Педагогическая аннотация ПОО.

Учебный предмет: «Акушерство и гинекология»

Тема: «Гипертензивные нарушения во время беременности и родов»

Цель Развитие способности оценки и анализа ситуации при поступлении беременных с гипертензивными состояниями, включая хроническую гипертензию, гипертензию индуцированной беременностью, преэклампсию и эклампсию.

Отработка навыков выбора тактики ведения, диагностике, оказанию неотложной помощи и рациональной транспортировке больных с гипертензивными нарушениями на уровне первичного звена с применением данных доказательной медицины.

Планируемые учебные результаты - по результатам работы студенты приобретают навыки:

- ✓ Правильного поиска и выбора информации по сайтам доказательной медицины
- ✓ Составления вопросов с использованием аббревиатуры PICO
- ✓ Оценки и анализа проблемной ситуации при обращении беременных с гипертензивными состояниями
- ✓ Диагностики и мониторинга при ГИБ, ХАГ, легкой тяжелой преэклампсии и эклампсии;
- ✓ По интерпретации основных функциональных методов исследований при беременности с гипертензивными синдромами;
- ✓ Правильного выбора и принятия решения по тактике ведения в условиях СВП и ГВП

- ✓ Сформировать умение по неотложной помощи в первичном звене при тяжелой преэклампсии и эклампсии;
- ✓ Выработать навыки по послеродовой реабилитации женщин имевших гипертензивные нарушения, включая методы контрацепции

Для успешного решения студент должен знать

- Классификацию гипертензивных состояний во время беременности и родов;
- Формулирование и обоснование диагноза согласно классификации;
- Ведение беременных с хронической артериальной гипертензией;
- Ведение беременных с гипертензией индуцированной беременностью;
- Тактика ведения при легкой преэклампсии до 37 и после 37 недель;
- Этапы оказания первой помощи при неотложных состояниях;
- Принципы реабилитационных мероприятий после родов.

должен уметь:

- Оценить состояние беременной с гипертензией и определить дальнейшую тактику ведения беременности;
- Консультирование беременной и родственников об опасных признаках тяжелой преэклампсии и эклампсии
- Оказание неотложной помощи при тяжелой преэклампсии и эклампсии;
- Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия);
- Организовать реабилитацию и наблюдение женщин с гипертензивными нарушениями в амбулаторно-поликлинических и домашних условиях;
- Провести консультирование по подбору контрацептивов в послеродовом периоде.

Данная проблема отражает реальную ситуацию в условиях первичного звена

II. Ситуация

Краткое изложение клинического случая

В СВП на прием пришла беременная Ф. 27 лет с жалобами на головную боль, боли в эпигастрии, двухкратную рвоту со вчерашнего дня. В течении недели появились отеки по всему телу и стало повышаться АД до 140/90 мм рт.ст.. Лечение не получала. Вредных привычек не имеет. Домохозяйка.

Акушерский анамнез: Беременность третья, 36-37 недель. 2 родов без осложнений.

Объективно: общее состояние беременной в момент осмотра тяжелое, отмечается гиперемия лица, генерализованные отеки. АД 160/110; 170/110 мм рт.ст., пульс 92 уд.в минуту, напряженный.

Акушерский осмотр: Матка в нормотонусе, дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, I позиция, передний вид, головное предлежание, вне тонуса, ВДМ-33см, ОЖ-86см, сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка 140 ударов в минуту, приглушенное, ритмичное.

Вопросы

1. **Каков ваш диагноз?**
2. **Какую первичную необходимо оказать?**
3. **Ваш выбор лечебного стационара для госпитализации.**
4. **Беседа с родственниками.**

Приложение №1

Тесты 1 уровня:

1. Укажите симптом легкой преэклампсии:

А. подъем диастолического давления до 90/110 мм.рт.ст.*

Б. подъем АД до 140/90 мм.рт.ст.*

В. диастолическое давление выше 110 мм.рт.ст.

Г. АД 130/80 мм.рт.ст.

Д. протеинурия выше 2 г/л

2. Какие параметры протеинурии относятся к легкой преэклампсии:
- А. протеинурия более 1 г/л
 - Б. протеинурия выше 2 г/л
 - В. 0,3-1 в суточной моче*
 - Г. Протеинурия более 3 г/л
4. Повышение диастолического АД до 90 мм.рт.ст. и выше при сроке гестации до 20 недель является симптомом:
- А. легкой преэклампсии
 - Б. хронической гипертензии*
 - В. хронической гипертензии сочетанной с легкой преэклампсией
 - Г. индуцированной беременностью гипертензии
5. Лечение гипертензии индуцированной беременностью включает:
- А. противосудорожную гипотензивную терапию
 - Б. седативные препараты и транквилизаторы
 - В. только седативные препараты
 - Г. только наблюдение и соответствующие рекомендации по контролю за АД*
6. Препарат выбора при гипертензии индуцированной беременностью:
- А. магнезии сульфат
 - Б. эуфиллин
 - В. атенолол
 - Г. ни один из перечисленных*
7. К критериям гипертензии индуцированной беременностью входит:
- А. повышение ДАД 90-100 мм.рт.ст. после 20 недель беременности при 2х кратном измерении через 4 часа *
 - Б. повышение АД выше 140 мм.рт.ст. до 20 недель беременности
 - В. повышение САД выше 130 мм.рт.ст. и ДАД 80 мм.рт.ст. в течение 4 часов до 20 недель беременности
 - Г. повышение АД выше 150 мм.рт.ст. с головными болями и ухудшение зрения после 20 недель беременности
8. В ведение женщин с гипертензией индуцированной беременностью входит все, кроме:
- А. ограничение каллоража принимаемой пищи, соли и жидкости*
 - Б. контроль за ДАД
 - В. обследование мочи на протеинурию
 - Г. контроль за состоянием женщины
9. В тактику ведения легкой преэклампсии при сроке до 37 недель беременности входит все, кроме:
- А. провести нагрузочную дозу сульфатом магния*
 - Б. обязательное консультирование женщин и ее семьи относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии
 - В. контроль за ДАД, обследование мочи на протеинурию
 - Г. при сроке беременности менее 34 недель и массе плода менее 2000 г провести профилактику СДР у новорожденного
10. Тактика ведения легкой преэклампсии при сроке более 37 недель беременности:
- А. оценить степень зрелости шейки матки и родоразрешение*
 - Б. родоразрешить операцией кесарево сечение в экстренном порядке
 - В. сделать нагрузочную дозу сульфата магния
 - Г. начать антигипотензивную терапию дибазолом

Тесты 2 уровня:

1. Укажите 3 симптома, характерных для ГИБ
- А. повышение диастолического АД выше 90 мм.рт.ст.*
 - Б. повышение систолического АД выше 140 мм.рт.ст.*

- В. об истинном повышении АД можно судить на основании 2-х кратного измерения давления в течение 4 часов.*
- Г. повышение диастолического АД выше 110 мм.рт.ст.
- Д. повышение диастолического АД выше 100 мм.рт.ст.
2. Укажите 3 симптома, характерных для легкой преэклампсии:
- А. диастолическое давление выше 90 мм.рт.ст.*
- Б. протеинурия 1 г/л и выше*
- В. олигурия
- Г. судороги.
- Д. полиурия.
3. Тактика ведения легкой преэклампсии до 37 недель беременности:
- А. контроль за АД 2 раза в день*
- Б. анализ мочи на протеинурию*
- В. контроль за состоянием плода*
- Г. назначить диуретики.
- Д. досрочное родоразрешение
4. Тактика ведения легкой преэклампсии после 37 недель беременности:
- А. при зрелой шейке матки IV ст родовозбуждение предварительной амниотомией*
- Б. при незрелой шейке матки преиндукция*
- В. при отсутствии эффекта от родовозбуждения ставится вопрос оперативного родоразрешения*
- Г. кесарево сечение в экстренном порядке с момента выставления диагноза.
5. Если при легкой преэклампсии имеются признаки дистресса плода, необходимо:
- А. срочное кесарево сечение*
- Б. ускорить родоразрешение
- В. плановое кесарево сечение
- Г. антигипертензивные препараты.

4.3. Практическая часть

Приложение 2

практические навыки:

1. Оценка состояния беременной и степени тяжести преэклампсии;
2. Проведение первичной базисной магниевой терапии;
3. Оценка эффективности базисной терапии
4. Выбор оптимального вида транспортировки
5. Умение проведения беседы с родственниками
6. Знание тактики лечения и выбора метода родоразрешения
7. Выбор оптимального стационара для госпитализации.

. Контрольные вопросы.

1. Определение понятия преэклампсия.
2. Основные патогенетические звенья развития преэклампсии.
3. Классификация гипертензивных состояний.
4. Клинические проявления различных форм преэклампсии.
5. Способы диагностики и дифференциальной диагностики.
6. Принципы терапии гипертензивных состояний беременных.
7. Принципы терапии преэклампсии.
8. Оказание первой помощи и принципы интенсивной терапии при эклампсии.
9. Способы подготовки к родам и особенности ведения родов при преэклампсии.
10. Осложнения преэклампсии.

Тема № 9: Ранний токсикоз беременных. Резус конфликт и АВО конфликт. Тактика врача.

5. Модель технологии обучения на учебном занятии

<i>Время – 290 мин</i>		<i>Количество студентов: 8-12 чел.</i>	
<i>Форма учебного занятия</i>	Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач		
<i>Место проведения занятия и оснащение</i>	Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови на Rh – фактор и Rh – антитела, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.		
<i>Структура учебного занятия</i>	<p>8. Введение</p> <p>9. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>10. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>		
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений иммуноконфликтной и АВО конфликтной беременности, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике ранних токсикозов беременности, оценивать степень тяжести рвоты беременных, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>			
<p><i>Задачи преподавателя:</i></p> <p>5. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с иммуноконфликтной и АВО конфликтной беременностью.</p> <p>6. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с резус иммунизацией и АВО конфликтом. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с ранними токсикозами</p>		<p><i>Результаты учебной деятельности:</i></p> <p>ВОП должен знать:</p> <p>7. Факторы приводящие к резус- и АВОконфликту.</p> <p>8. Факторы риска раннего токсикоза</p> <p>9. Течение беременности при резус-конфликте и АВОконфликте.</p> <p>10. Лабораторное и инструментальные методы обследования резус-конфликта, АВОконфликта и ранних токсикозов.</p> <p>11. Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ).</p> <p>12. Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>ВОП должен уметь:</p> <p>5. Клиническое обследование беременных с резус-конфликтом и ранними токсикозами с применением лабораторных и</p>	

<p>беременности.</p> <p>7. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм ранних токсикозов беременности. Выработать навыки по ведению и лечению беременных с рвотой беременных разной степени тяжести.</p> <p>8. Выработать навыки, по реабилитации женщин после осложненной иммуно- и АВО конфликтной беременностью и родами, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с ранним токсикозом беременности. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>инструментальных методов исследования.</p> <p>6. Определить комплексную тактику ведения беременных с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>7. Определить критерии стационарного лечения беременных с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>8. Интерпритировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования беременных с резус-конфликтом, АВОконфликтом и ранними токсикозами.</p> <p>1.</p>
<i>Методы и техники обучения</i>	Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.
<i>Средства обучения</i>	Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.
<i>Формы обучения</i>	Индивидуальная работа с беременными, родильницами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации
<i>Условия обучения</i>	Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность 290 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой “Бум”	Опрос игра “Бум” Приложение № 1	30 мин
3.	Приём и курация тематических больных в поликлинике и в дневном стационаре	Ведение амбулаторного приёма беременных, интерпритация анализов.	90 мин

4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов о Rh – и АВ0 конфликтной беременности и ранних токсикозах	Доклад студента с обсуждением	40 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“Разрешение проблем”, ситуационные задачи по теме (Приложение№ 2) (Приложение №3)	50 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	20 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	20мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота ранних токсикозов, иммуноконфликтной беременности, многочисленные осложнения в течение беременности и родов, как у матери, так и плода создает необходимость пристального внимания к этой теме

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по анатомии, физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Изоиммунизацией называют образование у матери антител (АТ) в ответ на попадание в ее кровяное русло плодовых эритроцитарных антигенов (АГ), наследуемых плодом от отца, или чужеродных АГ при гемотрансфузии. Степень иммунизации зависит от силы АГ и количества образовавшихся АТ. ИЗОБРЕТЕНО из лекции

Гемолитическая болезнь плода(ГБП) состояние плода, вызванное гемолизом эритроцитов, характеризующееся анемией, желтухой и увеличением числа бластных форм эритроцитов в кровяном русле. Водянка плода - крайняя степень ГБП.

Эпидемиология. Анти-D (Rh) иммунизация наиболее частая причина ГБП. Частота встречаемости Rh(-) индивидуумов среди белого населения Европы и Америки составляет в среднем 15%, среди африканцев - 5-8%, среди американских индейцев менее 3%, у латиноамериканцев - 5-10%. Особо следует отметить народность басков, среди которых частота Rh(-) индивидуумов превышает 30%. У монголоидов Rh(-) кровь практически не встречаются. Частота Rh(-) индивидуумов у индоевропейцев равна 2%. Вероятность рождения у Rh(-) женщины Rh(+) ребенка от Rh(+) мужа составляет 70%. У женщин белой расы вероятности несовместимости в браке по D-АГ составляет 10%, а у женщин

негроидной расы - 5%. Вероятность изоиммунизации у D(-) женщин после беременности D(+) плодом составляет менее 20%.

В 20-25 % всех случаев беременности имеет место несовместимость матери и плода по системе АВО (60 % всех случаев ГБН). Только в 1% всех случаев ГБН требуется заменное переливание крови. Обычно в первые 24 часа после родов у новорожденных - умеренная анемия и легкая или умеренная степень гипербилирубинемии. Несовместимость по системе АВО чаще всего отмечают при сочетании O(I) группы крови матери и A(II) или B(III) группы крови новорожденного. Ситуация может повторяться при последующих беременностях.

Патофизиология. Эритроциты, с чужеродными АГ на своей поверхности, попадают в кровоток матери при предыдущей беременности и родах (обычно в III периоде родов) или, что бывает гораздо реже, при данной беременности. Фактором, способствующим такому переходу, считают оперативные акушерские манипуляции во время беременности. Результатом такого плодово-материнского кровотечения может стать изоиммунизация у матери. Трансплацентарный переход образующихся АГ в кровяное русло плода приводит к гемолизу эритроцитов плода, что, в свою очередь, приводит к анемии и гипербилирубинемии. Гипербилирубинемия не оказывает значительного влияния на состояние плода, так как, печень матери берет на себя функцию обезвреживания образующегося билирубина. Гипербилирубинемия становится актуальной проблемой только после родов, чего нельзя сказать про анемию. Влияние анемии на состояние плода обусловлено тканевой гипоксией и сердечной недостаточностью. По данным вскрытий детей, умерших от ГБП и ГБН, наблюдали характерную водянку с вздутием живота и выраженным подкожным отеком. Всегда отмечалась выраженная анемия с преобладанием незрелых форм эритроцитов. При вскрытии обнаруживали асцит, чрезмерно увеличенные печень и селезенку; их нижние полюсы могли достигать гребня подвздошной кости. В обоих органах отмечали выраженный экстрамедуллярный эритропоэз, большое количество эритробластов. Все это приводит к нарушению нормальной анатомии. Полости сердца обычно расширены и его мышечная стенка гипертрофирована. Вдоль коронарных сосудов сердца можно обнаружить очаги эритропоэза. Часто выявляется гидроторакс. В легких обнаруживают полнокровие и большое число эритробластов. В почках может быть выраженный эритропоэз, но они обычно нормальных размеров. В костном мозге отмечают полицитемию. Характерный вид и у плаценты: выраженный отек, увеличение размеров. Вес ее часто достигает 50% от массы плода. Плацента и оболочки в большей или меньшей степени окрашены в желтый цвет из-за желчных пигментов, выделяемых почками плода. В ворсинах хориона - отек, стромальная гиперплазия, увеличение числа капилляров.

Несмотря на хорошо описанную картину патологических изменений, хронология процесса не совсем ясна. Сначала считали, что водянка - это следствие сердечной недостаточности, развившейся на фоне тяжелой анемии и гиперволемии плода, но сейчас стало известно, что у живорожденных детей с водянкой не отмечено ни значительной желудочковой недостаточности, ни гиперволемии. Более свежая точка зрения состоит в том, что асцит у плода - это результат гипертензии в портальной и пупочной венах из-за увеличения и анатомических изменений печени. Вследствие эритропоэза в печеночной ткани одновременно развивается гипопроотеинемия плода, как результат печеночной недостаточности и неспособности отечной плаценты обеспечивать нормальный перенос аминокислот и пептидов. Это, в свою очередь, ведет к нарастанию асцита и последующему генерализованному отеку. С разработкой методики кордоцентеза стало возможным пролить свет на некоторые особенности патофизиологии водянки. Действительно, у пораженных плодов часто обнаруживают гипопроотеинемия и гипоальбуминемия, а у плодов с водянкой это - обязательная находка. Эти данные доказывают, что гипопроотеинемия играет главную роль в генезе водянки плода.

Выявлено, что водянка не развивается до тех пор, пока уровень Hb у плода не снижается менее 40 г/л. Средний уровень Ht при водянке составляет 10,2.

Этиология. Изоиммунизация развивается в ответ на плодово-материнское кровотечение, при котором в кровяное русло матери попадает достаточное количество фетальных эритроцитов, или в ответ на переливание крови, несовместимой по данному АГ. Вероятность изоиммунизации прямо пропорциональна количеству несовместимой крови, попавшей в кровяное русло матери. Необходимым минимальным количеством крови, способным вызвать D-изоиммунизацию, считают 0,1 мл.

Заболеваемость и смертность. Тяжесть ГБП при последующих беременностях обычно возрастает. Картина гемолиза и водянки плода обычно разворачивается в том же сроке, что и при предыдущей беременности или раньше. Выживаемость плодов и новорожденных в современных условиях составляет более 80%, благодаря внедрению в клиническую практику современных технологий трансфузии и интенсивного ведения новорожденных. Материнская заболеваемость и смертность не отличается от уровня в общей популяции беременных.

Диагностика. Анамнез. Наличие в анамнезе мертворождений в сочетании с водянкой плода или рождение живого плода с признаками водянки требует проведения соответствующего иммунологического обследования при данной беременности.

Причины неадекватной анти Rh-профилактики при предыдущей беременности могут быть следующие:

- не было сведений о Rh-принадлежности женщины на ранних этапах беременности при угрожающем аборте с кровотечением;
- D Ig или не назначался или не был введен своевременно;
- введенная доза D Ig оказалась недостаточной;
- женщина отказалась от введения ей D Ig (на религиозной почве или по другой причине);
- у беременной, ее ребенка или мужа неправильно определена Rh принадлежность.

Осмотр. При физикальном исследовании может обратить на себя внимание только несоответствие высоты дна матки сроку беременности из-за возможного многоводия. При УЗИ можно также выявить другие признаки ГБП.

Постнатальная гемм болезн. Степени из лекции

Основные этапы диагностического процесса. Необходимо пренатальное определение группы крови и скрининг на АТ, способные вызвать ГБП. Затем следует определить группу крови и Rh принадлежность у мужа (полового партнера), а также, по возможности, его генотип (гетеро-, гомозиготность). При невозможности проведения этого исследования следует считать, что отец ребенка - Rh(+).

Если беременная сенсibilизирована к другим АГ (не Rh-АГ), ее беременность следует вести по той же схеме, что и при D- изоиммунизации. Исключением будут только случаи Kell- изоиммунизации, т.к. результаты спектрофотометрии слабо коррелируют с тяжестью анемии плода. Случаи Kell- изоиммунизации требуют от врача более агрессивного ведения беременности.

Титр АТ у матери и акушерский анамнез помогают прогнозировать тяжесть эритробластоза плода. Абсолютные значения титра считаются высокими при титре 1:8 и выше. С помощью УЗИ можно следить за состоянием плода, выявлять признаки начальной и прогрессирующей водянки плода.

Признаки начальной водянки: многоводие, гепатоспленомегалия

Признаки выраженной водянки:

1. повышенная эхогенность кишечника
2. кардиомегалия и перикардальный выпот
3. асцит и гидроторакс
4. отек подкожной клетчатки головы и конечностей

5. гипертрофия и утолщение плаценты

Титр сывороточных АТ у матери:

- при титре $< 1:16$ у женщины, иммунизированной при данной беременности, риск развития ГБП невысок. Риск развития ГБП при последующих беременностях при данном титре АТ возрастает. Критические уровни титра АТ по другим системам эритроцитарных АГ не так четко определены.

- после 16-18 недель беременности титр АТ следует определять через каждые 2-4 недели. Сыворотку, оставшуюся от предыдущего теста, следует сохранять в качестве контроля. Это позволяет повысить точность теста. Проведения амниоцентеза исключает необходимость повторного тестирования на титр АТ.

- УЗИ позволяет точно диагностировать степень поражения плода при выраженной форме ГБП. При легкой или умеренной степени ГБП характерных ультразвуковых признаков можно не обнаружить:

- у беременных с титром АТ (1:4, 1:8) бывает достаточным проведение повторного УЗИ для подтверждения удовлетворительного состояния плода (вероятность развития водянки или многоводия невысока).

- у беременных с более высоким титром АТ и сенсibilизированных при предыдущей беременности слежение за состоянием плода состоит в сочетании УЗИ со спектрофотометрией околоплодных вод. При умеренной или тяжелой форме ГБП может иметь место многоводие, гидрперикард и кардиомегалия. При тяжелой форме ГБП УЗИ применяют в динамике для слежения за изменениями в состоянии плода, за нарастанием или исчезновением признаков ГБП.

К ультразвуковым маркерам ГБП относят:

- утолщение плаценты до > 50 мм при умеренной или тяжелой форме ГБП. структура плаценты - гомогенная;

- многоводие (индекс амниотической жидкости (ИАЖ) > 24) при легкой и умеренной форме ГБП нехарактерно. Сочетание многоводия и водянки говорит о неблагоприятном прогнозе;

- гидрперикард - один из самых ранних признаков ГБП;

- увеличение размеров сердца сопутствует нарастанию сердечной недостаточности при тяжелой форме ГБП. При отношении диаметра сердца к диаметру грудной клетки больше 0,5 правомочен диагноз кардиомегалии;

- обнаружение асцита свидетельствует о наличии выраженной степени ГБП;

- гепатоспленомегалия развивается вследствие усиленного экстрамедуллярного эритропоэза;

- отек подкожно-жировой клетчатки, особенно выраженный на головке плода.

Исследование околоплодных вод способствует уточнению степени поражения плода. Продуктом распада фетальных эритроцитов является билирубин. Он выделяется почками и легкими плода, попадая в околоплодную среду и пропитывая плодные оболочки. В 1961 году **Liley** указал на высокую степень корреляции между уровнем билирубина в околоплодных водах и исходом для плода. Полученную при амниоцентезе жидкость исследуют методом спектрофотометрии, определяя степень поглощения на волне 450 нм (\square OD₄₅₀), сравнивая полученные результаты с нормативной шкалой Liley. Точность анализа снижается при попадании в околоплодные воды мекония или крови. Для устранения этого артефакта применяют предварительную обработку амниотической жидкости хлороформом. График Liley довольно информативен при проведении теста после 26 недель беременности.

Еще более точную информацию о состоянии плода может дать непосредственное исследование фетальной крови, полученной при кордоцентезе. Это позволяет, в частности, определить Rh принадлежность крови плода. Если плод оказывается D(-), дальнейшее проведение комплексного исследования не требуется. Еще более

перспективным является применение метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) с той же целью - определение Rh (D) статуса плода, т.к. отпадает необходимость проводить такое сложное и потенциально опасное исследование как кордоцентез.

Дифференциальный диагноз. При выявлении водянки плода при проведении УЗИ, можно предположить ГБП вследствие D-изоиммунизации, или вследствие некоторых других причин. При отсутствии АТ к эритроцитарным АГ применяют термин **неиммунная водянка плода (НИВП)**. Частота НИВП составляет 1:2500-3500 родов. В 25% случаев причины НИВП - хромосомные аномалии плода, в 18% всех случаев - множественные пороки развития плода (чаще всего пороки сердца). Сердечная аритмия у плода (например, суправентрикулярная аритмия) также может служить причиной НИВП.

Тактика ведения. У беременной с не осложненным акушерским анамнезом и титром АТ > 1:16, выявленным до 26 недель беременности, показан амниоцентез с последующей спектрофотометрией. Если $\square OD_{450}$ соответствует I зоне по Liley, это свидетельствует о том, что плод или Rh(-) или имеется слабая степень ГБП. Уровень $\square OD_{450}$, соответствующий середине II зоны по Liley, указывает на вероятность средней или тяжелой формы ГБП. В этой ситуации обычно показано досрочное родоразрешение. Окончательное решение принимают после определения зрелости легких плода, "биофизического профиля", проведения КТГ, получения данных о нарастании уровня билирубина, учета данных акушерского анамнеза, определения состояния шейки матки по шкале Бишопа (Хечинашвили). При $\square OD_{450}$ = верхней части II зоны требуется проведение кордоцентеза или повторный амниоцентез через одну неделю. При $\square OD_{450}$ = III зоне или выявлении водянки плода при УЗИ требуется или экстренное родоразрешение или внутриматочная гемотрансфузия плоду. План ведения зависит от срока беременности, состояния плода и уровня неонатальной службы в данном учреждении.

У пациентки с отягощенным акушерским анамнезом или титром АТ > 1:16 в сроке до 26 недель - требуется УЗИ. Для решения вопроса о дальнейшем ведении беременности - консультация перинатолога. При выявлении тяжелого поражения плода показан кордоцентез для определения Ht и антигенного статуса плода, особенно, если отец гетерозиготен по данному АГ. При выявлении анемии может быть проведена внутриматочная интраваскулярная гемотрансфузия плоду уже при первичном кордоцентезе. При отсутствии анемии дальнейшая тактика ведения беременности будет зависеть от акушерского анамнеза и данных УЗИ.

При выраженной анемии, выявленной во II и III триместрах беременности, показана внутриматочная гемотрансфузия. Интраперитонеальная или интраваскулярная трансфузии может понадобиться даже в 18 недель беременности. Применение интраваскулярной трансфузии значительно повысило уровень выживаемости у тяжело пораженных плодов (до 86,1%).

Тактика ведения беременности у Rh(-) женщин при возникновении изоиммунизации.

1. Анализ крови на титр антител не реже одного раза в месяц.
2. Проводить антенатальную диагностику гемолитической болезни плода (КТГ, УЗИ плода и плаценты, доплерометрия, амниоцентез в 24 – 32 недели для определения оптической плотности билирубина в околоплодных водах, амниоскопия после 37 недель).
3. ГБО, УФО, плазмоферез
4. Десенсибилизирующая терапия: димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол.
5. После 16-20 недель преднизолон по 5 мг в день до родов.
6. Внутривенная инфузия декстранов.
7. Профилактика и лечение гипоксии плода и плацентарной недостаточности.
8. При отягощенном анамнезе показана аллотрансплантация кожного лоскута отца с последующим облучением его гелий неоновым лазером.
9. При титре антител 1:32 и выше, выявлении гемолитической болезни плода показано прерывание беременности по медицинским показаниям.

10. Оптимальный срок для родоразрешения 36-38 недель.

Профилактика d-изоиммунизации. Для снижения перинатальной заболеваемости и смертности от ГБП следует выделять среди беременных группу риска и правильно осуществлять программу по анти-D-профилактике.

При каждой беременности следует пренатально определять ABO и Rh принадлежность. У D(-) беременных с отрицательным тестом на АТ скрининговое исследование на АТ повторяют в 28 недель беременности. Беременным с отрицательным тестом на АТ в 28 недель показано плановое назначение D Ig.

После аборт (искусственных и самопроизвольных) и внематочной беременности вероятность D-сенсibilизации составляет в среднем 4-5 %. Необходимая доза D Ig до 13 недель составляет 50 мг, а при более поздних сроках - 300 мг. Иммуноглобулин следует ввести в первые 72 часа после предполагаемого плодово-материнского кровотечения.

Биопсия ворсин хориона может стать причиной материнско-плодового кровотечения, поэтому при этом также показано назначение 50 мг D Ig.

Амниоцентез также может стать причиной D-сенсibilизации. При его проведении у D(-) несенсибилизированных беременных применяют стандартную дозу D Ig (300 мг), если перед этим D-профилактика не проводилась. Но это не исключает необходимость проводить послеродовую профилактику. Если родоразрешение предполагают в ближайшие 48 часов после амниоцентеза, профилактику можно провести после родов, т.е. после определения Rh принадлежности новорожденного. При рождении Rh(+) ребенка в первые 21 день от введения D Ig у роженицы следует провести непрямую реакцию Кумбса. Положительный тест говорит о достаточном количестве АТ в кровеносном русле. Если тест отрицательный и если в родах предполагалось массивное плодово-материнское кровотечение, следует вводить дополнительную дозу D Ig. Иногда у новорожденного может быть положительная прямая реакция Кумбса из-за трансплацентарного проникновения Rh Ig.

При кордоцентезе у D(-) несенсибилизированной беременной следует определить Rh принадлежность плода. Если плод D(+) или определить Rh принадлежность не удалось, матери вводят 300 мг D Ig.

При маточном кровотечении у D(-) несенсибилизированной беременной необходимо введение D Ig. Для определения величины плодово-материнского кровотечения проводят пробу Kleihauer-Betke или Rosette. Если в кровяное русло матери попало более 15 мл фетальных эритроцитов, требуется введение дополнительного количества D Ig. Показано проведение непрямой реакции Кумбса спустя 72 часа после введения Ig для выявления свободного D Ig. 20 мг D Ig нейтрализуют примерно 1 мл D(+) эритроцитов (т.е. 300 мг D Ig достаточно для нейтрализации 15 мл плодовых эритроцитов).

Показания к проведению теста:

- отслойка плаценты;
- предлежание плаценты;
- внутриматочные вмешательства (например, родоразрешение второго плода при многоплодии);
- ручное отделение плаценты.

Самой частой причиной D-изоиммунизации являются сами роды. При рождении D(+) или D^U(+) плода у D(-) несенсибилизированной женщины требуется назначение D Ig. Если Rh принадлежность матери впервые определяют только в родах, то при попадании фетальных эритроцитов в кровяное русло матери можно ошибочно определить Rh принадлежность как D^U(+). Таким женщинам следует назначать D Ig.

При гемотрансфузиях следует всегда проверять донорскую кровь на D статус. D-АГ встречается только на мембране эритроцитов, поэтому теоретически переливание плазмы не может вызывать D-иммунизацию. Однако, тромбоциты и гранулоциты

теоретически могут содержать примесь эритроцитов. Если, по ошибке, все же введен D-АГ, следует помнить, что для блокирования 1 мл D(+) эритроцитомассы требуется 20 мл D Ig.

Риск ВИЧ-инфицирования при введении D Ig ничтожен, т.к. с 1985 года все продукты, приготовленные из крови, проверяют на ВИЧ антиген. Процесс, применяемый при приготовлении D Ig, надежно элиминирует ВИЧ антиген.

Аналитическая часть

ПРИЛОЖЕНИЕ №1. Игра «БУМ»

Студенты считают по порядку. Участник, на которого выпадает цифра, кратная 3 произносит слово «бум». Затем счет продолжается. Студент, который ошибается, отвечает на вопрос:

Тесты 1 уровня.

1. С какого срока беременности у плода появляется Rh фактор:

- А) с 8 недель*
- Б) с 10 недель
- В) с 4 недель
- Г) с 12 недель
- Д) с 6 недель

2. С какого срока беременности у плода появляется группа крови по АВО системе:

- А) с 8 недель
- Б) с 10 недель
- В) с 4 недель
- Г) с 12 недель
- Д) с 6 недель*

3. Какой титр антител является показанием к прерыванию беременности:

- А) 1:32 и более*
- Б) 1:4
- В) 1:8
- Г) 1:16

Д) Отрицательный

4. При Rh(-) состоянии какой срок считается оптимальным для родоразрешения?

- А) 36 – 38 недель*
- Б) 38 – 40 недель
- В) 40 – 41 недель
- Г) 32– 36 недель
- Д) 34 - 35 недель

Тесты 2 уровня.

1. Укажите клинические формы гемолитической болезни плода:

- А) гемолитическая анемия*
- Б) желтуха*
- В) отеки*
- Г) гипотрофия плода
- Д) протеинурия плода
- Е) гипоксия плода

2. Тактика ведения беременности у женщин с резус-конфликтом и АВОконфликтом:

- А) контроль титра антител (проба Кумбса) не реже одного раза в месяц*
- Б) антенатальная диагностика (УЗИ) гемолитической болезни плода*
- В) десенсибилизирующая терапия*
- Г) кровь на титр антител один раз в неделю
- Д) антибактериальная терапия

3. Клинические формы гемолитической болезни плода:

- А) гемолитическая желтуха*

- Б) гемолитическая анемия*
 - В) водянка*
 - Г) гепатоспленомегалия
 - Д) гипотрофия плода
8. Причины сенсебилизации при резус-отрицательных состояниях:
- А) внематочная беременность*
 - Б) аборт*
 - В) переливание Rh(+) крови в прошлом*
 - Г) переливание Rh(-) крови в прошлом
 - Д) рождение резус отрицательного ребёнка резус отрицательной матерью
9. Профилактика сенсебилизации женщин с резус-отрицательной кровью:
- А) предотвращение нежеланной беременности*
 - Б) переливание крови с учётом резус принадлежности*
 - В) адекватная контрацепция*
 - Г) планирование беременности и родов до 25 лет
 - Г) допустима только одна беременность

58. Клинические формы ранних токсикозов

*рвота, дерматоз, слюнотечение
 гипертензия, дерматоз, рвота
 рвота, дерматоз, отеки, малокровие
 рвота, появление ацетона в моче, отеки

59. К поздним токсикозам относится

*преэклампсия
 рвота беременных
 слюнотечение беременных
 желтуха беременных

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2. Игра: Метод разрешения проблем.

Все участники занятия делятся на 3 группы А,Б,В, и так далее по 3 чел.* В группе им присваивают номера 1,2,3- и затем перегруппировывают по номерам.

Все первые номера формируют группу один, вторые группу два, третьи группу 3. Выдается задание по теме занятия «Иммуноконфликтная беременность».

В виде следующей проблемы: Повторнобеременная, 32 года 1ые роды без осложнений, 2ые роды осложнились гипотоническим кровотечением, получила без учёта резус принадлежности гемотрансфузию, которая сопровождалась реакцией. С 10 ти недель данной беременности в крови выявлены противорезусные антитела в титре 1:4, получила 3 курса десенсибилизирующей терапии. В 36 нед. титр антител повысился до 1: 32.

Группе 1 предлагается обсудить проблему: Тактика дальнейшего ведения беременности.

Решение: Создание ВГГК фона, интенсивная десенсибилизирующая, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапии. Досрочное родоразрешение в 38 недель.

Группе 2: Возможные осложнения у плода и новорожденного.

Решение: Антенатальная смерть плода, рождение ребёнка с тяжёлой формой Гемолитической болезни новорожденного.

Группе 3: Методы обследования и лечение новорожденного.

Решение: После рождения ребёнка определить в пуповинной крови групповую и резус принадлежность, содержание билирубина, гемоглобин и эритроциты – в периферической крови. При наличии резус положительной крови у ребёнка необходимо провести заменное переливание крови.

Время для работы 10 мин. Далее номера возвращаются в свои первоначальные группы А, Б, В. студенты обмениваются своими вариантами ответов.

ПРИЛОЖЕНИЕ №3.

Ситуационная задача № 1.

25 лет, обратилась в поликлинику 30 марта по поводу беременности.

Из анамнеза: Последняя менструация 24 – 28 декабря. 2 родов, дети погибли антенатально от гемолитической болезни плода. Данная беременность третья, у мужа (отца) группа крови А (II) Rh(+). Из перенесенных заболеваний: в детстве травма нижних конечностей, гемотрансфузия без учета Rh фактора.

Лабораторные методы исследования.

Общий анализ крови: Эр $3,2 \times 10^{12}/л$. Нв 105 г/л, Нт 30%, Тц $225 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/час.

Группа крови А(II) Rh(-), титр антител 1:4.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Методы обследования и план ведения беременности
3. Лечение

Ответы:

1. Диагноз основной: Беременность 14 – 15 недель.

Осложнения: Изосерологическая несовместимость крови матери и плода по резус – фактору. Анемия легкой степени тяжести.

Сопутствующий: Отягощенный акушерский анамнез.

2. План введения беременности

1. Анализ крови на титр антител не реже одного раза в месяц.
2. Проводить антенатальную диагностику гемолитической болезни плода (КТГ, УЗИ плода и плаценты, доплерометрия, амниоцентез в 24 – 32 недели для определения оптической плотности билирубина в околоплодных водах, амниоскопия после 37 недель).

3. Лечение:

ГБО, УФО, плазмоферез

Десенсибилизирующая терапия

Внутривенная инфузия декстранов

Антианемическая терапия

Учитывая сугубо отягощенный анамнез, межгестационный период менее 2 года, гемотрансфузию несовместимой по резус – фактору крови показана аллотрансплантация кожного лоскута отца с последующим облучением его гелий неоновым лазером;

4.2 Практическая часть

Перечень практических навыков.

1. Определение срока беременности и родов
2. Наружный акушерский осмотр
3. Интерпретация анализов и данных УЗИ.

13. Контрольные вопросы

1. Представление о группах крови и Rh – факторе.
2. Пути и механизмы возникновения иммуноконфликтной ситуации.
3. Диагностика иммуноконфликта.
4. Тактика ведения беременности при наличии иммуноконфликта.
5. Реабилитация женщин после осложнённой иммуно- и АВО-конфликтной беременности.

Тема № 10. ЭГЗ и беременность. Анемия и беременность. Почечные заболевания и беременность.

6. Модель технологии обучения на учебном занятии

<i>Время – 240 мин</i>		<i>Количество студентов: 8-10 чел.</i>	
<i>Форма учебного занятия</i>		Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач	
<i>Место проведения занятия и оснащение</i>		Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.	
<i>Структура учебного занятия</i>		<p>11. Введение</p> <p>12. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>13. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>	
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений анемии при беременности, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике различных видов анемии при беременности, оценивать степень тяжести анемии, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>			
<i>Задачи преподавателя:</i>		<i>Результаты учебной деятельности:</i>	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с анемией. 2. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с анемией. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации 		<p>ВОП должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Факторы приводящие к анемии. 2. Факторы риска 3. Течение беременности при анемии 4. Лабораторное и инструментальные методы обследования при анемии 5. Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ). 6. Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с анемией <p>ВОП должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническое обследование беременных с 	

<p>беременных с анемией.</p> <p>3. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм анемии. Выработать навыки по ведению и лечению беременных с анемией.</p> <p>4. Выработать навыки, по реабилитации женщин после родов, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с анемией. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>анемией с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>2. Определить комплексную тактику ведения беременных с анемией</p> <p>3. Определить критерии стационарного лечения беременных с анемией.</p> <p>4. Интерпритировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования беременных с анемией.</p> <p>1.</p>
<i>Методы и техники обучения</i>	Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.
<i>Средства обучения</i>	Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.
<i>Формы обучения</i>	Индивидуальная работа с беременными, родильницами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации
<i>Условия обучения</i>	Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность
			290 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой “Бум”	Опрос игра “Бум” Приложение № 1	30 мин

3.	Приём и курация тематических больных в поликлинике и в дневном стационаре	Ведение амбулаторного приёма беременных, интерпритация анализов.	120 мин
4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов о Rh – и АВ0 конфликтной беременности и ранних токсикозах	Доклад студента с обсуждением	40 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“Разрешение проблем”, ситуационные задачи по теме	50 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	10 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	10мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота анемии, многочисленные осложнения в течение беременности и родов, как у матери, так и плода. Высокая частота анемий у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста создает необходимость пристального внимания к этой теме, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Анемия — СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТКА ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ. ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЕГО ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ (ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ), НАРУШЕНИИ ВСАСЫВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА), АЛИМЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОВЫШЕННОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ. СЧИТАЕТСЯ, ЧТО СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ (В ДЕПО), ИЛИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ, ВСТРЕЧАЕТСЯ У 49-88% БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. Частота анемий, определенных по снижению уровня гемоглобина в крови с использованием стандартов ВОЗ, колеблется в различных регионах мира в пределах 21-80%.

ПОТРЕБНОСТЬ И РАСХОД ЖЕЛЕЗА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ. Средняя потребность в железе за период беременности достигает 1200-1500 мг. Железо используется для плаценты, роста плода, увеличения объема циркулирующих эритроцитов (оцэ) в организме беременной. затем оно теряется при кровопотере в родах и послеродовом периоде (лохии). всасывание железа с пищей в виде двухвалентного соединения ограничено 1,5 мг в сутки и происходит в основном в двенадцатиперстной кишке и начальных отделах тонкого кишечника. при дефиците железа в организме всасывание его увеличивается до 2,5 мг/сут и происходит уже во всем тонком кишечнике. Перенос железа в костный мозг происходит в связанном состоянии с трансферрином, а депонирование в печени, селезенке и мышцах — с ферритином и гемосидерином. Физиологическая потеря железа с калом, мочой, желчью составляет до 1 мг/сут, а патологическая при различных кровотечениях, как правило, превышает этот уровень.

ПАТОГЕНЕЗ.

Анемия беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в желудочно-кишечном тракте элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. Для развития анемических состояний при беременности определенное значение имеют частые роды с длительными лактационным периодом, истощающие запасы железа и других антианемических веществ в организме женщин. Анемии отмечены при ревматизме, сахарном диабете, гастрите, заболеваниях почек и инфекционных заболеваниях. Ежедневная потребность в железе – 800 мг (300 мг – плоду). При недостаточном поступлении железа в организм или недостаточном его усвоении из-за дефицита белка у беременной развивается железодефицитная анемия, Hb ниже 110 г/л.

Система крови включает в себя органы кроветворения, кроверазрушения и периферическую кровь. даже нормальная физиологическая беременность вызывает существенные изменения в системе крови. наиболее известны изменения в периферической крови во время беременности. её объем увеличивается из расчета на единицу поверхности тела или на 1 кг массы тела на 35-50% по отношению к исходному до беременности. увеличение происходит как за счет жидкой части крови (плазмы), так и за счет форменных элементов. однако функция гемопоэтических органов "отстает" от скорости увеличения объема крови, и поэтому, как правило, во время беременности имеет место гидремия (**аутогемодилюция**), что сопровождается снижением уровня гемоглобина и числа эритроцитов в единице объема крови. это является существенным фактором предрасположенности к анемии у беременных женщин. с ранних сроков беременности увеличивается количество плазмы, уменьшается гематокрит, повышается число лейкоцитов, соэ, снижается содержание белка преимущественно за счет альбуминов. Однако при нормальном течении беременности все перечисленные изменения носят компенсированный характер, не выходят за

ПРЕДЕЛЫ "КОРИДОРА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ". ТЕМ НЕ МЕНЕЕ ОТМЕЧЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО К РАЗВИТИЮ АНЕМИИ НЕРЕДКО ПЕРЕХОДИТ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИЗ НИХ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОЛОГИЯ "КРАСНОЙ" И "БЕЛОЙ" КРОВИ, НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ.

К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БЕРЕМЕННЫЕ:

1. МНОГОРОЖАВШИЕ
2. ДОНОРЫ
3. СТРАДАЮЩИЕ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ
4. ДМК, МЕНОРРАГИЕЙ, ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ
5. ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ
6. МНОГОПЛОДИЕМ
7. С РАННИМИ ТОКСИКОЗАМИ
8. ПЕРЕНЕСШИЕ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ.

Клиническую картину характеризует анемический синдром: слабость, быстрая утомляемость, сонливость, головокружение, шум в ушах, одышка, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сердцебиение, обмороки, гипотония, систолический шум на верхушке сердца, легочной артерии. Затем присоединяются симптомы сидеропенического синдрома: ломкость, искривление и поперечная исчерченность ногтей, выпадение и ломкость волос, ангулярный стоматит, извращение вкуса (потребность есть уголь, мел, глину) и обоняния, запоры, затруднение при глотании сухой и твердой пищи, боль и жжение во рту, блеск языка. Сидеропенические синдромы появляются при тяжелых анемиях и исчезают с началом лечения. Симптомы железодефицитной анемии у беременных развиваются обычно во II или III триместре, а хронической железодефицитной анемии могут быть выражены уже с ранних сроков гестации.

Диагностика.

Оценка тяжести заболевания, уровня гематокрита, концентрации железа в плазме крови, железосвязывающей способности трансферрина и показателя насыщения трансферрина железом. По мере развития заболевания концентрация железа в плазме крови снижается, а железосвязывающая способность увеличивается, в результате процент насыщения трансферрина железом снижается до 15% и меньше (в норме 35-50%). Снижается показатель гематокрита до 0,3 и меньше.

О запасах железа судят по уровню в сыворотке крови ферритина с помощью радиоиммунного метода. Кроме того, проводят другие биохимические исследования показателей крови, исследуют функцию печени, почек, желудочно-кишечного тракта. Необходимо исключить наличие специфических инфекционных заболеваний, опухолей различной локализации.

Диагноз устанавливается на основании как клинических, так и лабораторных данных: снижаются уровни гемоглобина, цветного показателя, эритроцитов, сывороточного железа, ферритина, общей железосвязывающей способности и увеличивается содержание протопорфирина и свободного трансферрина плазмы. Далее развиваются гипохромия, микро-, пойкило- и анизоцитоз. В зависимости от тяжести клинического течения выделяют ряд стадий железодефицитной анемии. При I стадии имеется лишь скрытый дефицит депо железа с повышением уровня протопорфирина, остальные показатели крови в пределах нормы.

2 стадия имеет два варианта: 1) умеренная анемия со снижением сывороточного железа, повышение протопорфирина и сохранение нормохромных и нормоцитных эритроцитов; 2) тяжелая анемия характеризуется патологией всех

ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЯВЛЕНИЕМ ГИПОХРОМИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПО УРОВНЮ ГЕМОГЛОБИНА: 110-91 г/л — ЛЕГКАЯ ФОРМА, 90-71 г/л — СРЕДНЯЯ И 70 г/л И НИЖЕ — ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА. СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ДО 110 Г/Л ПРИ НОРМАЛЬНОМ СОДЕРЖАНИИ ПРОТОПОРФИРИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ ГИПЕРВОЛЕМИЮ БЕРЕМЕННЫХ.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. **Со стороны матери:** Присоединение ранних и поздних токсикозов, невынашивание, преждевременные роды, кровотечения с высоким риском развития геморрагического шока и ДВС-синдрома, затяжное течение родов, септические осложнения, гипогалактия и др.
2. **Со стороны плода:** При анемии тяжелой степени 42% детей рождаются преждевременно, закономерно развивается гипотрофия. Анемии беременных являются фактором риска, оказывающим влияние на становление функции внешнего дыхания у новорожденных. До 29% новорожденных рождаются в состоянии асфиксии. При малокровии у матерей значительно возрастает риск рождения детей с малой массой тела, причем гипотрофия особенно выражена при тяжелой степени анемии. Все это позволяет отнести детей, родившихся от матерей с анемией, к группе высочайшего риска по развитию перинатальной и младенческой заболеваемости.

Принципы лечения ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ: РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА. Рекомендуются продукты с большим содержанием железа: телятина, говядина, рыба, печень, овощные блюда, фруктовые и ягодные соки. Усиливают всасывание железа янтарная, пиروвиноградная, аскорбиновая кислоты, фруктоза, сорбит, ослабляют — танин, фитаты, оксалаты, фосфаты. Не следует перегружать рацион беременных яблоками и гранатами, всасывание железа из которых невелико.

Всасывание двухвалентного солевого железа во много раз выше, чем железа из пищи. В связи с этим рекомендуются различные препараты двухвалентного железа (ферроплекс, конферон, тардиферон, ферамид, сульфат железа и др.). Суточная доза их (160-200 мг) делится на 3-4 приема перед едой. Используются также пролонгированные средства (ферроградумент, феоспан и др.) по 1 таблетке в сутки.

При плохой переносимости рекомендуется прием препаратов железа во время или после еды со снижением суточной дозы до 80-120 мг. После нормализации уровней гемоглобина и эритроцитов еще длительное время сохраняется дефицит депо железа. Поэтому лечение препаратами железа уже в меньших дозах (60-80 мг/сут) продолжается до 2-3 месяцев, затем оно назначается в профилактической дозе (30 мг/сут) в течение всего периода гестации и лактации.

Беременным не рекомендуется применять хлорид железа в сиропе алое, гемостимулин и препараты трехвалентного железа внутрь. Парентеральное введение показано при непереносимости препаратов железа или необходимости быстро поднять уровень его в крови, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождающихся нарушением всасывания железа. С этой целью используются феррум-лек, фербитол, феррокаль, имферон, ферковен и др. Препараты вводятся внутривенно либо внутримышечно после определения чувствительности к железу. Гемотрансфузии показаны при тяжелой форме анемии перед родами или медленном подъеме эритроцитов, гемоглобина при традиционном лечении. Всем беременным, относящим к группе риска после 16 недель назначаются с профилактической целью препараты железа из расчета до 30 мг/сут.

БЕРЕМЕННЫЕ С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ ЛЕЧИТЬСЯ АМБУЛАТОРНО, СО СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ — ТОЛЬКО В СТАЦИОНАРЕ. При v_{12} и *фолий-дефицитной анемии* НАЗНАЧАЕТСЯ ОСНОВНОЙ ИСТОЧНИК ВИТАМИНА B_{12} -МЯСО, ПОЧКИ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, СЫР, МОЛОКО.

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ При v_{12} -*дефицитной анемии* ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА B_{12} ПОДКОЖНО В ДОЗЕ 200-400 МКГ/СУТ В ТЕЧЕНИЕ 4-6 НЕДЕЛЬ, ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ ГЕМОГРАММЫ — 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ 2-3 МЕСЯЦА, ЗАТЕМ 1 РАЗ В 2 НЕДЕЛИ 6 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАЗНАЧАЮТ ФОЛИЕВУЮ КИСЛОТУ ПО 5-15 МГ/СУТ ВНУТРЬ, ЛУЧШЕ С ВИТАМИНОМ B_{12} И ВИТАМИНОМ С — 100 МГ/СУТ ДО НОРМАЛИЗАЦИИ ЭРИТРОПОЭЗА, ЗАТЕМ 1 МГ/СУТ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНЫ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ПО 250-300 МГ ДО 5-6 ТРАНСФУЗИЙ НА КУРС.

ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПОЛНОЦЕННОМ ПИТАНИИ (СВЕЖИЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, ОРЕХИ, СЫР, МОЛОКО) И НАЗНАЧЕНИИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЕЕ ДЕФИЦИТА (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, МНОГОПЛОДИЕ, МНОГОРОЖАВШИЕ, ИМЕЮЩИЕ В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ АБОРТЫ, ВЫКИДЫШИ, РЕЗЕКЦИЮ ТОНКОЙ КИШКИ, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ФЕНОБАРБИТАЛА, ДИФЕНИНА, ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ).

ПИЕЛОНЕФРИТ — САМОЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК И ВТОРОЕ ПО ЧАСТОТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЧЕЛОВЕКА (ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ). У ДЕВОЧЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ У МАЛЬЧИКОВ, А У ЖЕНЩИН, ТЕМ БОЛЕЕ С ВОЗРАСТОМ, ЭТО РАЗЛИЧИЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЭТО ВЗАИМОСВЯЗЬЮ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ У ЖЕНЩИН, ОСОБЕННОСТЯМИ УРОДИНАМИКИ И ЦИКЛИЧЕСКИМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У 5-12 % БЕРЕМЕННЫХ, У КОТОРЫХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К БОЛЕЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА МНОГОЧИСЛЕННЫМИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ.

Пиелонефрит — ЭТО ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВОМ АППАРАТЕ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ ПОЧЕК. ВЫЗЫВАЕТСЯ РАЗНООБРАЗНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ (БАКТЕРИИ, ВИРУСЫ, ГРИБЫ, ПРОСТЕЙШИЕ), НО ЧАЩЕ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ЭНТЕРОКОККАМИ, ПРОТЕЕМ, СТАФИЛОКОККАМИ, СТРЕПТОКОККАМИ. ОСНОВНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ — ГЕМАТОГЕННЫЙ И ВОСХОДЯЩИЙ ИЗ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ МОЧЕТОЧНИК В ЛОХАНКУ, ЧЕМУ СПОСОБСТВУЮТ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И ЛОХАНОЧНО-РЕНАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ. У ЖЕНЩИН БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ ФЛОРА. В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВАЖНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ НАРУШЕНИЮ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В ПОЧКАХ В СВЯЗИ С ЗАМЕДЛЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ДИНАМИЧЕСКОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА. НЕДЕРЖАНИЕ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ С БАКТЕРИУРИЕЙ, А ТАКЖЕ ПУЗЫРНОМОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНЫЕ РЕФЛЮКСЫ ПРИ РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ ПЕРВИЧНЫМ (ПРИЧИНОЙ) ИЛИ ВТОРИЧНЫМ (СЛЕДСТВИЕМ) ЯВЛЕНИЕМ. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗВИТИЮ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА, КОТОРЫЙ РАСШИРЯЕТ МОЧЕВЫЕ ПУТИ И СНИЖАЕТ УРОДИНАМИКУ. факторами риска пиелонефрита беременных являются бактериурия и перенесенный ранее пиелонефрит. по клинике различают острый и хронический пиелонефрит.

Острый пиелонефрит встречается у 2-10% беременных женщин, чаще у первобеременных (80%), чем у повторнобеременных (20%). поражение бывает двухсторонним, но чаще правосторонним, что связывается с частой ротацией матки вправо. развитию острого пиелонефрита у беременных способствуют: нарушения уродинамики и лоханочно-почечные рефлюксы, переутомления, охлаждения и нарушения почечного кровотока, различные заболевания и гиповитаминозы, изменения гормонального гомеостаза. у первобеременных женщин чаще проявляется на 4-5-м

месяцах беременности, у повторнобеременных — на 7-8-м месяцах. заболевание может проявиться также у рожениц (до 15%) и у родильниц (более 20-30%).

у первобеременных женщин преобладает мономикробная флора, у повторнобеременных — смешанная бактериальная флора. риск развития острого пиелонефрита возрастает с увеличением бактериурии.

различают несколько форм острого пиелонефрита: *серозную, острогнойную и некротический папиллит*. жалобы больных при серозном пиелонефрите — на повышение температуры (до 38° с), боли в пояснице с одной или обеих сторон, общую слабость, снижение аппетита. острогнойный пиелонефрит имеет следующие разновидности: апостематозный (гнойничковый), карбункул или абсцесс почки. он протекает в виде инфекционного процесса с резкими болями в поясничной области (чаще справа), головной болью и напряжением мышц передней брюшной стенки (по типу "острого живота"). для него характерна высокая температура с ознобами и проливающим потом. могут иметь место уремические симптомы (гиперазотемия), рвота. отмечаются высокая соэ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. из-за воздействия микробных эндотоксинов может развиваться бактериальный шок. в связи с изложенными особенностями клиники острогнойный пиелонефрит следует дифференцировать с пневмонией, хирургическими заболеваниями типа "острого живота", септическим абортom, ранними токсикозами беременных, преждевременными родами. некротический папиллит характеризуется почечной коликой, гематурией, отхождением некротических масс с мочой.

диагностика острого пиелонефрита основывается на общеклинических, лабораторных и данных других методов исследований. для него характерны лейкоцитурия и бактериурия. нередко имеет место повышенное содержание в крови мочевины и остаточного азота. при проходимости верхних мочевых путей выделяется гнойная моча, а при хромоцистоскопии почка, вовлеченная в процесс, индигокармин не выделяет. катетеризация мочеточников, кроме диагностического, имеет и лечебное значение, так как устраняет блокаду почки. на ретроградной пиелограмме выявляется симптом "большой белой почки" — отсутствие выделения из нее контрастного вещества, может отмечаться сдавление либо ампутация одной из чашечек (при карбункуле почки).

ценным в диагностике ранних форм болезни является определение степени поражения почечной паренхимы по ренально-кортикальному индексу (рки) и симптому хадсона — неравномерность расстояния между чашечками и наружным контуром почки, что выявляется с помощью УЗИ. о клубочковой фильтрации можно судить по уровню креатинина, который повышается быстрее, чем уровень мочевины.

лечение беременных с острым пиелонефритом проводится в условиях стационара. первоначальным является восстановление оттока мочи из почки путем укладывания беременной женщины на здоровый бок, придания коленно-локтевого положения, а при отсутствии эффекта — с помощью катетеризации мочеточников. показаниями к этой манипуляции являются боли в боку, почечная колика, лихорадка, олигурия или анурия. катетеры могут оставаться на несколько дней.

сразу же при установлении диагноза болезни назначается противовоспалительное лечение, которое определяется характером патогенной флоры мочи и ее чувствительностью к антибиотикам. фармакологические средства применяются с учетом индивидуальной переносимости, функционального состояния почек, тяжести и продолжительности патологического процесса, сопутствующих заболеваний, аллергологического анамнеза и возможных негативных влияний лекарственных препаратов на плод в различные сроки беременности. при снижении функции почек дозы лекарственных средств уменьшаются в 2-3 раза. в I и III триместре беременности возможно применение природных и полусинтетических пенициллинов, во II и III триместрах и после родов допускается более широкий спектр антибактериальных средств

(ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ, АМИНОГЛИКОЗИДЫ, ЦЕФАЛОСПОРИНЫ И ДР.). НА ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.

АМПИЦИЛЛИН ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЭНТЕРОКОККАХ, ПРОТЕЕ, ЭШЕРИХИЯХ (ДО 2-3 Г В СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ 8-10 ДНЕЙ); КОРБЕНИЦИЛЛИН — ПРИ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКЕ И ПРОТЕЕ (ДО 4-6 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); ЦЕФАЛОСПОРИНЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ (ДО 2-4 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); АМИНОГЛИКОЗИДЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ (ДО 0,1-0,15 Г В СУТКИ 5-6 ДНЕЙ); ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ — 5-НОК, НИТРОКСОЛИН (ДО 0,2-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ), НЕВИГРАМОН (2-4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ); СУЛЬФАНИЛАМИДЫ (2 Г В СУТКИ 10-12 ДНЕЙ); НИТРОФУРАНЫ (0,3-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ). НЕРЕДКО АНТИБИОТИКИ СОЧЕТАЮТ С НИТРОФУРАНАМИ И ДРУГИМИ ХИМИОПРЕПАРАТАМИ, СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ. ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ КУРСАМИ КАЖДЫЕ 3 НЕДЕЛИ, НЕРЕДКО В ТЕЧЕНИЕ 2-3 МЕСЯЦЕВ.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА (ПИПОЛЬФЕН, СУПРАСТИН, ТАВЕГИЛ, ДИМЕДРОЛ), ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ (ДЕКСТРАНЫ, АЛЬБУМИН, ПЛАЗМА), КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ, СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (КАРДИОТониКИ, САЛУРЕТИКИ).

ОСТРЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ТРЕБУЮТ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ДЕКАПСУЛЯЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧКИ, НЕФРОСТОМИЯ ИЛИ НЕФРЭКТОМИЯ, ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА С ДРЕНИРОВАНИЕМ ПОЛОСТИ И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ). ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ШОК) ИЛИ РАЗВИТИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ: СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ И МЕРТВОРОЖДЕНИЯМИ, ВЫСОКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ, ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЕЙ И ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДА, ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У РОДИЛЬНИЦ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ — НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЕЮТ 5-7% БЕРЕМЕННЫХ. ЭТО БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИНЯТАЯ НА ВСЕСОЮЗНОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ПИЕЛОНЕФРИТУ В 1980 Г., НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ОБОБЩИЛА ВСЕ РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПИЕЛОНЕФРИТОВ И ОТРАЖАЕТ ФОРМУ, ТИП, АКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК.

классификация пиелонефрита

формы пиелонефрита	активность болезни	функция почек
1. первичный острый	1. активная стадия	1. сохранение функции почек
2. вторичный (при обменных и деструктивных нефропатиях), хронический:	2. частичная клинико-лабораторная ремиссия	2. нарушение функции почек
• рецидивирующий	3. полная клинико-лабораторная ремиссия	3. хроническая почечная недостаточность
• латентный		

ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ОБЫЧНО НА ФОНЕ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И РАССТРОЙСТВА УРОДИНАМИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЧКИ. ОН ЧАЩЕ БЫВАЕТ ОДНОСТОРОННИМ, В ТО ВРЕМЯ КАК ПЕРВИЧНЫЙ —

ЧАЩЕ ДВУХСТОРОННИЙ. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ГЕМАТОГЕННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ДЛЯ ВТОРИЧНОГО — УРОГЕННЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ.

КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ СТАДИИ: АКТИВНУЮ, ЛАТЕНТНУЮ И СТАДИЮ РЕМИССИИ. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ: ТУПЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЧЕК; ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, ДИЗУРИЯ; ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ЖАЖДА, СУХОСТЬ ВО РТУ, СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА. ВНАЧАЛЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПОЛИУРИЯ, КОТОРАЯ МЕНЯЕТСЯ ОЛИГУРИЕЙ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ, ОСОБЕННО ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ В РАННЕЙ СТАДИИ. БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ И БАКТЕРУРИИ, ХОТЯ ПРИ ОБЫЧНОМ ЗАБОРЕ МОЧИ ОНИ МОГУТ БЫТЬ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДЫ БЕЛКА, ЦИЛИНДРУРИЯ И ИНОГДА ГЕМАТУРИЯ. ХАРАКТЕРНЫ УСКОРЕННАЯ СОЭ, АНЕМИЯ, ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ. С ПОМОЩЬЮ УЗИ ОЦЕНИВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ, СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ. ВАЖНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ РЕНТГЕНРАДИОИЗОТОПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И БИОПСИЯ ПОЧЕК, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА, СТАДИЮ БОЛЕЗНИ. ОДНАКО ЭТИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДОПУСТИМЫ ЛИШЬ ПО СТРОГИМ ПОКАЗАНИЯМ И В БОЛЕЕ ПОЗДНИЕ СРОКИ.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИНАМИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ФОРМУ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА, ОЦЕНИТЬ ПРОГНОЗ И ВЫРАБОТКА ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ЕСЛИ СИМПТОМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ, ТО ЭТО ДОЛЖНО РАССИДНИВАТЬСЯ КАК ПЕРЕХОД ЕГО В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ. КРИТЕРИЯМИ ЖЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЯД АВТОРОВ СЧИТАЮТ СОХРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ИЛИ НАЛИЧИЕ 2-3 ОБОСТРЕНИЙ ЗА ЭТОТ ПЕРИОД.

ПОСКОЛЬКУ БЕРЕМЕННОСТЬ БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ВОСПАЛЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ЗА СЧЕТ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ), ТО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ МЕСТО У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОТЕКАЕТ КЛИНИЧЕСКИ ПО ТИПУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭТИХ ДВУХ ПРОЦЕССОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИЗЛОЖЕННЫХ РАНЕЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ И ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ, НЕВЫНАШИВАНИЕ, ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА). ПРИ ЭТОМ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ. ОСОБЕННО СЕРЬЕЗНУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЛИ АЗОТЕМИИ, А ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ. ПОЭТОМУ ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА. ИЗ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА М.М. ШЕХТМАН (1987) ВЫДЕЛЯЕТ ТРИ СТЕПЕНИ РИСКА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: I СТЕПЕНЬ — НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОБНАРУЖЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ; II СТЕПЕНЬ — ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, СУЩЕСТВОВАВШИЙ ДО БЕРЕМЕННОСТИ; III СТЕПЕНЬ — ПИЕЛОНЕФРИТ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИЛИ АЗОТЕМИЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. ЖЕНЩИНАМ С I И II СТЕПЕНЯМИ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ И СОХРАНИТЬ ПРИ ОСОБОЙ ТАКТИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ СОВМЕСТНО С ТЕРАПЕВТОМ, РЕГУЛЯРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ, ЗАБЛАГОВРЕМЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ), А БОЛЬНЫМ С III СТЕПЕНЬЮ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ПРИ ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО БЕРЕМЕННЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ, ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗОВ И ДР.).

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НОРМАЛИЗАЦИЮ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧЕК, ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ (АНТИБИОТИКОВ, ХИМИОУРОАНТИСЕПТИКОВ) ЦИКЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ. ПОКАЗАНО ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИУРЕТИКОВ, ВИТАМИНОВ. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИМ СПЕКТРОМ СРЕДСТВ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИСЕПТОЛА, КОТОРЫЙ БЕРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАН. ПОКАЗАНО ТАКЖЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ, ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ И ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ.

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ, А ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ МЕТОД ВРЕМЕННОГО ОГРАНИЧЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ.

ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОСТУПАЮТ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И УРОЛОГА.

Гломерулонефрит и беременность

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ — РЕДКОЕ (0,1-0,15%), НО ВЕСЬМА ОПАСНОЕ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВЫЗЫВАЕТСЯ СТРАГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, А ТАКЖЕ ДРУГИМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ (БАКТЕРИИ, ВИРУСЫ). ОБЫЧНО ЕМУ ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ В ВИДЕ АНГИНЫ, ПИОДЕРМИИ И ДР. ПОСЛЕ НЕЕ (ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ) РАЗВИВАЕТСЯ ПО ТИПУ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ, СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ, ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.

ОСТРЫЙ ДИФфуЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ КРАЙНЕ РЕДКО И МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ВНЕЗАПНО ИЛИ ПОСТЕПЕННО, НЕЗАМЕТНО. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ: ПРОТЕИНУРИЯ, ГЕМАТУРИЯ, ЦИЛИНДРУРИЯ, АЗОТЕМИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ТИТРА АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА, АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ И КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ КРОВИ. ЗАТЕМ В СВЯЗИ С ЗАДЕРЖКОЙ ЖИДКОСТИ И ГИПЕРВОЛЕМИЕЙ ПОВЫШАЕТСЯ АД. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ С ТОКСИКОЗОМ БЕРЕМЕННЫХ, ОСОБЕННО ЕСЛИ ОН РАНО РАЗВИВАЕТСЯ. ОБЫЧНО ОСТРЫЙ ДИФфуЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПОЧЕК. ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ, ЗАТЕМ ПОСТЕПЕННО УЛУЧШАЕТСЯ: ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ДИУРЕЗ, СНИЖАЕТСЯ АД И БОЛЕЕ МЕДЛЕННО ИСЧЕЗАЕТ АЗОТЕМИЯ. ЕСЛИ СИМПТОМЫ НЕ ПРОХОДЯТ, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ.

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, ТО ТРЕБУЕТСЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ: ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА, ПРИ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ — ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ, СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА БОЛЬШИМИ ДОЗАМИ ФУРОСЕМИДА (100-400 МГ/СУТ), ДИЕТА С ОГРАНИЧЕНИЕМ БЕЛКА И ДОСТАТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ УГЛЕВОДОВ, ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ, ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ (ДИГИДРОЛАЗИН, ПРЕПАРАТЫ РАУВОЛЬФИИ И ДР.). ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА. ПАРАЛЛЕЛЬНО НАЗНАЧАЕТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТЕКАЕТ В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ: НЕФРОТИЧЕСКОЙ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ, СМЕШАННОЙ И ЛАТЕНТНОЙ. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПРЕВАЛИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: ОТЕКИ, ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ, ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ МНОГООБРАЗНАЯ ЦИЛИНДРУРИЯ. АД МОЖЕТ ОСТАВАТЬСЯ В НОРМАЛЬНЫХ ПРЕДЕЛАХ.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ АД, ВЫРАЖЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЛАЗНОГО ДНА (РЕЗКОЕ СУЖЕНИЕ АРТЕРИЙ) И УМЕРЕННЫМ МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ (ГЕМАТУРИЯ, ПРОТЕИНУРИЯ, ЦИЛИНДРУРИЯ). МОГУТ БЫТЬ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ОТЕКИ И ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА (УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, АКЦЕНТ ИИ ТОНА НА АОРТЕ).

ЧАЩЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВСТРЕЧАЕТСЯ СМЕШАННАЯ ФОРМА, КОТОРАЯ ПРОТЕКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ СИМПТОМОВ ОБЕИХ ПРЕДЫДУЩИХ ФОРМ, МЕНЕЕ ВЫРАЖЕННЫХ.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НАБЛЮДАЕТСЯ ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ПРИ ЭТОМ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ (ВЫСОКОЕ АД, ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ, ОТЕКИ) МОГУТ ОТСУТСТВОВАТЬ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПРОЯВЛЯТЬСЯ СИМПТОМЫ МОЧЕВОГО СИНДРОМА: МИКРОГЕМАТУРИЯ, МИКРОПРОТЕИНЕМИЯ, ЕДИНИЧНЫЕ ЦИЛИНДРЫ.

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ БЫСТРО СНИЖАЕТСЯ ФУНКЦИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ЧТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДОМ КЛИРЕНСА ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА. СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В I И ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ДО 130-140 МЛ/МИН) И СНИЖАЕТСЯ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ, А ОСОБЕННО В ПОСЛЕДНИЕ НЕДЕЛИ ПЕРЕД РОДАМИ (80-90 МЛ/МИН). КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАРУШАЕТСЯ ПОЗЖЕ (ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ ЗИМНИЦКОГО).

БЕРЕМЕННОСТЬ СУЩЕСТВЕННО УСУГУБЛЯЕТ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНЫ СЕРЬЕЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА (ТЯЖЕЛЫЕ ГЕСТОЗЫ, ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ, ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ВЫСОКАЯ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ). ОСОБЕННО ВЫСОКИЙ РИСК ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ И СМЕШАННЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И НАИМЕНЬШИЙ — ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ.

ВСЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПЕРЕХОДЯТ В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АЗОТЕМИИ, ЛИШЬ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ. ПОЭТОМУ ПОЛНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, УТОЧНЕНИЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ В РАННИЕ СРОКИ ЕЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ЛИШЬ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ С УЧЕТОМ ВСЕХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗМОЖНО СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЛАТЕНТНОЙ И НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ПОВТОРНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ДРУГИХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ГЕСТОЗЫ, НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПЛОДА И ДР.). БЕРЕМЕННЫЕ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ДОЛЖНЫ НАБЛЮДАТЬСЯ И ОБСЛЕДОВАТЬСЯ СОВМЕСТНО АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ И НЕФРОЛОГОМ (ТЕРАПЕВТОМ). ВЕСЬМА ВАЖНА ПРОФИЛАКТИКА ВСЕХ ВИДОВ ИНФЕКЦИИ, ОХЛАЖДЕНИЯ.

В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЕТСЯ ДИЕТОТЕРАПИИ: ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКОВ (ДО 2 Г/КГ В СУТКИ), ОГРАНИЧЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ (ДО 5 Г/СУТ) И ЖИДКОСТИ (ДО 1 Л/СУТ); ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ — ТОЛЬКО ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ; ПРИ СМЕШАННОЙ — ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ И ЖИДКОСТИ; ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В ДИЕТЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПОКАЗАНО ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ ИНФЕКЦИИ. ТЕРАПИЯ ИММУНОДЕПРЕССАНТАМИ И БОЛЬШИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНА. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ НАЗНАЧАЮТСЯ СУХАЯ ПЛАЗМА, РАСТВОРЫ АЛЬБУМИНА, ПРОТЕИНА. ПРОВОДИТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ГЛИКОЗИДЫ, ДИУРЕТИКИ, ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА).

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ИЛИ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ АКУШЕРСКИХ ПОКАЗАНИЙ. НЕРЕДКО ЦЕЛЕСООБРАЗНО

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ КАК В ИНТЕРЕСАХ МАТЕРИ, ТАК И ПЛОДА, ОСОБЕННО ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ЕГО РАЗВИТИЯ ВО ИЗБЕЖАНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ.

ПОСЛЕ РОДРАЗРЕШЕНИЯ БОЛЬНЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НЕФРОЛОГОМ (АМБУЛАТОРНО ИЛИ СТАЦИОНАРНО).

Беременность у женщин с одной почкой.

Отсутствие почки может быть следствием врожденной аномалии развития, но чаще почка бывает удалена по поводу какого-либо патологического процесса. причинами нефрэктомии являются туберкулез почки, гидро- или пионефроз, реже — пиелонефрит, мочекаменная болезнь, опухоль почки и реноваскулярная гипертония, вызванная эндартериитом почечной артерии.

у большинства женщин через 1 —1,5 года после нефрэктомии оставшаяся здоровая почка полностью компенсирует функцию утраченного парного органа.

большинство женщин с одной почкой, врожденной или сохранившейся после нефрэктомии вследствие различных заболеваний, могут иметь беременность и рожать без ущерба для своего здоровья. однако такие женщины нуждаются в тщательном урологическом и акушерском наблюдении, начиная с ранних сроков беременности, с периодическим обследованием в условиях стационара. возможность сохранения беременности зависит прежде всего от состояния оставшейся почки. поэтому необходимо тщательно исследовать функцию (водовыделительную, концентрационную, азот выделительную, клубочковую фильтрацию).

беременность при одной здоровой почке обычно протекает без осложнений; поздний токсикоз развивается редко.

беременность противопоказана при наличии аномалии развития, пиелонефрите, гидронефроза, туберкулеза, мочекаменной болезни единственной почки, при гипертонии, хронической почечной недостаточности.

роды у пациенток с единственной почкой не представляют особенностей; кесарево сечение, в основном, производится по акушерским показаниям. исключение составляет эктопическое расположение почки в малом тазу, что часто приводит к неправильному положению плода и может создавать препятствия родам через естественные родовые пути.

Интерактивный метод:

Приложение № 1 органайзер «Рыбий скелет»

Группа делится на 2 подгруппы и им дается задание:

1. Этиопатогенез анемии при беременности

2. Клиническая и лабораторная диагностика анемии при беременности и их интерпритация.

Распределение группы и объяснение задания – 5 мин, работа над заданием – 10 мин, презентации по 5 мин. обсуждение – 10 мин.

Вопросы по тематике:

3. Расскажите механизм развития физиологической анемии?
4. Каких клинических симптомов анемии Вы знаете?
5. Какие лабораторные исследования считаются основными в диагностике анемии?

6. Какие акушерские и перинатальные осложнения чаще наблюдаются при анемии?
7. Расскажите о лечебных и профилактических мероприятиях при анемии?

Приложение № 2 Ситуационная задача

Поступило женщина жен.консультацию жалобами на тошноту, рвоту, головокружение, общую слабость, утомляемость. Месячные задержались на 3 недели. Имеет 3 детей, страдает анемией тяжёлой степени. При осмотре: шейки матки цианотичная, матка увеличена, мягкой консистенции. Гемоглабин в крови 65 г/л. . Вам поручено собрать анамнез и определить акушерскую тактику основываясь на объективные данные.

I. Предварительный диагноз: Беременность 4, 5 недель, роды - 4. Анемия тяжелой степени.

II. Основные методы обследования.

1. Определить предположительные признаки беременности (тошнота, увеличение матки, задержка менструаций, пигментации кожи)
2. Осмотр в зеркалах
3. Бимануальное исследование
4. Ультразвуковое исследование.

III. Дополнительные методы обследования

1. Экспресс тест.
2. Ацетон в моче.
3. Ферменты.
4. Биохимические анализы крови.
5. Определение сахара в крови
6. Пальпация органов брюшной полости.
7. Определение симптома Пастернацкого.

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (болезни крови).

VI. Лечение. Тактика:Прерывание беременности.

VII.Диспансеризация. (Лечение всех ЭГЗ и генитальных заболеваний. Оздоровление девочек, занятие физической культурой, правильное питание и отдыха, рациональное ведение родов и послеродового периода, профилактика аномалий развития матки, многоводие и деформация таза).

VIII. Тактика ВОП:

- 1.Обратить внимание на жалобы больного
- 2.Собрать анамнез
- 3.Дифференциальная диагностика
- 4.Консультация необходимых специалистов
- 5.Обоснование диагноза

6. Госпитализация

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. В норме гемоглобин у беременных:

- A) 110-120 г/л
- B) 120-140 г/л
- C) 115-180 г/л
- D) 150-160г/л
- E) 145-175 г/л

2. Наиболее встречается у беременных какая вид анемии

- A) железодефицитная анемия
- B) гемолитическая анемия
- C) талассемия
- D) мегалобластическая анемия

3. В норме цветной показатель:

- A) 0,85-1,05
- B) 0,7- 0,9
- C) 0,65-1,5
- D) 0,5-0,9

4. Продолжительность жизни эритроцитов в норме составляет:

- A) 120 дней
- B) 100 дней
- C) 150 дней
- D) 180 дней

5. Тяжелая степени анемии беременных уровне гемоглобина в крови.

- A) 69-50 г\л
- B) 70-40 г\л
- C) 110-120 г\л
- D) менее 40 г\л

6. Какие осложнения со стороны матери наблюдаются у беременных с анемией

- A) угроза прерывания беременности, преждевременная отслойка плаценты
- B) анемия в первый год жизни ребенка.
- C) задержка развитию плода
- D) правильна ответь B и C

7. Анемии беременных осложнения со сторонним плодом

- А) задержка развития плода
- В) Преждевременные роды
- С) Преэклампсия
- Д) Правильна ответь В

8. При недостатке какого витамина может развиваться мегалобластная анемия?

- А) витамина В12
- В) витамина РР
- С) витамина В1
- Д) витамина В6

9. Анемия это:

- А) патологическое состояние, характеризующееся уменьшением концентрации гемоглобина и в подавляющем большинстве случаев – числа эритроцитов в единице объема крови.
- В) Гемолизы эритроцитов
- С) в сыворотке крови уменьшение концентрация железа
- Д) Дефицит витамин В12

10. Железосодержащие препараты:

- А) мальтофер, ферлатум, тордиферон
- В) фолевая кислота, гинотордиферон
- С) ферсинол, диафлан
- Д) правильна ответь В

1. Когда женщина считается многорожавшей:

- *3 и более родов
- 5 и более родов
- 2 и более родов

2. Абсолютное противопоказание к беременности

- *Лейкоз, острое течение
- Эклампсия в анамнезе
- Врожденный вывих бедренного сустава
- Единственная почка

3. Когда женщина считается часторожавшей:

- Интервал между родами 3 года и меньше
- Интервал между родами 1 год и меньше
- Интервал между родами 2 года и меньше
- Интервал между родами 4 года и меньше

Тема №11:Сахарный диабет и беременность. Заболевание печени и беременность(ВГВ во время беременности, родов и в послеродовом периоде) Тактика ВОП.

1.Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 290 мин	Количество обучающихся: 10-15 человек
Место проведения	Отделение патологии беременных, приемный покой, операционная, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1.Введение 2.Теоретическая часть 3.Практическая часть <ul style="list-style-type: none"> - курация больных - алгоритм практических навыков на муляжах - разбор истории болезни 4. Аналитическая часть <ul style="list-style-type: none"> - ситуационная задача - тестовый контроль - обучающая игра
<p>Цель учебного занятия: Углубление и расширение знаний по тактике ведения, диагностике, дифференциальной диагностики, выявлению факторов риска и принципам лечения осложнений беременности при сахарном диабете и заболевании печени, определение принципов амбулаторного лечения, показаний к госпитализации и постстационарной реабилитации.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Раскрыть особенности клинического течения беременности у женщин с сахарным диабетом и с вирусным гепатитом • Объяснить осложнения у беременных с сахарным диабетом и заболеваний печени. • Обучить принципам диспансерного наблюдения • Углубление знаний по методам контрацепции при этих заболеваниях 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>ВОП должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объяснить особенности клинического течения беременности у женщин с сахарным диабетом и с вирусным гепатитом • Перечислить и обосновать возникшие осложнения у беременных с сахарным диабетом и заболеваний печени. • Раскрыть принципы диспансерного наблюдения • Методы контрацепции при этих заболеваниях <p>ВОП должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выявить группу риска при сахарном диабетом • Выявить группу риска при заболеваниях печени • Проводить клиническое обследование с использованием лабораторных и инструментальных методов. • Сформировать и обосновать клинический и диагноз • Определить критерии госпитализации при этих заболеваниях.
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая

	игра – «вопросительный» мяч, дерево знаний
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи, оценка	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

6. Хронологическая карта занятия

Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в минутах
		290
Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		10
Обсуждение темы практического занятия, использование новых педагогических технологий (малые группы, дискуссии, ситуационные задачи, «метод снежков», круглый стол и др.), а также проверка исходных знаний студентов, использование наглядных пособий (слайды, аудио, видео кассеты, муляжи, фантомы, ЭКГ, рентгенограмма и др.)	Опрос, объяснение Приложение 1	50
Подведение итогов обсуждения		20
Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия. Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация.	Курация тематических больных	50
Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи. Приложение 2	60
Перерыв		30
Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д.	Работа с клиническими лабораторными инструментами Приложение 3,	50
Обсуждение степени достижения цели занятия на основании освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учетом этого оценка деятельности группы.	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы. Приложение 4	30

	<p>Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и ее оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов).</p>	<p>Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.</p>	<p>20</p>
--	--	--	-----------

2. Мотивация

Проблема ведения беременности у женщин страдающих сахарным диабетом актуальна во всем мире. Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность. С целью снижения материнской и перинатальной смертности, необходимо выявлять женщин входящих в группу риска на развитие различных осложнений, знать тактику ведения беременных с ЭГЗ. Врач общей практики должен уметь своевременно диагностировать, направлять для исследования и решения вопроса о пролонгировании беременности, определять сроки плановой и экстренной госпитализации беременных с ЭГЗ.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи.

Многочисленные заболевания (сердечно – сосудистой, эндокринной системы, почечные, печеночные заболевания, обменные нарушения и т.д.) составляют риск для развития гипертензивных нарушений, что предопределяет тесную связь темы с многими медицинскими дисциплинами (терапия, анестезиология и реаниматология, клиническая фармакология, биохимия, патанатомия, патфизиология) и значение её в выполнении научных работ. С другой стороны ЭГЗ приводят к многочисленным акушерским осложнениям (гипертензивные нарушения, ФПН, ХВГП, невынашивание беременности). Глубокое знание этих связей способствуют расширению клинического и логического мышления студентов.

4. Содержание занятия.

4.1. Теоретическая часть

Проблема ведения беременности у женщин страдающих сахарным диабетом актуальна во всем мире. Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

- сахарный диабет I типа – *инсулинозависимый* (ИЗСД);
- сахарный диабет II типа – *инсулинонезависимый* (ИНСД);
- сахарный диабет III типа – *гестационный диабет* (ГД), который развивается

после 28 нед. беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

Чаще всего встречается ИЗСД. Заболевание, как правило, обнаруживают у девочек еще в детстве, в период полового созревания. ИНСД встречаются у женщин старшего возраста (после 30 лет), и он протекает менее тяжело. ГД диагностируют крайне редко.

ИЗСД у беременных отличается значительной лабильностью и волнообразным течением заболевания.

Особенности течения ИЗСД у беременных:

- лабильность течения заболевания
- нарастание симптомов сахарного диабета
- раннее развитие ангиопатий
- склонность к кетоацидозу.

Первые недели беременности. Течение сахарного диабета у большинства беременных остается без изменений, или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. В

свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует снижения дозы инсулина.

Вторая половина беременности. Благодаря повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лактоген, пролактин) ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, повышается глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение инсулина.

К концу беременности, из-за снижения уровня контринсулярных гормонов и выработки фетального инсулина вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и дозы вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна, как высокая гипергликемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем к 4-5 дню нарастает.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как преэклампсия, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Течение родов осложняет наличие крупного плода, что является причиной целого ряда дальнейших осложнений в родах: слабость родовых сил, несвоевременное излитие околоплодных вод, дистресс плода, развитие обструктивных родов, ущемление плечиков, родовой травматизм матери и плода и повышение риска послеродовых септических состояний.

Сахарный диабет матери оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианоз, крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем. Наиболее тяжелым проявлением диабетической фетопатии является высокая перинатальная смертность детей. У не леченных во время беременности женщин она достигает 70-80%. При условии специализированного наблюдения за страдающими сахарным диабетом беременных перинатальная смертность детей резко снижается и достигает 15%. Сегодня во многих клиниках эта цифра не превышает 7-8%.

Период новорожденности у потомства больных сахарным диабетом отличает замедление и неполноценность процессов адаптации к условиям внеутробного существования, что проявляется вялостью, гипотонией и гипорефлексией ребенка, неустойчивостью показателей его гемодинамики, замедленным восстановлением веса, повышенной склонностью к тяжелым респираторным расстройствам. Одним из главных условий ведения беременных, страдающих сахарным диабетом, является компенсация сахарного диабета. Инсулинотерапия при беременности обязательна даже при самых легких формах сахарного диабета выбор дозировки решается по рекомендации эндокринолога.

Основные рекомендации по ведению беременных с сахарным диабетом.

1. Раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета.
2. Планирование семьи у больных сахарным диабетом:

- своевременное определение типа сахарного диабета, ее осложнений и определение степени риска для решения вопроса акушерской позиции;
- предгестационная подготовка для планирование беременности;
- строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовом периоде;
- профилактика и лечение осложнений беременности;
- выбор срока и метода родоразрешения;
- проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;
- дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

I-ая госпитализация - в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете

- Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.
- Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.
- Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.
- Сочетание сахарного диабета и реус-сенсibilизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода
- Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранение или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель.

II-ая госпитализация в стационар при сроке 21-25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина.

III-ая госпитализация при сроке 35-36 недель для тщательного контрольного осмотра, предродовой подготовки направленной на профилактику диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Основные принципы ведения беременности при сахарном диабете:

- строгая, стабильная компенсация сахарного диабета, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена (у беременных с сахарным диабетом уровень гликемии натощак должен быть в пределах 3,3-4,4 ммоль/л, а через 2 часа после еды - не более 6,7 ммоль/л);
- тщательный метаболический контроль;
- соблюдение диеты - в среднем суточная калорийность пищи составляет 1600-2000 ккал, причем, 55% об общей калорийности пищи покрывают за счет углеводов, 30% - жиров, 15% - белков, достаточное количество витаминов и минеральных веществ;
- тщательная профилактика и своевременная терапия акушерских осложнений.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с сахарным диабетом к развитию тяжелой преэклампсии и других осложнений беременности, диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой веса, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Срок родоразрешения у беременных с сахарным диабетом определяют индивидуально, с учетом тяжести течения сахарного диабета, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

При сахарном диабете возможно запоздалое созревание функциональной системы плода, поэтому оптимальным являются своевременные роды. Однако, нарастание различных осложнений к концу беременности (фето-плацентарная недостаточность, преэклампсия и др.) диктует необходимость родоразрешения больных в 37-38 недель.

При планировании родоразрешения у плодов от больных сахарным диабетом матерей должны проводить оценку степени зрелости их. Оптимальным методом родоразрешения для матерей, больных сахарным диабетом, и их плодов, считают роды через естественные родовые пути. Родоразрешение через естественные родовые пути проводят под постоянным контролем уровня гликемии (каждые 2 часа), тщательным обезболиванием, терапией фето-плацентарной недостаточности, адекватной инсулинотерапией.

Учитывая характерные для сахарного диабета особенности родового акта, необходимы:

- Тщательная подготовка родовых путей.
- При подготовленных родовых путях родовозбуждение целесообразно начинать с амниотомии. При эффективной родовой деятельности роды продолжать через естественные родовые пути с широким применением спазмолитических средств.
- Для предупреждения вторичной слабости родовых сил и профилактики ранних послеродовых кровотечений приступить к в/в введению окситоцина.
- Проводить профилактику дистресса плода и четкий контроль гемодинамических показателей матери.
- Проводить профилактику декомпенсации сахарного диабета в родах. Для этого через 1-2 часа определять у роженицы уровень гликемии.
- В случае выявления дистресса плода и слабости потуг - оперативное родоразрешение - акушерские щипцы с предварительной эпизиотомией.

При отсутствии эффекта от родовозбуждения или появлении симптомов дистресса и обструктивных родов – роды необходимо закончить операцией кесарево сечение.

До настоящего времени абсолютных показаний к плановому кесареву сечению при сахарном диабете не существует. Тем не менее, можно выделить следующие (кроме общепринятых в акушерстве):

- Выраженные или прогрессирующие осложнения диабета и беременности.
- Тазовое предлежание плода.
- Наличие крупного плода.
- Поперечное и косое расположение плода
- Прогрессирующая гипоксия плода.

Основным принципом реанимации новорожденных от матерей с сахарным диабетом является выбор реанимационных мероприятий в зависимости от состояния новорожденного, степени его зрелости и метода родоразрешения. Особенность ведения новорожденных от больных сахарным диабетом матерей - введение 10% глюкозы в вену пуповины сразу после рождения. Дальнейшее введение глюкозы у этих новорожденных проводят из расчета суточной потребности в жидкости в зависимости от уровня гликемии, который проверяют через 2, 3, 6 часов после родов, затем по показаниям.

Во время родового стресса гликемия может снова возрасти, при недостаточной дозе инсулина иногда появляется кетоз. Однако сразу же после родов выпадение контринсулярного влияния плацентарных гормонов приводит к снижению уровня сахара в крови. При этом потребность в инсулине на короткое время уменьшается по сравнению с таковой до беременности. Затем течение диабета становится прежним, с тем же уровнем нарушений углеводного обмена и приблизительно такой же потребностью в инсулине, что

и до беременности. Из методов контрацепции наиболее удобны ВМС. В последующем рекомендуется дальнейшее наблюдение у эндокринолога.

Заболевания печени и беременность

В настоящее время увеличивается число вирусных инфекций, в том числе и заболеваний передающихся половым путем. Хотя вирусный гепатит встречается сравнительно редко, но беременные женщины заболевают им в 5 раз чаще, чем небеременные, что можно объяснить высокой восприимчивостью организма беременных к вирусу инфекционного гепатита вследствие изменения функции печени, ослабления иммунных сил организма. У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у не беременных и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска. В настоящее время выделено несколько форм вирусных гепатитов (А, В, С, Д, ни А, ни В, Е).

Вирусный гепатит А (ВГА). Источник инфекции - больной человек. Механизм передачи - фекально-оральный. Основные факторы передачи - вода, пища, "грязные руки", предметы обихода и др. Особенно опасен с эпидемиологической точки зрения персонал пищеблока. Инкубационный период от 9 до 40 дней. Наиболее массивное выделение вируса происходит в последние 7-10 дней инкубационного периода. Заболевание имеет сезонность - июль-август, октябрь-ноябрь. Особенность течения заболевания у беременных - чаще развивается латентная продрома, генерализованный кожный зуд, более резко выражен холестатический синдром.

Клиника.

1. Преджелтушный период (продромальный) от 2 до 10 дней проявляется в нескольких формах - диспептической, гриппоподобной, астеновегетативной, смешанной.

2. Желтушный период - фаза нарастания, разгара и угасания - каждая фаза в среднем 7 дней.

3. Заключительный период (послежелтушный) или период реконвалесценции - выздоровления.

У беременных отмечают удлинение преджелтушного периода до 2-3 недель, который протекает с преобладанием диспепсических явлений: плохой аппетит, отвращение к пище, тяжесть в подложечной области, тошнота, рвота, а также кожный зуд. Очень важно провести дифференциальный диагноз с поздним гестозом. В анализах крови - анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенное СОЭ. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия, диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение концентрации глобулинов), повышение активности аминотрансфераз в 10 раз и более, повышение тимоловой пробы. Окончательным методом диагностики ВГА является определение в сыворотке крови специфических антител к вирусу гепатита А из класса иммуноглобулинов М (анти-ВГА IgM) с помощью иммуноферментного или радиоиммунного анализа.

Вирусный гепатит В (ВГВ). В анамнезе у больных - переливание крови, инъекции различных препаратов при операциях, зубоврачебных вмешательствах. Возможно заражение половым путем при накоплении вируса в цервикальном канале, во влагалище. Возбудитель ВГВ - устойчив, поэтому инструментарий надо подвергать тщательной обработке (автоклавировать не менее 45 мин при $T=120^{\circ}C$). Источниками инфекции ВГВ являются больные любой формой (острой, хронической), а также "носители" HBsAg. Инкубационный период от 6 недель до 6 месяцев. Преджелтушная стадия 14 дней. В этот период отмечают диспепсические проявления, аллергию в виде кожных высыпаний, артралгии. По сравнению ВГА при ВГВ более выражена интоксикация и в том числе и в желтушном периоде. Диагноз подтверждает положительная реакция на поверхностный антиген вируса гепатита (HBsAg).

Клиника. Гепатоспленомегалия, потемнение мочи, обесцвечивание кала, очень интенсивный зуд, высокие показатели билирубина, аминотрансфераз, снижение

протромбина, снижение сулемовой пробы. Однако следует отметить, что отдифференцировать ВГА и ВГВ по клинике и биохимическим данным невозможно, но течение ВГА обычно тяжелее, возможно осложнение - острая печеночная недостаточность. Если при ВГА у беременных, ребенок не подвержен инфицированию (ВГА перинатально не передается), то при ВГВ может происходить заражение плода во время родов через кожу плода, в результате заглатывания и аспирации околоплодных вод. Риск внутриутробного заражения составляет 25-50%.

Вирусный гепатит С и Е (ВГС и ВГЕ) носит эпидемический характер. Эпидемии чаще развиваются в Средней и Юго-Восточной Азии, Ливии, Алжире, Индии. В Беларуси наблюдались спорадические случаи. В настоящее время эта форма ВГ встречается чаще в связи с развитием туризма и других контактов со странами указанных регионов.

Заражение беременных происходит орально-фекальным путем.

Инкубационный период продолжается 14-50 дней, преджелтушный — 1-9, в среднем 4 дня. Беременных беспокоит слабость, отсутствие аппетита, тошнота, боли в правом подреберье.

В желтушный период боли нарастают, появляются желтуха, диспепсические расстройства, слабость. Могут отмечаться холестааз, зуд кожных покровов, увеличение печени, реже — селезенки. Обесцвечивается кал, моча приобретает темную окраску. Симптомы нарастают в течение недели, затем постепенно в течение двух недель снижаются.

Эпидемический вирусный гепатит ни А ни В является среди вирусных гепатитов самым грозным для жизни беременных женщин. Материнская летальность, по данным различных авторов, достигает 20-25%. Клинические формы в зависимости от степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Пути передачи вируса - фекально-оральный при ведущей роли водного пути инфицирования. При обследовании больных на специфические маркеры ВГА-антитела из класса иммуноглобулинов М не обнаружены, а маркеры ВГВ найдены в небольшом % случаев. Инкубационный период 14-50 дней, в среднем 30 дней. Характерной особенностью этого гепатита у беременных является тяжелое течение во II и III триместрах беременности. В I-ом триместре беременности вирусный гепатит ни А ни В встречается редко и протекает легче. Другая характерная особенность - развитие острой печеночной энцефалопатии в короткий промежуток времени. Ухудшению состояния больной предшествуют симптомы угрозы прерывания беременности - боли внизу живота, пояснице, повышение тонуса матки. Эта симптоматика сочетается с быстро нарастающими болями в области печени. Симптомы ухудшения течения гепатита, явления острой печеночной энцефалопатии особенно быстро и грозно развиваются после прерывания беременности. Одним из ранних признаков ухудшения течения этого гепатита у беременных является гемоглобинурия. Появление гемоглобина в моче - первое проявление, характерного для этой формы гепатита у беременных, ДВС-синдрома. Развивается почечная недостаточность. Кровотечение во время родов встречается не чаще, чем при других гепатитах. Могут быть поздние послеродовые кровотечения (5-7 день после родов). Тяжелая форма вирусного гепатита ни А ни В у беременных крайне неблагоприятно влияет на плод. Дети погибают в анте- и интранатальном периодах, в течение 1-го месяца жизни. Для детей оставшихся в живых характерно отставание в физическом и психомоторном развитии и повышенная заболеваемость.

Для предупреждения заражения новорожденных все беременные должны быть обследованы на наличие HBsAg на ранних сроках и в 32 недели беременности. Роды у рожениц с острым вирусным гепатитом В проводят в специализированных инфекционных стационарах. Беременные с хроническим гепатитом В и носительницы HBsAg должны рожать в специализированных отделениях роддомов со строгим соблюдением противоэпидемиологических мероприятий.

Искусственное прерывание беременности противопоказано в острой стадии всех вирусных гепатитов.

При угрозе прерывания следует проводить терапию, направленную на сохранение беременности. В сроке до 12 недель по желанию женщины можно произвести аборт в конце желтушной стадии. Во всех других случаях прерывание беременности проводят по жизненным показателям: кровотечение при отслойке плаценты, угроза разрыва матки. Невынашивание беременности при гепатитах наблюдают до 30%. Наиболее тяжелым осложнением, по мнению многих авторов, является материнская летальность (доходящая в период эпидемий до 17%) и кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах (3-5%). Кровотечения связаны с нарушением компонентов свертывающей и противосвертывающей систем крови (гипокоагуляция, тромбопластическая активность). Установлено, что при тяжелом течении ВГ может развиваться ДВС-синдром, при котором геморрагиям предшествует гиперкоагуляция.

ВГ может оказать неблагоприятное влияние на плод и новорожденного. В результате угнетения клеточных метаболических реакций, в плаценте возникают морфологические и ультраструктурные изменения, что в свою очередь приводит к нарушению фето-плацентарного кровообращения. В результате развивается гипотрофия, гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Значительная частота рождения недоношенных детей является причиной высокой перинатальной смертности (10-15%). При заболевании беременной ВГ в ранние сроки беременности могут возникнуть повреждения плода (уродства, аномалии развития), а при заболевании во II и III триместрах - мертворождения. Беременные, больные ВГ, должны находиться под постоянным наблюдением врача акушера-гинеколога, основная задача которого предупреждать досрочное прерывание беременности.

При тяжелых формах ВГ спонтанное прерывание беременности может привести к ухудшению течения ВГ вплоть до развития комы и гибели больной.

Сроки плановой профилактической госпитализации:

-всроке 10- 12недель для проведения полного клинико – лабораторного исследования и решения вопроса пролонгирования беременности. Проводится общеукрепляющее лечение.

- всроке 17—19 недель повторное обследование, - профилактика осложнений.

-всроке 26 - 28 недель повторное обследование, лечение сопутствующих патологий и осложнений беременности,

-в сроке 37-38 недель для дородовой подготовки.

Лечение проводят в инфекционной больнице. При легкой и среднетяжелой форме болезни в I триместре можно рекомендовать продолжение беременности, так как часто к сроку родов возможно полное выздоровление беременной, но при негативном отношении женщины к беременности последнюю следует прерывать до 22 недель.

Если ВГ развивается во II триместре, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально.

Прерывание показано при наличии других заболеваний или осложнений беременности, несовместимых с ее пролонгированием.

Прерывание беременности проводится в период реконвалесценции ВГ, преимущественно через естественные родовые пути.

Абсолютными противопоказаниями к пролонгированию беременности являются: 1.Печеночная недостаточность (декомпенсация функции печени), требующая лечения дозами преднизолона выше 30 мг,

2.Выраженный холестаз,

3.выраженная портальная гипертензия,

4.Наличие у больных сывороточных маркеров активной репликации вируса

Профилактика заболевания состоит в проведении общесанитарных мероприятий, раннем выявлении и изоляции больных, дезинфекции в очагах, наблюдение за лицами

соприкасающимися с больными в течение последних 1-1,5 месяцев, в тщательном обследовании доноров, стерилизации инструментов, соблюдении личной гигиены.

При подозрении на ВГ проводят следующие эпидемиологические мероприятия:

- изоляция больной в отдельную палату;
- выделение посуды и индивидуальных инструментов;
- вызов врача инфекциониста;
- проведение следующих лабораторных анализов: клинический анализ крови, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, анализ крови на поверхностный (австралийский) антиген, на билирубин, общий белок и белковые фракции, протромбиновое время и протромбиновый индекс, активность аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, холестерин.

При подтверждении диагноза больную переводят в специализированный стационар.

Вирусный гепатит и его осложнения (печеночная кома, цирроз печени) представляют серьезную опасность для матери и плода. Поэтому важной задачей при гепатите считают осуществление профилактических мероприятий:

- Активное выявление и изоляция больных желтушными и особенно безжелтушными формами заболевания.

- За беременными и родильницами, бывшими в контакте с заболевшими ВГ должно быть установлено наблюдение - при ВГА в течение 45 дней после изоляции больного, при ВГВ - в течение 3 месяцев, каждые 15-20 дней взятие крови на HBsAg, билирубин, активность аланинаминотрансферазы.

- Контактным больным проводят введение сывороточного полиглобулина или гамма-глобулина.

- Применение в медицинских учреждениях шприцов и инструментов одноразового пользования, тщательная обработка инструментов.

- Обследование женщин на разных сроках беременности на выявление хронических вирусных заболеваний печени, а также носителей HBsAg.

- Переливание крови по строгим показаниям.
- С целью профилактики неонатального гепатита применяют гипериммунный гамма-глобулин и вакцину (вводят новорожденному в/м в течение 1-х суток, 2-я инъекция через 1 месяц).

- В процессе родового акта - меры в отношении туалета новорожденного.
- Не прерывать беременность в острой стадии гепатита.
- Не вводить беременным препаратов, оказывающих вредное влияние на функцию печени (группа антибиотиков тетрациклинового ряда).

Постстационарное наблюдение.

После выписки из родильного дома женщины, перенесший гепатит, должны находиться под диспансерным наблюдением врача СВП, до конца послеродового периода, в течении которого проводится биохимический анализ крови, клинический анализ крови, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, анализ крови на поверхностный (австралийский) антиген, на билирубин, общий белок и белковые фракции, протромбиновое время и протромбиновый индекс, активность аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, холестерин. Нужно помнить, что после родов нередко происходит обострение гепатитов у женщин. Поэтому имеет смысл не откладывать исследование крови и провести его через месяц после родов. Дальнейшее ведение пациентки полностью зависит от результатов анализов. При выявлении соответствующих показаний можно проводить противовирусную терапию. Из методов контрацепции наиболее удобны ВМС. Обязательно соблюдение интервала между беременностями 3-4 года.

Приложение №1.

Студентам раздаются карточки в виде фруктов, на которые они вписывают интересующие их вопросы по данной теме в течении 15-20 минут. Эти карточки закрепляют на ФК – дерево знаний. После прослушивания темы они сами же отвечают на свои вопросы.

Приложение №2.

Преподаватель предлагает разобрать клинические проявления сахарного диабета и заболевания печени. Преподаватель делит группу на 3 подгруппы расчетом 1,2,3, 1, 2, 3 и т. д. Все 1 номера составляют 1 подгруппу и пересаживаются в левую половину аудитории, все 2 – 2 подгруппу – в правую, все 3 номера в середине аудитории.

По жребию вытягивается задание 1.»Диспансерное наблюдение беременных с СД»,
2.» Диспансерное наблюдение беременных с ВГ»,
3.» Диспансерное наблюдение беременных с ХГ».

Затем дается время на подготовку для записи ответа в рабочие тетради. Затем один из участников каждой группы по очереди оглашает ответ. В это время конкурирующая группа вместе с преподавателем являются экспертом.

Инструктаж – 3 мин, деление группы – 2 минуты, время на подготовку – 10 минут, Выступление групп по 10 минут (30 минут). Правильно ответившая группа поощряется и объявляется победителем.

Приложение №3

Интерактивная игра «вопросительный» мяч

Напишите вопросы по теме на маленькие отрезки бумаги и приклейте на мяч лепкой ленточкой таким образом, что возможно было читать вопросы полностью и удалить после ответа.

Мяч кидается одному из студентов. Студент получивший мяч отрывает один из вопросов и отвечает на вопрос написанной на бумажке. Если ответ правильный игра продолжается и студент ответивший на вопрос кидает мяч другому студенту. Таким образом игра продолжается пока не будут ответы ко всем вопросам.

Вопросы и ответы:

1. Сроки госпитализации беременных с СД
- 1- в сроке до 12 недель, 2- в 20-24 недели и при присоединении осложнений , 3- 34 – 36 недели, для решения вопроса о сроке и метода родоразрешения
2. Какие методы исследования проводятся для профилактики внутриутробной гибели плода при СД?
- нестрессовый тест, определение биофизического профиля плода, определение признаков дистресса плода.
3. Как часто проводится нестрессовый тест во время беременности?
- несколько раз в неделю
4. Ответ нестрессового теста при наличии здорового плода?
- положительный.
5. На основании каких данных определяется биофизический профиль плода?
- нестрессовый тест; по УЗИ: дыхательные движения плода, тонус плода, спонтанные движения плода, количество амниотической жидкости
6. По каким данным определяется признаки дистресса плода?
- по отрицательному результату нестрессового, положительному результату стрессового теста, патологическому биофизического профиля и снижению потребности в инсулине.
7. Методы диагностики ВГ?
- жалобы, эпидемиологический анамнез, клиническое обследование, определение биохимических показателей.

8. Тактика ВОП при выявлении ВГ?

- срочная госпитализация в инфекционную больницу или в специализированное отделение для беременных с вирусным гепатитом

9. Сроки плановой госпитализации при ХГ?

1-раз: в сроке 10-12 недель

2-раз: в сроке 17-19 недель

3-раз: в сроке 26 - 28 недель

4-раз: в сроке 37-38 недель

4.2. Аналитическая часть

Приложение 4

Задача 1

В женскую консультацию обратилась беременная 24 недель, с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд. Последние 2 недели отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость. Последние 3 дня отмечает темную пенистую мочу и светлый кал. Из анамнеза выяснено, что последние 3 месяца лечилась у стоматолога. При осмотре - желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Матка овоидной формы, в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Выделений из половых путей нет.

Вопросы:

1. Диагноз:

2. Тактика ВОП.

Ответы:

1. Беременность 28 недель. Подозрение на вирусный гепатит "В".

2. Для диагностики проведение биохимического анализа крови, исследование крови на наличие маркеров вирусной инфекции: HBsAg, HА-Ag, анти-HAVIgM, РНК-НСV

При подтверждении диагноза экстренная госпитализация в инфекционную больницу или специализированные отделения для беременных с вирусным гепатитом.

Ситуационная задача №2

У 20 летней первородящей беременность сроком 29 недель. Женщина предъявляет жалобы на жажду, повышение аппетита, полиурию, полидипсию. Из анамнеза диабет у близких родственников.

Вопросы:

1. Диагноз:

2. Тактика ВОП.

Ответы:

1. Беременность 28 нед. Подозрение на гестационный сахарный диабет.

2. Определение содержания сахара в крови и в моче. При повышенном содержании сахара совместно с эндокринологом лечение инсулинотерапией и рациональной диетой, следить за течением гестационного периода. профилактика и лечение осложнений беременности; выбор срока и метода родоразрешения; проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных; дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Приложение 5

Тесты:

1 уровня сложности

1. Наиболее частое заболевание печени, связанное с беременностью:

А). Вирусный гепатит А

Б). Острый жировой гепатоз

В). Холецистит

Г). Вирусный гепатит В

Д). Холестатический гепатоз*

2. Клинические и лабораторные критерии диагностики вирусного гепатита при беременности:

- А). Рвота и тошнота в любое время суток
- Б). Повышение температуры тела, нередко с ознобом
- В). Появление желтухи, темной мочи
- Г). Гипербилирубинемия и увеличение показателей АЛТ и АСТ в крови
- Д). все указанные *

3. При остром вирусном гепатите у беременной вопрос о сохранении беременности должен быть решен следующим образом:

- А). Прерывание беременности независимо от ее срока;
- Б). Прерывание беременности в зависимости от степени тяжести гепатита;
- В). Прерывание беременности при отсутствии эффекта от проводимого лечения;*
- Г.) Показания к прерыванию беременности отсутствуют.

4. . При диагнозе вирусного гепатита А у беременной показано:

- А). Госпитализация в инфекционный стационар*
- Б). Плановое кесарево сечение
- В). Экстренное кесарево сечение
- Г). Роды через естественные родовые пути после проведения симптоматического лечения*

5. Осложнением беременности и родов при вирусном гепатите является:

- А). Развитие печеночной недостаточности
- Б). Внутриутробное инфицирование плода
- Г). Гибель плода
- Г). Кровотечение в третьем периоде родов и раннем послеродовом периоде с развитием ДВС-синдрома
- Д). Все перечисленное *

6. Тактика ведения беременности при вирусном гепатите В у беременной:

- А.) Симптоматическая терапия
- Б). Плановое кесарево сечение
- В). Родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
- Г). Родоразрешение после купирования острой стадии заболевания в доношенный срок беременности*
- Д). Сохраняющая терапия и симптоматическое лечение

8. При сахарном диабете показателем достаточной компенсации гликемии у беременных является:

- А). 4,4-6,6 ммоль/л. *
- Б.) 2,2-4,5; ммоль/л.
- В). 4,4-9,7 ммоль/л.
- Г.) 7,4,-10,5,6 ммоль/л.
- Д) 10,5 ммоль/л и выше

9. Наиболее тяжело вирусный гепатит протекает:

- А). В 1 триместре;
- Б.) Во II и III триместре.*
- В). В послеродовом периоде
- Д) вне беременности.

10. У женщин с сахарным диабетом какой метод контрацепции считается приемлемым:

- А.) КОК
- Б.) ВМС*
- В.) ЧПК
- Г). Барьерный метод

Д) Естественная контрацепция

4.3. Практическая часть

Перечень практических навыков

1. Определение срока беременности и родов
2. Интерпретация показателей гликемии
3. Оценка внутриутробного состояния плода
4. Определение предполагаемой массы тела плода
5. Правильная интерпретация данных УЗИ
6. Определение видов вирусного гепатита.
7. Знание субъективных и клинических симптомов гепатита
8. Правильная интерпретация клинических и биохимических данных лабораторных исследований.

Контрольные вопросы:

1. Противопоказания к пролонгированию беременности при сахарном диабете.
2. Какие акушерские осложнения возможны у больных сахарным диабетом во время беременности?
3. В какие сроки беременности и для чего целесообразна госпитализация в стационар беременных женщин, страдающих сахарным диабетом?
4. Прогноз беременности и родов при диабете.
5. Показания к прерыванию и пролонгированию беременности при ВГ.
6. Лечение и ведение беременных с вирусным гепатитом.
7. Какие эпидемиологические мероприятия проводят при подозрении на ВГ?
8. Осложнения вирусного гепатита.
9. Перечислить профилактические мероприятия при ВГ.
10. Сроки госпитализации в стационар беременных женщин, страдающих ВГ.

№ 12. Заболевание сердечно-сосудистой системы и беременность

7. Модель технологии обучения на учебном занятии

Время – 240 мин	Количество студентов: 8-10 чел.
Форма учебного занятия	Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач
Место проведения занятия и оснащение	Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.

Структура учебного занятия	<p>14. Введение</p> <p>15. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>16. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений заболевания сердечно-сосудистой системы при беременности, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике различных заболеваний сердечно-сосудистой системы при беременности, оценивать степень, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>	
<p><i>Задачи преподавателя:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с заболеванием сердечно-сосудистой системы 6. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы 7. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы 8. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм заболевания сердечно-сосудистой системы. Выработать навыки по ведению и 	<p><i>Результаты учебной деятельности:</i></p> <p>ВОП должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Факторы приводящие к заболеванию сердечно-сосудистой системы 8. Факторы риска 9. Течение беременности при заболевании сердечно-сосудистой системы 10. Лабораторное и инструментальные методы обследования при заболевании сердечно-сосудистой системы 11. Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ). 12. Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с заболеванием сердечно-сосудистой системы <p>ВОП должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Клиническое обследование беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы с применением лабораторных и инструментальных методов исследования. 6. Определить комплексную тактику ведения беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Определить критерии

<p>лечению беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы</p> <p>9. Выработать навыки, по реабилитации женщин после родов, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с заболеванием сердечно-сосудистой системы. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>с</p> <p>2.</p>	<p>стационарного лечения беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы</p> <p>Интерпритировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования беременных с заболеванием сердечно-сосудистой системы</p>
<i>Методы и техники обучения</i>	Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.	
<i>Средства обучения</i>	Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.	
<i>Формы обучения</i>	Индивидуальная работа с беременными, родильницами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации	
<i>Условия обучения</i>	Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.	
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.	

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность
			240 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой "Бум"	Опрос игра "Бум" Приложение № 1	30 мин
3.	Приём и курация тематических больных в	Ведение амбулаторного	

	поликлинике и в дневном стационаре	приёма беременных, интерпритация анализов.	120 мин
4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов по тематике.	Доклад студента с обсуждением	10 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“Разрешение проблем”, ситуационные задачи по теме	20 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	10 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	10мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота заболеваний сердечно-сосудистой системы, многочисленные осложнения в течение беременности и родов, как у матери, так и плода. Высокая частота заболеванием сердечно-сосудистой системы у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста создает необходимость пристального внимания к этой теме, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Приобретенные ревматические пороки сердца составляют от 75% до 90% поражений сердца у беременных.

Наиболее частой формой ревматического порока сердца является митральный стеноз "чистый" или преобладающий, при сочетании с недостаточностью митрального клапана. Данный порок обнаруживают у 75-90% беременных страдающих приобретенными пороками сердца.

Второй по частоте порок (6-7%) - это недостаточность митрального клапана. Как правило, при данном пороке, при отсутствии выраженной регургитации, нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения беременность заметно не ухудшает течение заболевания сердца.

Недостаточность аортального клапана. Эти пороки (аортальные) встречаются реже (0,75-5%), но риск развития острой сердечной недостаточности у беременных довольно высок. Довольно часто аортальные пороки сочетаются с поражениями других клапанов (митрального).

Аортальный стеноз. Стеноз устья аорты может быть клапанным (за счет сращения створок клапана), подклапанным (обусловленным фиброзным сужением ниже клапана или выраженной гипертрофией выходного тракта левого желудочка) и надклапанным.

Недостаточность трехстворчатого клапана, обычно, имеет ревматическую природу. Чаще всего данный порок встречается при легочной гипертонии.

Стеноз трехстворчатого клапана - встречается редко, почти исключительно у женщин, имеет ревматическую природу, обычно сочетается с поражением митрального (а нередко и аортального) клапана и очень редко оказывается "изолированным" пороком.

Приобретенные пороки клапана легочной артерии - клинически выявляют весьма редко. Чаще всего сочетаются с поражениями других клапанов сердца.

Многочлапанные ревматические пороки сердца встречаются довольно часто. Диагностика их затруднена, т.к. гемодинамические сдвиги характерные для отдельных видов пороков, и симптомы их, препятствуют проявлению некоторых характерных для каждого из видов порока гемодинамических сдвигов и клинических признаков. Тем не менее, выявление у беременных сочетанных пороков может иметь решающее значение для принятия решения о возможности сохранения беременности и о целесообразности хирургической коррекции порока или пороков.

Благодаря совершенствованию диагностической техники, разработке хирургических методов радикальной или паллиативной коррекции дефектов развития сердца и магистральных сосудов, вопросы точной диагностики и лечения врожденных пороков сердца стали активно решать в последние десятилетия. Раньше врожденные пороки сердца делили только на две группы: "синие" и "не синие" пороки. В настоящее время известно около 50 форм врожденных пороков сердца и магистральных сосудов. Одни из них встречаются крайне редко, другие только в детском возрасте.

Дефект межпредсердной перегородки. Встречают наиболее часто у взрослых с врожденными пороками сердца (9-17%). Проявляется клинически, как правило, на третьем-четвертом десятилетии жизни. Течение и исход беременности при этом пороке сердца обычно благополучны. В редких случаях при нарастании сердечной недостаточности приходится прибегать к прерыванию беременности.

Дефект межжелудочковой перегородки. Встречают реже, чем дефект межпредсердной перегородки. Часто сочетается с недостаточностью аортального клапана. Беременные женщины с незначительным дефектом межжелудочковой перегородки могут перенести беременность хорошо, но, по мере увеличения дефекта нарастает опасность развития сердечной недостаточности, иногда с летальным исходом. После родов может возникнуть парадоксальная системная эмболия.

Открытый артериальный проток. При незаращении протока происходит сброс крови из аорты в легочную артерию. При значительном сбросе крови происходит дилатация легочной артерии, левого предсердия и левого желудочка. В плане тактики ведения беременной с данным пороком главное значение имеет диагностика диаметра протока. Данное заболевание, при неблагоприятном течении, может осложнить развитие легочной гипертензии, подострого бактериального эндокардита, а также сердечной недостаточности. Во время беременности, при начальной стадии легочной гипертензии может произойти значительное повышение давления в легочной артерии с развитием затем правожелудочковой недостаточностью.

Изолированный стеноз легочной артерии. Этот порок относят к числу наиболее распространенных врожденных пороков (8-10%). Заболевание может осложнять развитие правожелудочковой недостаточности, т.к. при беременности увеличивается объем циркулирующей крови и сердечный выброс. При легком и умеренном стенозе легочной артерии беременность и роды могут протекать благополучно.

Тетрада Фалло. Тетраду Фалло относят к классическим "синим" порокам сердца. Состоит из стеноза выводного тракта правого желудочка, большого дефекта межжелудочковой перегородки, смещения корня аорты вправо и гипертрофии правого желудочка. У женщин с тетрадой Фалло беременность представляет и риск для матери и для плода. Особенно опасен ранний послеродовой период, когда могут возникать тяжелые синкопальные приступы. При тетраде Фалло высок процент таких осложнений, как развитие сердечной недостаточности, достаточно высок летальный исход для матери и плода. Женщины, перенесшие радикальную операцию по поводу этого порока имеют больше шансов на благоприятное течение беременности и родов.

Синдром Эйзенмейгера - относят к группе "синих" пороков. Наблюдают при больших дефектах сердечной перегородки или соустье большого диаметра между аортой и легочной артерией (т.е. при дефектах межжелудочковой и межпредсердной перегородок, открытом артериальном протоке). Синдром Эйзенмейгера часто осложняет тромбоз в системе легочной артерии, тромбоз сосудов головного мозга, недостаточность кровообращения. При синдроме Эйзенменгера очень высок риск летального исхода как для матери, так и для плода.

Врожденный стеноз аорты - может быть подклапанный (врожденный и приобретенный), клапанный (врожденный и приобретенный) и надклапанный (врожденный). Беременные с незначительным или умеренным врожденным стенозом аорты беременность переносят хорошо, но риск развития в послеродовом периоде подострого бактериального эндокардита не зависит от выраженности стенозирования.

Коарктация аорты (стеноз перешейка аорты). Порок обусловлен сужением аорты в области ее перешейка (граница дуги и нисходящей части аорты). Коарктация аорты нередко сочетается с двухстворчатостью клапана аорты. Коарктацию аорты может осложнять кровоизлияние в мозг, расслоение или разрыв аорты, подострый бактериальный эндокардит. Наиболее частой причиной смерти является разрыв аорты.

Стадии артериальной гипертензии.

К числу наиболее распространенных форм заболеваний сердечно-сосудистой системы относится гипертоническая болезнь, эссенциальная артериальная гипертензия. Артериальную гипертензию выявляют у 5% беременных. Из этого числа в 70% случаев имеет место поздний гестоз, в 15-25% - гипертоническая болезнь, в 2-5% - вторичные гипертензии, связанные с заболеваниями почек, эндокринной патологией, болезнями сердца и крупных сосудов.

По А.Л. Мясникову (1965) различают три стадии болезни с дополнительным делением из них на фазы А и Б.

Стадия I

А – характеризуется повышением артериального давления при психологических нагрузках.

Б – транзиторная гипертензия: АД повышается на некоторое время и при определенных условиях.

Стадия II

А – характеризуется постоянной, но не устойчивой гипертензией.

Б – характеризуется значительным и стойким повышением АД. Возникают гипертонические кризы. Отмечают признаки стенокардии. Обнаруживают изменения глазного дна.

Стадия III – склеротическая, наряду со стойким и значительным повышением АД, наблюдают склеротические изменения в органах и тканях.

А – компенсированная.

Б – декомпенсированная, отмечают нарушения функций органов, развитие сердечной и почечной недостаточности, нарушение мозгового кровообращения, гипертоническую ретинопатию.

Интерактивный метод:

Приложение № 1 органайзер «Мозговой штурм»

Группа делится на 2 подгруппы и им дается задание:

1. Этиопатогенез анемии при беременности
2. Клиническая и лабораторная диагностика анемии при беременности и их интерпритация.

Распределение группы и объяснение задания – 5 мин, работа над заданием – 10 мин, презентации по 5 мин. обсуждение – 10 мин.

Вопросы по тематике:

1. Расскажите расстройство гемодинамики при заболевании сердечно-сосудистой системы.
2. Каких клинических симптомов заболевания сердечно-сосудистой системы. Вы знаете?
3. Какие лабораторные исследования считаются основными в диагностике заболевания сердечно-сосудистой системы. ?
4. Какие акушерские и перинатальные осложнения чаще наблюдаются при заболевании сердечно-сосудистой системы. ?

5. Расскажите о лечебных и профилактических мероприятиях при заболевании сердечно-сосудистой системы. ?

Тема №13: Затрудненное дыхание. ОРВИ, пневмония во время беременности. Тактика ведения.

Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 290 мин	Количество обучающихся: 8-10 человек
Место проведения	Поликлиническое отделение, приемный покой, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<p>1. Введение</p> <p>2. Теоретическая часть</p> <p>3. Практическая часть</p> <p>- курация больных</p> <p>- алгоритм практических навыков</p> <p>Аналитическая часть</p> <p>- ситуационная задача</p> <p>- тестовый контроль</p> <p>- обучающая игра</p>
<p>Цель учебного занятия: Сформировать знания по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности. Выработать навыки по послеродовой реабилитации женщин при пневмонии во время беременности, включая методы контрацепции. Распознавать присутствующие симптомы и признаки и определять вероятный диагноз ассоциируемый с затрудненным дыханием.</p>	
<p>Педагогические задачи:</p> <p>Клинику течения осложнений беременности у женщин при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности.</p> <p>Критерии амбулаторного и стационарного лечения беременных при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности.</p> <p>Тактика введения женщин с затрудненным дыханием.</p> <p>Диагностика затрудненного дыхания.</p> <ul style="list-style-type: none"> • раскрыть критерии постановки диагноза и лечения при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности, их влияние на течение, исход беременности и состояние плода. • Раскрыть критерии дифференциальной диагностики • закрепить и углубить 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>Студент должен знать:</p> <p>последовательно раскрывать критерии диагностики и лечения при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности выделяют, оценивают, анализируют клиническую ситуацию и общее состояние женщин с сердечной патологией.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Самостоятельно составляют алгоритм действий для постановки диагноза. • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости • вырабатывают алгоритм действий оказания экстренной помощи при необходимости • развивают навык самостоятельного принятия решения при ведении женщин с сердечной патологией в условиях СВП и ГВП <p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Провести клиническое обследование беременных при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности с использованием лабораторных и инструментальных методов исследования. • Провести диагностику затрудненного дыхания. • Сформулировать и обосновать клинического диагноза. • Оценить эффективности амбулаторного лечения. • Лечение и тактика ведения женщин при

знания по оценке и анализу ситуаций и общего состояния женщин с заболеванием ССС <ul style="list-style-type: none"> • выработать навыки анализа клинической ситуации, формулирование проблемы, • развить навыки и умения выбора правильного алгоритма действий для постановки диагноза. • Выработать навыки по оказанию экстренной помощи • Развить навыки самостоятельного принятия решения при ведении в условиях СВП и ГВП 	затрудненном дыхании при беременности. <ul style="list-style-type: none"> • Критерии госпитализации беременных на родовую подготовку. • Оценить состояние плода (УЗИ, КТГ, доплерометрия). Провести постстационарную реабилитацию и наблюдение женщин при затрудненном дыхании, при пневмонии во время беременности.
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая игра – Интерактивная игра «вопросительный» мяч
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

2. Технологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в минутах 290
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы).		10
2	Обсуждение домашнего задания	Опрос, объяснение. Приложение 1	30
3	Обследование больного в приемном отделении или в дневном стационаре.	Осмотр больного.	60
4	Усовершенствование практических навыков, работа с муляжами, клинико-лабораторным оборудованием, аппаратурой.	Работа с клинико-лабораторным оборудованием.	60
5	Обсуждение практической части занятия.	Опрос, объяснение.	20
	Перерыв		30
6	Обсуждение темы занятия, реферативное сообщение, семинар, дискуссия.	Реферативное сообщение, семинар, дискуссия. Приложение 2, 4	50
7	Работа в группе. Демонстрация видео кассет по теме, разбор	Демонстрация, интерактивные формы-	50

	ситуационных задач, компьютерные программы, деловые игры и т.д.	активные, пассивные. Приложение 3	
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и ее оглашение. Дача задания студентам на следующее занятие (комплект вопросов).	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

2. Мотивация

Состояния сопровождающиеся затрудненным дыханием наиболее часто приводят к тяжелым осложнениям и со стороны матери и со стороны плода, вплоть до материнской летальности. С целью снижения материнской и перинатальной смертности, необходимо выявлять женщин входящих в группу риска на развитие различных осложнений, знать тактику ведения беременных, правильно диагностировать и оказывать помощь женщинам с затрудненным дыханием при беременности. Знание этого материала поможет ВОП в антенатальном ведении больных.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи.

Многочисленные заболевания (сердечно – сосудистой, эндокринной системы, почечные, печеночные заболевания, обменные нарушения и т.д.) составляют риск для развития гипертензивных нарушений, что предопределяет тесную связь темы с многими медицинскими дисциплинами (терапия, анестезиология и реаниматология, клиническая фармакология, биохимия, патанатомия, патфизиология) и значение её в выполнении научных работ. С другой стороны ЭГЗ приводят к многочисленным акушерским осложнениям (гипертензивные нарушения, ФПН, ХВГП, невынашивание беременности). Глубокое знание этих связей способствуют расширению клинического и логического мышления студентов. Преподавание данной темы базируется на знании студентами пропедевтики внутренних болезней, факультетской терапии, анестезиологии, и патологического акушерства пройденных на 4 курсе.

4. Теоретическая часть

Затрудненное дыхание

Проблема

- У женщины отмечается затрудненное дыхание в течении беременности, в родах или после родоразрешения.

Основная тактика

- Проведите быструю оценку общего состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, АД, дыхание, температура).
- Положите женщину на левый бок
- Начните в/в инфузию и переливайте жидкости в/в.
- Дайте кислород 4-6л/мин через маску или новой катетер.
- Определите уровень гемоглобина.

Диагностика затрудненного дыхания

Присутствующие симптомы, другие симптомы и признаки, типично присутствующие	Иногда присутствующие симптомы и признаки	Вероятный диагноз
<ul style="list-style-type: none"> – Затрудненное дыхание – Бледность 	<ul style="list-style-type: none"> – Сонливость и быстрая утомляемость 	Тяжелая анемия

конъюнктивы, языка, ногтевых фаланг и/или ладоней - Гемоглобин 7 г/дл или менее - Гематокрит 20% или менее	- Плоские или вогнутые ногти	
- Симптомы и признаки тяжелой анемии	- Отеки - Кашель - Хрипы - Отек нижних конечностей - Увеличенная печень - Набухание шейных вен	Сердечная недостаточность вследствие анемии
- Диастолические шумы и/или - Грубый систолический шум с прощупываемым дрожанием	- Нарушение ритма сердца - Увеличенное сердце - Хрипы - Цианоз (синюшность) - Кашель - Отек нижних конечностей - Увеличенная печень - Набухание шейных вен	Сердечная недостаточность вследствие заболеваний сердца
- Затрудненное дыхание - Высокая температура - Кашель с мокротой - Боль в груди	- Уплотнение легочной ткани Осиплость голоса - Частое дыхание - Хрипы/свисты	Пневмония
- Затрудненное дыхание - Шумное дыхание - Затрудненное дыхание - Гипертензия - Протеинурия	- Кашель с мокротой - Хрипы/свисты - Хрипы - Кашель с пенистой мокротой	Бронхиальная астма Отек легких, связанный с преэлампсией

Лечение

Пневмония

Воспалительный процесс в легких поражает паренхиму легких, что тяжело переносится беременными женщинами.

- Для подтверждения диагноза пневмонии может потребоваться радиологическое исследование грудной клетки.
- Назначьте эритромицин 500мг перорально 4 раза в день в течении 7 дней.
- Назначьте ингаляцию паром.

Рассмотрите возможность наличия туберкулеза у женщины в тех районах, где он распространен.

Бронхиальная астма

Бронхиальная астма осложняет 3-4% беременностей. Беременность связана с ухудшением симптомов у одной трети женщин, страдающих бронхиальной астмой.

- При наличии бронхоспазма, используйте бронхолитики (например, сальбутамол 4мг перорально каждые 4 часа или 250мкг аэрозоля каждые 15 минут до трех доз).
- Если нет эффекта от бронхолитиков, при необходимости используйте кортикостероиды, такие как гидрокортизон в/в 2мг/кг веса каждые 4 часа.

- Если имеются признаки инфекции (бронхит), назначьте ампициллин 2г в/в каждые 6 часов.
- Избегайте назначения простагландинов. Для предотвращения и лечения послеродовых кровотечений, используйте окситоцин 10Ед. в/м или эргометрин 0, 2мг в/м.
- После купирования обострения, продолжите лечение ингаляционными бронхолитиками и ингаляционными кортикостероидами для предупреждения повторных обострений.

Приложение №1.

Интерактивная игра «слабое звено» для обсуждения домашнего задания. Студенты садятся в полукруг. Преподаватель будет задавать вопросы по кругу. Время для размышления 3 сек. Студент который не отвечает на вопрос считается «слабым звеном» в игре и отстраняется от игры. Ему дается штрафные баллы. Студенту ответившему на вопрос добавляется баллы.

Приложение №2.

Групповая дискуссия в виде игры «**снежная буря**» на тему:

«Затрудненное дыхание. ОРВИ, пневмония во время беременности. Тактика ведения».

Студенты делятся на 2 группы путем счета. Затем один из студентов 1 – подгруппы задает вопрос соперничающей группе, а те будут отвечать на вопрос дополняя друг – друга. Затем наоборот 2- я группа задает вопрос, а 1 – я группа отвечает на вопрос. Когда студенты обмениваются вопросами и ответами преподаватель играет роль эксперта и отмечает у себя активность каждого студента в группе и игре. Группа которая правильно ответила на вопросы больше считается победителем и поощряется, а самый активный студент также поощряется.

Обсуждение ответов.

(Инструктаж – 3 мин

Деление на группы – 2 мин

Дискуссия – 30 мин

Обсуждение – 10 минут

5. Аналитическая часть

Ситуационная задача №1.

Пациентка Б., 30 лет, шестая беременность. Срок ее беременности 30 недель. Она посетила антенатальную клинику при сроке беременности 20 недель и тогда было обнаружено, что у нее умеренная анемия. Ей прописали препараты железа и фолиевую кислоту и дали достаточное количество таблеток на 2 недели, до следующего посещения клиники. Пациентка Б. не пришла в клинику в назначенный день, потому что она была занята домашними делами. Она пришла сегодня, на 10 недель позже, у ней затрудненное дыхание, сонливость и быстрая утомляемость.

Вопрос:

1. Предварительный диагноз:

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ (Анамнез, медосмотр, скрининговые процедуры / лабораторные анализы)

Вы закончили вашу оценку пациентки Б. и выявили следующее:

Пациентка Б. говорит вам, что одышка началась у ней около месяца назад, особенно когда она занималась работой по дому и смотрела за детьми. С тех пор она все больше и больше уставала. У неё нормальная температура и артериальное давление, частота дыхания 30 вдохов в минуту. У ней сильная бледность конъюнктивы и ладоней. Размер матки соответствует установленному сроку беременности. Сердечные тоны плода нормальные. Гемоглобин 6,5 г/дл. У пациентки Б. не было эпизодов малярии в течение 2 лет. Она живет в регионе, эндемичном по глистной инвазии, но не получала антигельминтного лечения 3 года.

На основании этих данных, каков диагноз пациентки Б., и почему?

2. Ответ: Симптомы и признаки пациентки Б. (напр., затрудненное дыхание, бледность

конъюнктивы и ладоней, сонливость и быстрая утомляемость) свидетельствуют о тяжелой анемии.

Тесты по тематике:

1. У беременной женщины с тяжелой анемией типично присутствуют

- A). затрудненное дыхание и свисты
- B). затрудненное дыхание и бледность конъюнктивы, языка, ногтевых фаланг и/или ладоней
- C). затрудненное дыхание и нарушение ритма сердца *
- D). ни одно из вышеприведенных

2. Следует предполагать пневмонию у беременной женщины со следующими симптомами

- A). затрудненное дыхание и свисты
- B). затрудненное дыхание, свисты и высокая температура
- C). затрудненное дыхание, кашель с мокротой, боль в груди и высокая температура*
- D). затрудненное дыхание, хрипы и высокая температура

6. Практическая часть

Перечень практических навыков.

1. Установление срока беременности.
2. Наружный акушерский осмотр.
3. Вычисление предполагаемой массы плода.
(смотри приложение к учебному пособию практические навыки)

Контрольные вопросы:

1. Какие методы обследования беременных с заболеваниями органов дыхания Вы знаете?
2. Симптоматика заболеваний органов дыхания?
3. Какие осложнения со стороны матери и плода наблюдаются

У беременных с заболеваниями органов дыхания?

Тема №14: ВИЧ (СПИД). Этапы прохождения и лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции. Профилактика трансмиссии ВИЧ (СПИД) от матери к ребенку.

1. Модель технологии обучения на учебном занятии

Учебное время: 240 мин	Количество обучающихся: 10-12 человек
Место проведения	ГВП, СВП, аудитория, лаборатория, УЗИ кабинет
Структура учебного занятия/ План лекции	<p>1. Введение</p> <p>2. Теоретическая часть</p> <p>3. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация больных - алгоритм практических навыков на муляжах - разбор истории болезни <p>5. Аналитическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - ситуационная задача - тестовый контроль - обучающая игра
Цель учебного занятия: Углубление и расширение знаний по тактике ведения, диагностике, дифференциальной диагностики, выявлению факторов риска и принципам лечения ВИЧ инфицированных во время беременности. Сформировать знания по	

интерпретации результатов лабораторных и инструментальных обследований ВИЧ-инфицированных беременных, выработать знания и навыки по профилактике трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку.	
<p>Педагогические задачи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Раскрыть критерии диагностики ВИЧ-инфекции /СПИДа и назначать необходимый объем лабораторных исследований для уточнения диагноза • Объяснить основные клинические симптомы и виды оппортунистических инфекций • Критерии необходимого лечения ВИЧ-инфицированной беременной в зависимости от стадии заболевания, данных лабораторного обследования и учета взаимодействия с др.лекарствами • Углубить знания по сбору анамнеза и ведения ВИЧ – инфицированных беременных на уровне первичного звена • Оценить факторы риска вертикальной трансмиссии ВИЧ и назначить схему профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку 	<p>Результаты учебной деятельности:</p> <p>ВОП должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Критерии диагностики ВИЧ-инфекции/СПИДа и назначать необходимый объем лабораторных исследований для уточнения диагноза • Основные симптомы и осуществлять диагностику оппортунистических инфекций • критерии необходимого лечения ВИЧ-инфицированной беременной в зависимости от стадии заболевания, данных лабораторного обследования и учета взаимодействия с другими лекарствами <p>ВОП должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Собирать анамнез и разрабатывать алгоритм ведения, обследования ВИЧ – инфицированных беременных • Оценить факторы риска вертикальной трансмиссии ВИЧ и назначить схему профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку
Методы обучения	Дискуссия, беседа, видеопросмотр, обучающая игра – У КОГО СПИД?
Формы организации учебной деятельности	Индивидуальная работа, работа в группах, коллективная.
Средства обучения	Учебные пособия, учебные материалы, истории болезни, слайдовые презентации, раздаточные материалы, стандартные шаги по выполнению практических навыков, муляжи, работа в интернет сайтах медицины, маркеры, скотч, флипчарт.
Способы и средства обратной связи, оценка	Наблюдение, блиц опрос, тестирование, презентация, оценка

6. Технологическая карта учебного занятия

№	Стадии занятий	Форма занятия	Время
			240 мин
1	Приветствие. Разбор распорядка дня Умственная разминка	Приложение № 1 «У кого СПИД ?»	10
2	Вводное слово (обоснование темы, цель	ФК, приложение №2	10

	занятия)		
3	Ожидания студентов, блиц опрос	Спутник ожидания	20
4	Курация тематического больного. Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя	На приеме. Истории болезни	40
5	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д.	Работа с клиническими лабораторными инструментами	40
Перерыв			30
6	Физическая разминка	Проводят участники	10
7	Разбор темы – презентация методом дискуссии	ФК и презентация на компьютере	30
8	Деловые игры («Работа в малых группах»).	Приложение № 3	30
9	Разбор дерева знаний, вопрос - ответ		10
10	Заключение педагога по теме. Оценка знаний каждого студента по 100 - балльной системе и объявление оценки. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

2. Мотивация

В связи с переходом медицинских учреждений на приказ №307 по Профилактике инфекций, будущие врачи общей практики должны руководствоваться современными, признанными в мировом масштабе, едиными правилами профилактики инфекций, включая этапы предотвращения передачи ВИЧ инфекции во время оказания медицинских услуг, хирургическую антисептику, безопасные методы работы в зонах высокого риска заражения, этапы обработки инструментов, дать понятие по предупреждению передачи инфекции при домашних родах.

3. Межпредметные и внутрипредметные связи

Знание анатомии, нормальной физиологии, эндокринологии, клинической фармакологии и изучение охраны репродуктивного здоровья, консультирования и рациональное применение современных контрацептивных средств с учетом индивидуального подбора способствует расширенному клиническому и логическому мышлению студентов.

4. Содержание занятия.

4.1. Теоретическая часть

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Вирус иммунодефицита человека - Этот вирус вызывает СПИД. ВИЧ разрушает иммунную систему, защищающую организм от инфекций и других заболеваний, поскольку поражает особый вид лейкоцитов (лимфоциты CD4 и макрофаги) в результате чего функция иммунной системы ослабевает.

Синдром приобретенного иммунного дефицита: Со временем иммунная система утрачивает способность сдерживать развитие ВИЧ-инфекции, и тогда возникают тяжелые и смертельные заболевания - другие инфекции и некоторые злокачественные опухоли. Тогда говорят о наступлении синдрома приобретенного иммунодефицита

Чем отличаются понятия «ВИЧ», «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»?

ВИЧ — вирус, который вызывает инфекционное заболевание.

У ВИЧ инфицированного человека может не быть клинических проявлений заболевания, но тем не менее он может заражать других людей, со временем у него может развиться СПИД.

У человека со СПИДом на фоне ВИЧ инфекции имеются характерные клинические и лабораторные проявления заболевания.

Угнетение иммунной системы при ВИЧ

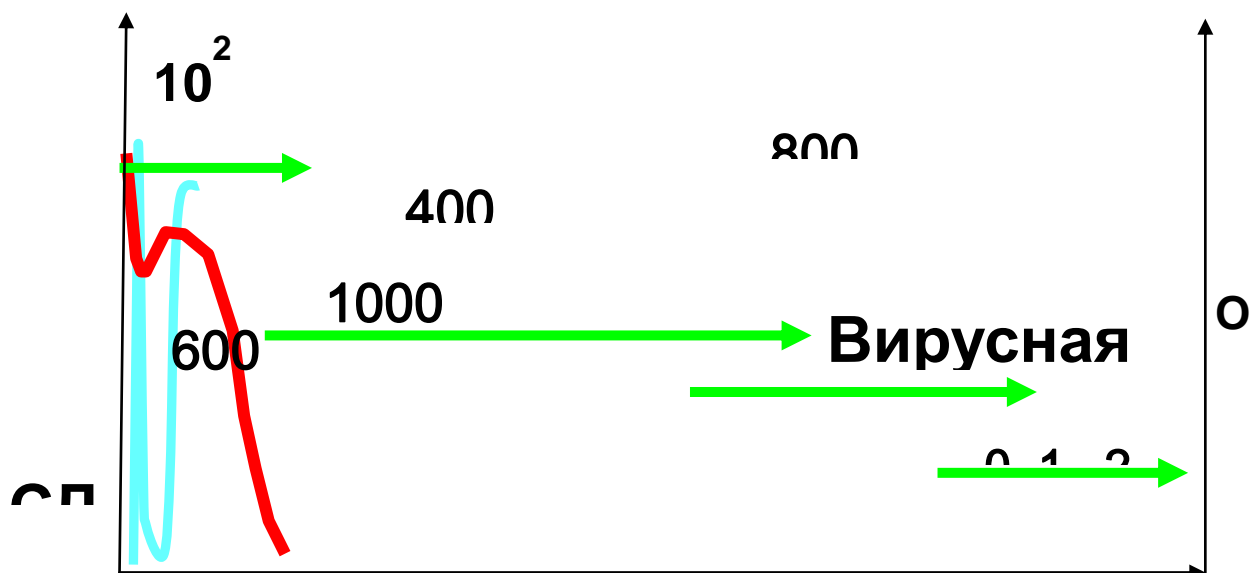
О прогрессировании ВИЧ-инфекции судят по изменению числа лимфоцитов CD4 и Вирусной Нагрузки (ВН). Когда ВИЧ активно размножается, он инфицирует и убивает лимфоциты CD4, которые играют ключевую роль в защите организма от инфекций. Об активности ВИЧ-инфекции судят по снижению числа лимфоцитов CD4.

Вирусная нагрузка — это концентрация вируса в крови. Ее можно измерить в образце крови с помощью полимеразной цепной реакции на рибонуклеиновую кислоту ВИЧ (ПЦР на РНК ВИЧ). Вирусная нагрузка достигает очень высокого уровня вскоре после заражения ВИЧ. С появлением антител к ВИЧ она резко падает, однако через несколько лет, когда число лимфоцитов CD4 сокращается, она вновь возрастает. Чем выше вирусная нагрузка, тем выше риск передачи ВИЧ.

Число лимфоцитов CD4, и вирусная нагрузка служат показателями прогрессирования ВИЧ-инфекции. Чем меньше число клеток CD4 в организме тем тяжелее стадия ВИЧ инфекции.

Высокий уровень ВН отмечается при первичном инфицировании и при продвинутой стадии ВИЧ инфекции, когда число лимфоцитов CD4 снижается. При первичном инфицировании ВИЧ, когда в организме отсутствуют антитела к вирусу, инфекция быстро распространяется в организме достигая максимального уровня числа ВН. Этот период называется острым ретровирусным синдромом. Через 2-6 недель после инфицирования в организме начинают появляться антитела к ВИЧ и их наличие становится возможным определить серологическими методами. Обычно, через 3 месяца у большинства инфицированных можно определить антитела к ВИЧ. Далее уровень вирусной нагрузки снижается

Естественное течение ВИЧ инфекции



Уровень клеток CD4 стабилизируется, - организм вырабатывает большее количество лимфоцитов в замен разрушенных вирусом. Этот период может длиться годами – стадия бессимптомного течения. Стадия развития СПИДа наступает, когда вирусная нагрузка начинает расти, а число клеток CD4 снижается.

Клиническое течение ВИЧ-инфекции

ВИЧ+ человек заразен на любой из стадий заболевания:

- Сероконверсия
- Бессимптомная стадия
- Симптоматическая стадия
- СПИД

Сероконверсия -проникновение ВИЧ в организм, выработка антител.

Бессимптомная стадия- отсутствие симптомов ВИЧ-инфекции, иммунная система сдерживает размножение вируса. Может проявляться генерализованной лимфаденопатией.

Симптоматическая стадия – появляются клинические симптомы ВИЧ-инфекции, некоторое угнетение иммунной системы. Чаще всего это проявляется потерей веса; легкими поражениями кожи и слизистых; опоясывающий лишай; рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей; диарея неясной этиологии длительностью более 1 месяца; лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая) длительностью более 1 месяца; кандидоз полости рта; волосистая лейкоплакия рта; тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, гнойный миозит).

СПИД -терминальная стадия болезни, характеризуется развитием заболеваний связанных с ВИЧ.

Ежедневно в организме человека с ВИЧ образуются новые вирусы и их частицы (белки из которых состоит и из которых в дальнейшем собирается вирус).Иммунная система постоянно борется с вирусом, находящемся в организме, разрушая его. Чем больше вирусных частиц, тем больше организм теряет лимфоцитов, тем более восприимчив он к инфекциям, что приводит к развитию СПИДа. На рисунке представлена схема помогающая представить, как происходит процесс образования и разрушения ВИЧ в организме человека. Кран в данном случае представляет процесс образования новых

вирусов, раковина, наполненная водой- количество вирусов в организме, если ничто не будет бороться с ВИЧ в организме, то разовьется СПИД в результате того, что образуется большое количество вирусов, - этот процесс на рисунке будет выглядеть, как переливание воды из раковины.

Продолжительность течения ВИЧ инфекции

Существуют основные формы течения ВИЧ/СПИДа. Обычное течение, быстрое и длительно не прогрессирующее течение. Быстрое течение инфекции, происходит, когда СПИД развивается до трех лет от момента инфицирования, такое встречается менее, чем в 5% всех случаев ВИЧ инфекции. Длительно не прогрессирующее течение ВИЧ инфекции встречается в менее 10% случаев, при этом уровень клеток CD4 остается стабильным в течение 10-15 лет и клинические проявления отсутствуют. Чаще всего, в 90% случаев, ВИЧ инфекция развивается в организме в течение 7-10 лет, после чего появляются клинические проявления и/или снижается количество лимфоцитов CD4.

Оппортунистические инфекции

Головной мозг Токсоплазмоз, Криптококковый менингит, Цитомегаловирус (ЦМВ)

Глаза ЦМВ

Ротоглотка Кандидоз

Легкие Пневмоцистная пневмония, Туберкулез, Гистоплазмоз, ЦМВ

Кишечник ЦМВ, Криптоспоридиоз, Mycobacterium Avium Complex (МАК)

Кожа Простой герпес, Опоясывающий лишай, Саркома Капоши

Половые органы Герпес половых органов, Кандидозный вагинит, Вирус папилломы человека

Почти у всех ВИЧ - положительных людей со временем развиваются клинические проявления ВИЧ-инфекции и, в конце концов, СПИД - ее поздняя стадия. По мере прогрессирования ВИЧ-инфекции число лимфоцитов CD4 продолжает снижаться, и восприимчивость к оппортунистическим инфекциям возрастает. Оппортунистические инфекции вызываются безвредными для здорового человека микроорганизмами, которые способны спровоцировать заболевание только на фоне иммунодефицита. Например, среди ВИЧ-инфицированных распространена пневмоцистная пневмония. Развернутая стадия ВИЧ-инфекции характеризуется оппортунистическими инфекциями легких, мозга, глаз и других органов.

На стадии СПИДа часто развиваются пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, кандидоз, криптоспоридиоз, гистоплазмоз, другие паразитарные, вирусные и грибковые инфекции, а также некоторые виды злокачественных новообразований, например саркома Капоши.

Поражение отдельных органов и систем органов

- Мозг (ВИЧ-деменция)
- Кишечник (истощение)
- Сердце (кардиомиопатия)

Помимо иммунной системы, ВИЧ непосредственно поражает клетки головного мозга, кишечника и сердца. Клинически это может проявляться нарушением функций

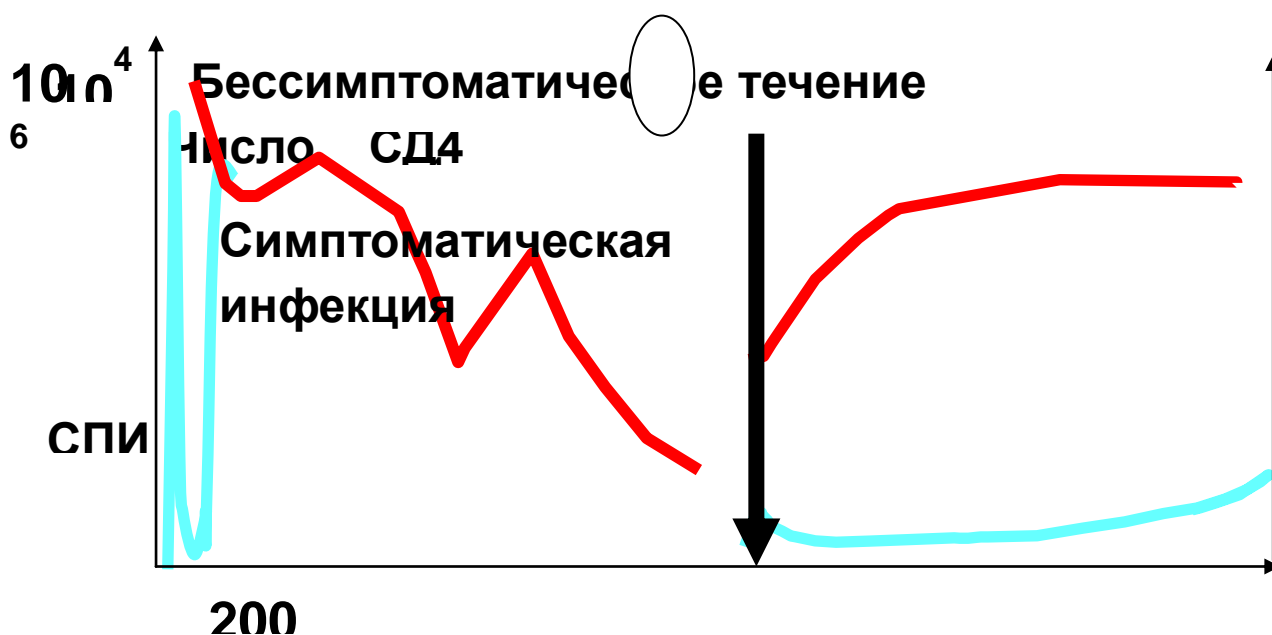
данных органов. Эти состояния развиваются при высокой вирусной нагрузке, т.е. при поздних стадиях болезни.

Один из частых симптомов – усталость, которая может быть связана с поражением сердечной мышцы. Нарушение всасывания в кишечнике приводит к истощению и кахексии, чему может способствовать присоединение кишечных инфекций. Снижение когнитивных способностей человека с ВИЧ/СПИДом в свою очередь может быть связано с поражением головного мозга.

АРВ терапия способствует сохранению числа лимфоцитов CD4 и уменьшению вирусной нагрузки, увеличивает продолжительность бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции и, в конечном счете, отодвигает наступление СПИДа. В настоящее время отсутствуют препараты которые бы могли полностью устранить ВИЧ из организма, но имеются лекарства- антиретровирусная терапия (АРВ) пожизненный и постоянный прием которой, позволяет подавить размножение вируса в организме до уровня, позволяющего сохранить иммунную систему и отсрочить развитие СПИДа на длительный срок (нет данных о пределах продолжительности этого периода).

На графике показано, что АРВ терапия начинается, когда уровень вирусной нагрузки растет, что проявляется развитием симптомов или СПИДом и/или снижением уровнем CD4.

Влияние АРВ на течение ВИЧ инфекции



Пути передачи ВИЧ

Парентеральный путь: Переливание ВИЧ-инфицированной крови. Непосредственный контакт слизистых или поврежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью.

Употребление наркотиков: Инъекции наркотиков иглами или шприцами, загрязненными ВИЧ-инфицированной кровью.

Половой путь: Незащищенный половой контакт (вагинальный, оральный или анальный) Непосредственный контакт слизистых или поврежденной кожи с содержащими ВИЧ

биологическими жидкостями организма, например, спермой, слюной - влагалищным отделяемым.

Вертикальный путь (ПМР): Передача ВИЧ от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов и/или в процессе грудного вскармливания.

Инфекционно опасные биологические жидкости

- Кровь
- Сперма
- Влагалищный секрет
- Грудное молоко

Вирус может находиться в лимфоцитах CD4 и макрофагах, перечисленные жидкости содержат данные клетки в большом количестве, поэтому представляют опасность заражения.

Другие биологические жидкости такие, как моча, слюна, слеза, околоплодные воды и т.д., также могут содержать лимфоциты и макрофаги, но концентрация этих клеток сравнительно мала, поэтому обычно данные биологические жидкости являются менее инфекционно опасными. Опасность возрастает при наличии в них видимой крови.

Основные причины заражения в медицинских учреждениях

С кровью передаются возбудители различных инфекций — вирусы, бактерии и многие другие патогенные микроорганизмы, находящиеся в крови. В их числе вирусы гепатита В и С, возбудители сифилиса и бруцеллеза, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Заражение медицинского персонала возможно при непосредственном контакте с источником (например, раной) или уколе загрязненной иглой. В медицинских учреждениях большинство случаев заражения обусловлено контактами с кровью.

Медицинские вмешательства с высоким риском заражения

- Хирургические вмешательства
- Инъекции
- Вагинальные осмотры

Заражение может происходить в случаях, когда существует тесный контакт с инфекционно опасными биологическими жидкостями и опасность повреждения целостности кожных покровов. Почти все случаи заражения у медицинских работников обусловлены уколом иглой при оказании помощи. Это происходит при выполнении:

- внутривенных инъекций
- взятия проб крови
- гемодиализа
- переливания крови
- обеззараживания и утилизации инструментария (иглы, шприцы).

Процедуры при которых происходит контакт с биологическими жидкостями

- При надевании колпачка на иглы - 17%
- При наложении шва на рану - 14%
- При установке систем для внутривенного введения - 11%
- При ранении скальпелем - 9%

Чаще всего травмы происходят при одевании колпачка на иглу при проведении инъекций и у хирургов при ушивании ран, а также при установке внутривенных систем и выполнении разрезов скальпелем.

Установленные факты

- В 3 раза чаще травмируются хирурги
- 50% знают формальные инструкции о действиях в случае контакта с кровью пациента
- 5% врачей вакцинированы против гепатита В
- 4,6% травмированных были обследованы на ВИЧ и гепатит
Olubuyide I.O., Olawuyi F.J. (1995)

УЧЕБНОЕ РУКОВОДСТВО ПО ПОСТКОНТАКТНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

(Многие из следующих этапов и заданий должны выполняться одновременно.)

<i>ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОЖИ (УКОЛ, ПОРЕЗ)</i>
снять перчатки рабочей поверхностью во внутрь.
выдавить кровь из раны, укола
обработать рану одним из дезинфектантов (70% этиловый спирт, 5% иод при порезах, 3% перекись водорода)
тщательно вымыть руки с мылом под проточной водой, а затем протереть их 70% этиловым спиртом, на рану наложить пластырь, одеть напальчник
при необходимости продолжить работу – надеть новые перчатки
поставить в известность руководство лечебно-профилактического учреждения для регистрации и проведения экстренной помощи
<i>ПРИ НЕПОВРЕЖДЕННОЙ КОЖЕ</i>
обработать место загрязнения одним из дезинфектантов (70% этиловый спирт, 3% хлорамин, 3% перекись водорода)
тщательно вымыть руки с мылом под проточной водой, а затем протереть их 70% этиловым спиртом
<i>ПРИ ПОПАДАНИИ БИОМАТЕРИАЛА НА СЛИЗИСТЫЕ</i>
ротовая полость – прополоскать 70% этиловым спиртом
полость носа – закапать 30% альбуцид
глаза – промыть водой (чистыми руками), закапать 30% альбуцид
<i>ПОПАДАНИЕ БИОМАТЕРИАЛА НА ХАЛАТ, ОДЕЖДУ</i>
снять одежду и замочить в одном из дезрастворов
кожу рук и других участков тела при загрязнении протереть 70% этиловым спиртом, промыть водой и повторно обработать спиртом
загрязненную обувь двукратно протереть дезраствором

Существует множество мифов о путях передачи ВИЧ инфекции. Эти мифы привели к формированию негативного отношения к людям с ВИЧ/СПИДом, появлению дискриминирующих положений и установок, необоснованно завышенных требований по содержанию людей с ВИЧ в общественных учреждениях (больницы, поликлиники, детские учреждения).

Нельзя заразиться ВИЧ :

- воздушно-капельным путем (при кашле или чихании)
- через укусы насекомых
- через прикосновения или объятия
- через поцелуи
- при посещении бассейнов и других мест общественного купания
- при посещении общественного туалета
- при рукопожатии
- при контактах с вич-инфицированным на работе или в школе
- при использовании общего телефона
- через питьевую воду и еду, а также при приготовлении пищи при совместном использовании чашек, стаканов, тарелок и другой утвари

Приложение №1 : Упражнение: У КОГО СПИД?

КОНВЕРТЫ

Цель

Участники узнают что:

- У любого человека может быть ВИЧ, гепатит В или С без проявления признаков или симптомов болезни (СПИД, ВГВ, ВГС)
- Любой человек может заразиться, если он/а не предохраняется
- Инфекции гепатита В, С и ВИЧ, являются повсеместной проблемой, а не только проблемой «других стран».

Время: приблизительно 30 минут

Материалы

- Конверты (по одному для каждого участника)
- Ручки или карандаши (по одному для каждого участника)
- Листы для флипкарт и маркеры

Инструкции для преподавателей

Приготовьте конверты, написав буквы «А» «В» или «С» под клапаном каждого конверта. Буква «А» должна быть на 10% конвертов (например, если имеется 20 конвертов, то только 2 конверта должны быть отмечены буквой «А» на клапане). Буквами «В» и «С» должны быть в равной мере помечены остальные конверты.

Проведение упражнения

1. Раздайте по одному конверту каждому участнику. Попросите их посмотреть под клапан их конверта и запомнить написанную букву, но не оглашать ее, держа ее в тайне.
2. Попросите участников поменяться конвертами, передавая их соседу справа. Участники должны написать свою тайную букву (с первого конверта) рядом с буквой под клапаном нового, переданного им конверта.

3. Снова обменяйтесь конвертами, всегда передавая его соседу справа. Участники снова пишут свою тайную букву рядом с другими под клапаном нового, переданного им конверта.

4. Остановите процесс обмена.

5. Скажите участникам что те, у которых в руках конверты с буквой «А» под клапанами теперь «инфицированы» ВИЧ, гепатитом В или С. Те же, у которых в руках конверты с буквами «В», «С» под клапанами конвертов, еще не инфицированы.

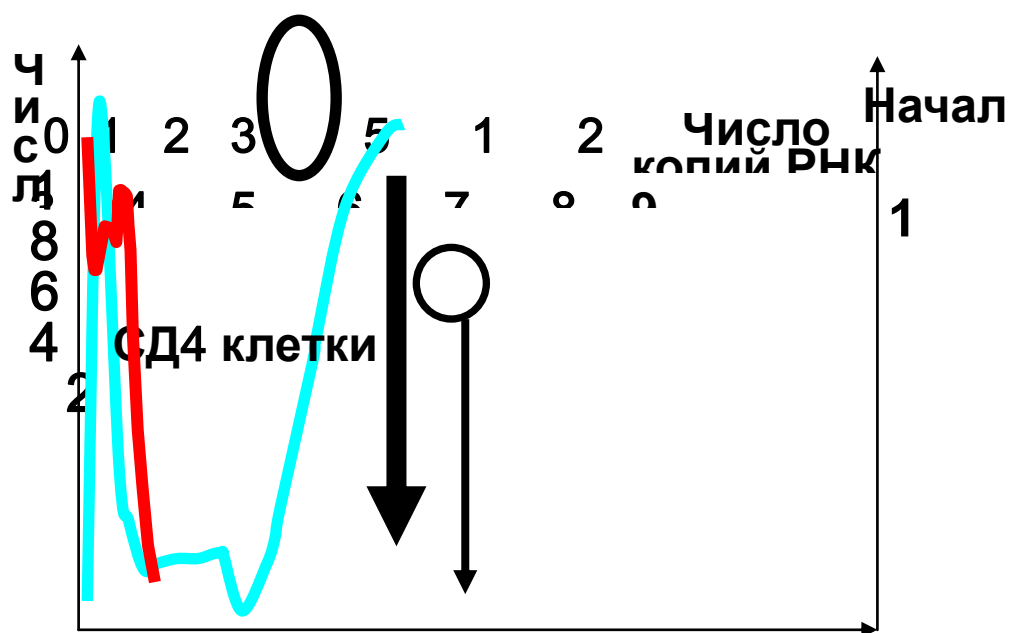
Попросите участников, у которых была буква «А» под клапаном конверта, поднять руки и запишите их число на флипкарте. Попросите участников, у которых были буквы «В» и «С», поднять руки и запишите их число. Сообщите группе, какое количество каждой букв было вначале. **АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ (АРВ) ТЕРАПИЯ и ПРОФИЛАКТИКА**

АРВ терапия

- пожизненный курс АРВ препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа
- *АРВ профилактика*
- курс АРВ препаратов для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку
 - продленный курс с 28 недель
 - короткий курс с 36 недель или в родах

АРВ ПРОФИЛАКТИКА у БЕРЕМЕННЫХ

- Беременным женщинам с ВИЧ, у которых сохранена иммунная система, или отсутствуют проявления СПИДа, ВААРТ не показана, но есть необходимость в профилактике ПМР. С этой целью назначается АРВ профилактика, которая заканчивается после рождения ребенка. Для ее проведения могут использоваться:
- комбинации трех антиретровирусных препаратов (если есть в наличии) это более эффективная схема профилактики;
- моно или битерапия (если нет в наличии трех- компонентной схемы)



- Принцип действия показан на схеме: АРТ подавляет репликацию вируса, его уровень в крови снижается, что приводит к снижению риска передачи ВИЧ от матери к плоду во время беременности и в момент родов.
- После отмены препаратов, вирус снова будет размножаться без противодействия терапии, повышая свое содержание в крови с последующим прогрессированием иммунодефицита, если не будет начата ВААРТ.

АРВ ПРОФИЛАКТИКА во ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

АРВ профилактика во время беременности

Схемы АРВ профилактики ПМР первого ряда если женщина не нуждается в антиретровирусной терапии для собственного здоровья:

На основании состояния здоровья женщины и доступности АРВ препаратов, во время беременности ей может быть назначено несколько вариантов Антиретровирусной профилактики:

- Если имеется возможность определить вирусную нагрузку и ее уровень менее 10 000 копий/мл, а женщина ранее не получала зидовудин (AZT), если уровень СД4 более 350 клеток/мкл - с целью ППМР назначается – один препарат зидовудин, в сроке беременности 24-28 недель в дозировке по 300 мг каждые 12 часов до рождения ребенка.
- Если не известна вирусная нагрузка или ее уровень более 10 000 копий/мл, то назначается комбинация трех препаратов AZT/ламивудин (ЗТС) /саквинавир (SQV)/ ритонавир (r), в дозировке по AZT- 300мг, ЗТС – 150 мг, SQV/r -800/100мг каждые 12 часов.

<p><i>Женщина не нуждается в лечении ВИЧ инфекции СД4 >350/мкл</i></p>	<p><i>А. ВН < 10 000 копий/мл</i> - зидовудин (AZT), если не получала его ранее по 300 мг каждые 12 часов</p>
	<p><i>В. ВН > 10 000 копий/мл или неизвестна, или ранее получала AZT</i> - AZT/ ламивудин (ЗТС) /саквинавир (SQV)/ ритонавир (r) по 300/150/800/100 мг каждые 12 часов</p>

АРВ профилактика во время беременности

Схемы АРВ профилактики ПМР первого ряда если женщина нуждается в антиретровирусной терапии для собственного здоровья:

- ВААРТ обычно начинают со второго триместра беременности. В тяжелых случаях иногда назначают раньше.
- Если уровень СД4 меньше 200/мкл, то может использоваться схема AZT/ЗТС/NVP. Дозировка AZT/ЗТС 300/150 мг каждые 12 часов, NVP первых 14 дней назначается по 200 мг один раз в день, после чего необходимо оценить уровень трансаминаз и при отсутствии тяжелых изменений необходимо увеличить дозировку NVP - по 200 мг два раза в день.
- Если уровень СД4 200- 350/мкл то не рекомендуется использование NVP, в связи с высоким риском развития гепатотоксичности. В данном случае необходимо

использовать комбинацию трех препаратов AZT/ламивудин (ЗТС) /саквинавир (SQV)/ ритонавир (r), в дозировке AZT- 300мг, ЗТС – 150 мг, SQV/r -800/100мг каждые 12 часов.

- Если женщина получала терапию до беременности то ей следует продолжать назначенный курс и во время беременности. Не рекомендуется использование эфавиренца в первом триместре беременности из-за возможного тератогенного эффекта на развитие нервной трубки плода. Если женщина получала эфавиренц, заменить его на невирапин или ингибиторы протеазы.

Женщина нуждается или может нуждаться в лечении ВИЧ инфекции, любой срок гестации до начала родов	А. СД4 < 200/мкл - зидовудин (AZT) + ламивудин (ЗТС) + невирапин (NVP)* по 300/150/200* каждые 12 часов
	В. СД4 200-350/мкл - AZT/ ламивудин (ЗТС)/саквинавир (SQV)/ ритонавир (r) По 300/150/800/100 мг каждые 12 часов
	С. Получала АРТ до беременности - продолжать терапию, исключить эфавиренц в 1-ом триместре беременности

АРВ профилактика во время родов

- Применение комбинированной АРТ в течение более четырех недель, должно эффективно понизить уровень вирусной нагрузки, что позволяет проводить роды через естественные родовые пути.
- Оценить эффективность проводимой терапии можно при определении уровня вирусной нагрузки (менее 1000 копий в 1 мл) в сроке 36-38 недель.
- В родах необходимо принимать тот же режим АРВ, что и во время беременности, до рождения ребенка.
- Если женщина нуждается в лечении по состоянию здоровья она должна будет продолжать АРТ после рождения ребенка.
- Если в лечении женщины пока нет необходимости, после родов она прекращает прием АРВ.
- Если использовался NVP в комбинации с AZT/ЗТС беременности, то после рождения ребенка NVP следует отменить, а женщина должна получать в течение 7 дней AZT/ЗТС. Такой курс необходим для профилактики развития устойчивости к невирапину.
- Если отсутствуют данные о ВН и приверженность к АРВ <95%, то целесообразно проведение планового кесарева сечения в сроке 38 недель.
- Женщина должна принять решение о способе родоразрешения, получив информацию о возможных рисках и преимуществах от вмешательства. Задача медиков дать необходимую ей информацию для принятия решения.
- **Если комбинация АРВ с 24-28 недель без пропуска доз**
- **вирусная нагрузка <1000 копий в 36-38 недель**

Возможны вагинальные роды	Если не нуждается в лечении по состоянию здоровья - по окончании родов АРВ прекратить
---------------------------	---

	<p>Если нуждается в лечении</p> <p>- продолжать АРВ после родов</p>
--	---

АРВ профилактика во время родов

- Если ВН более 1000 копий/мл или нет данных об уровне вирусной нагрузки накануне родов, или известно, что АРВ принималась нерегулярно, или продолжительность приема АРВ меньше 4 недель, что может предполагать возможность неэффективности ППМР во время беременности. Для повышения эффективности мероприятий ППМР рекомендуется проведение планового кесарева сечения в сроке 38 недель.
- При проведении кесарева сечения в день операции женщина должна принять обычную дозу АРВ.
- Если женщина не нуждается в лечении по состоянию здоровья то после операции следует прекратить прием АРВ.
- Если во время беременности использовался режим содержащий NVP, то после операции необходимо продолжить прием AZT/ЗТС в течение семи дней для профилактики развития устойчивости к невирапину. Если доступен AZT для внутривенного введения, то при плановом кесаревом сечении начать инфузию зидовудина за 4 часа до начала операции (2 мг/кг в течение первого часа, затем 1 мг/кг/час до пересечения пуповины. Ламивудин и невирапин отменить.
- Если женщина нуждается в пожизненном приеме АРВ, то после рождения ребенка она должна принимать АРВ в обычном режиме.

Если нет результата вирусной нагрузки или ВН >1000 копий или АРВ с пропуском доз или меньше 4 недель

<p><i>Проведение планового кесарева сечения в 38 недель</i></p>	<p>Если не нуждается в лечении по состоянию здоровья</p> <p>- по окончании операции АРВ прекратить</p> <p>Если нуждается в лечении</p> <p>- продолжать АРВ после операции</p>
---	---

АРВ профилактика во время родов

- Если женщина принимала во время беременности только AZT и роды начались до срока планового кесарева сечения, то необходимо назначить в родах зидовудин каждые 3 часа по 300мг + ламивудин по 150мг каждые 12 часов и однократно невирапин в дозе 200мг. После рождения ребенка женщине необходимо назначить комбинацию AZT/ЗТС в течение 7 дней.
- Если женщина не принимала АРВ во время беременности и обратилась за помощью впервые в родах, то ей назначается такая же комбинация препаратов во время и после родов.

Если принимала AZT во время беременности и роды начались до даты кесарева сечения или не принимала АРВ во время беременности

Женщинам, которые не получали АРВ профилактики во время беременности

<i>Вагинальные роды</i>	AZT 300 мг каждые 3 часа до рождения ребенка + 3ТС 150 мг каждые 12 часов + NVP 200 мг однократно
	AZT 300 мг каждые 3 часа до рождения ребенка

Если роды у женщины с ВИЧ произошли вне родильного дома, то ей не назначается антиретровирусная терапия. Для дальнейшего лечения и обследования ее необходимо направить в центр по лечению ВИЧ/СПИДа.

Сколько детей будут инфицированы у 100 ВИЧ позитивных женщин?

Риск трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку можно представить на графике. Сколько детей будут инфицированы у 100 женщин с ВИЧ при отсутствии каких либо медицинских вмешательств на фоне грудного вскармливания до двухлетнего возраста ребенка?-

- 7 детей инфицируются внутриутробно (во время беременности)
- 15 детей инфицируются во время родов
- 15 детей инфицируются если будут вскармливаться грудью в течение 2-х лет.
- 63 ребенка не будут инфицированы, даже если будут вскармливаться грудью матери.

Виды вскармливания и риск передачи ВИЧ инфекции

- Влияние вида вскармливания на риск передачи ВИЧ от матери к ребенку.
- До шести месяцев риск передачи ВИЧ при грудном вскармливании и без грудного вскармливания практически не отличается.
- При смешанном вскармливании риск значительно выше.
- Чем продолжительнее период кормления грудью, тем выше риск трансмиссии ВИЧ от матери к ребенку.

Рекомендации ВОЗ по вскармливанию детей у ВИЧ позитивных женщин

В случаях, когда искусственное вскармливание приемлемо, осуществимо и доступно, а обеспечить его непрерывность и безопасность возможно, ВИЧ-положительным матерям рекомендуется отказаться от грудного вскармливания

Искусственное вскармливание, если оно

- - приемлемо
- - осуществимо
- - доступно
- - непрерывно
- - безопасно
- В других случаях в первые месяцы жизни ребенку рекомендуется исключительно грудное вскармливание
- В других случаях в первые месяцы жизни ребенку рекомендуется исключительно грудное вскармливание.
- Чтобы свести к минимуму риск ПМР, ВИЧ-инфицированная мать должна отказаться от грудного вскармливания при первой возможности, приняв во внимание местные особенности, личные обстоятельства и недостатки искусственного вскармливания (риск неполноценного, несбалансированного питания, а также риск развития других инфекций).
- Все ВИЧ-положительные матери должны пройти консультирование, во время которого им предоставляют общую информацию о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания и помогают выбрать наиболее целесообразный в данной ситуации метод.
- Независимо от выбранного матерью метода вскармливания, ее следует поддержать.

- Оптимальный ранний срок прекращения грудного вскармливания не установлен — для каждой матери он свой и определяется обстоятельствами.

Аргументы в пользу заменителей грудного молока при ВИЧ у матери

- Риск заражения ВИЧ отсутствует
- Состав смесей разработан для детей
- Смеси содержат большинство питательных веществ, в которых нуждается ребенок
- Кормить ребенка смогут разные члены семьи
- Готовые молочные смеси устраняют риск заражения ребенка ВИЧ.
- Кормить ребенка смогут разные члены семьи.
- Состав готовых молочных смесей разработан специально для детей.

Готовые молочные смеси содержат большинство питательных веществ, в которых нуждается ребенок.

Аргументы против заменителей грудного молока

- Возрастает риск развития заболеваний
- Неуверенность в возможности обеспечения необходимым количеством
- Высокая цена
- Требуется чистая вода
- Готовить смесь перед каждым кормлением
- Могут интересоваться причиной кормления смесями
- Готовые молочные смеси не содержат антител. У детей, которые получают только готовые молочные смеси, чаще развиваются диарея и пневмония, повышен риск истощения.
- Готовые молочные смеси дороги.
- Семье требуется приобрести чашки для кормления и моющие средства для чашек и других кухонных принадлежностей, используемых при приготовлении смеси.
- Для безопасного приготовления готовой смеси требуется чистая прокипяченная вода,
- Если нет холодильника, то смесь необходимо готовить перед каждым кормлением, строго соблюдая все правила.
- Члены семьи, друзья или соседи могут заинтересоваться ВИЧ-статусом матери, не кормящей своего ребенка грудью.
- Искусственное вскармливание не защищает от нежелательной беременности.

Аргументы в пользу исключительно грудного вскармливания

- Хорошо усваивается
- Содержит все необходимые питательные вещества
- Всегда доступно
- Не требует приготовления
- Защищает от различных заболеваний
- Эмоциональный контакт матери и ребенка
- Грудное молоко хорошо усваивается и обеспечивает ребенка всеми необходимыми питательными веществами и водой. В первые 6 месяцев жизни ребенок не нуждается в дополнительном питании и питье. Грудное молоко всегда доступно и не требует приготовления
- Грудное молоко защищает детей от различных заболеваний, особенно диареи и пневмонии. Грудное вскармливание способствует установлению тесного эмоционального контакта между матерью и ребенком.
- Исключительно грудное вскармливание в первые месяцы жизни ребенка сопряжено с более низким риском передачи ВИЧ по сравнению со смешанным вскармливанием.

Грудное вскармливание снижает риск развития некоторых злокачественных опухолей у матери и уменьшает вероятность наступления новой беременности.

Вскармливание сцеженным кипяченым грудным молоком при ВИЧ у матери

Вскармливание сцеженным кипяченым грудным молоком является альтернативным способом вскармливания ребенка при ВИЧ у матери

Преимущества

- кипячение молока убивает ВИЧ.
- грудное молоко — наилучшая еда для детей, после кипячения в нем сохраняется основная часть питательных веществ.
- грудное молоко всегда есть у матери.
- кормить ребенка может любой член семьи.

Недостатки

- кипяченое грудное молоко хуже обычного грудного молока защищает ребенка от инфекций, хотя и лучше, чем искусственные смеси.
- сцеживание и кипячение молока требуют определенного времени и должны проводиться часто. Ребенка следует кормить из чашки; освоение этого метода требует времени.
- грудное молоко необходимо хранить в прохладном месте и использовать в течение часа после кипячения.
- необходимо иметь источники энергии для нагревания молока и чистую воду для мытья чашки ребенка и посуды для хранения молока.
- окружающие могут задавать матери неприятные вопросы, выясняя, почему она сцеживает молоко.

Консультирование женщин с ВИЧ по вопросам вскармливания

Этап 1. Расскажите о риске ПМР

Этап 2. Расскажите о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания, начав с метода, на который изначально настроена мать

Этап 3. Обсудите с женщиной отношения в ее семье, условия проживания

Этап 4. Помогите женщине выбрать наиболее подходящий метод вскармливания

Этап 5. Продемонстрируйте основные приемы, необходимые для кормления ребенка данным методом

6. Этап 6. Дальнейшее консультирование и

Приложение №2

Оценка исходного уровня студентов:

1. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ
2. Естественное течение ВИЧ инфекции
3. Оппортунистические инфекции
4. Влияние АРВ на течение ВИЧ инфекции
5. Пути передачи ВИЧ
6. Медицинские вмешательства с высоким риском заражения
7. Процедуры при которых происходит контакт с биологическими жидкостями
8. ПОСТКОНТАКТНАЯ ПРОФИЛАКТИКЕ
9. Нельзя заразиться ВИЧ :

Приложение №3:

Преподаватель делит группу на 2 подгруппы расчетом 1,2,1,2, и т.д. Все 1 номера составляют первую группу и пересаживаются в левую половину аудитории, все 2 номера – вторую группу – в правую.

Дается задание:

1. Влияние АРВ на течение ВИЧ инфекции

2. Постконтактная профилактика

По жребью команды вытягивают задания. Затем дается время на подготовку 10 мин. для записи ответа группы в рабочие тетради. В группе студенты по окончании задания выбирают представителя для оглашения ответа. Конкурирующая группа вместе являются экспертами.

Обсуждение ответа.

(Инструктаж -5 мин. Деление на группы – 5 мин. Время на подготовку –10 мин, выступление – 20 минут.)

Правильно ответившая группа поощряется и объявляется победителем.

4.2. Аналитическая часть

Задача 1

К специалисту по вопросам консультирования обратилась супружеская пара, в которой оба партнёра инфицированы ВИЧ. Детей решили не иметь.

1. Посоветуйте паре метод контрацепции, приемлемый в их ситуации,

Задача 2

Женщина с ВИЧ-инфекцией живёт в браке с не инфицированным мужем и использует методы естественного планирования семьи. Муж в настоящее время здоров.

1. Правильно ли это?

2. Укажите какие методы необходимо использовать в данном случае.

Тесты:

1. Определение вирусной нагрузки позволяет контролировать.

- А. Риск прогрессирования заболевания.
- Б. Необходимость начала антиретровирусной терапии.
- В. Контроль эффективности антиретровирусной терапии.
- Г. **Всё вышеперечисленное.**

2. Укажите пути передачи ВИЧ-инфекции.

- А. **Парентеральный**
- Б. Бытовой
- В. **ПОЛОВОЙ**
- Г. Все перечисленное

3. Носительство ВИЧ продолжается в течение...

- А. **Всей жизни**
- Б. 5 лет

В. около 20 лет.

Г. Зависит от пути инфицирования.

4. При обращении ВИЧ - инфицированной женщины за помощью по вопросам контрацепции необходимо...

А. Назначить контрацептивное средство

Б. Предоставить информацию о существующих методах контрацепции и дать возможность осуществить выбор самостоятельно

В. Предложить пользоваться исключительно воздержанием

Г. Предоставить информацию о существующих методах контрацепции, выяснить состояние её здоровья и посоветовать наиболее подходящее средство контрацепции

5. Наиболее приемлемым методом контрацепции для пары, в которой один из партнёров ВИЧ-инфицирован является...

А. Презерватив

Б. КОК

В. ЧПК

Г. ВМС

6. Наиболее приемлемым методом для супружеской пары, в которой оба супруга инфицированы ВИЧ и есть здоровые дети, является...

А. ВМС Б. ЧПК

В. ДХС Г. Презерватив

7. критериями высокой достоверности ВИЧ-инфицированности являются

А. Выделение вируса из крови и тканей.

Б. Определение антител к ВИЧ.

В. Определение уровня CD4+ лимфоцитов.

Г. Определение иммуноглобулина в сыворотке

8. Стадия первичных проявлений включает...

А. Прогрессирующую потерю массы тела более 10%

Б. Прогрессирующую лейкоэнцефалопатию

В. Волосистую лейкоплакию

Г. ПГЛ

9. Уровень CD4+ лимфоцитов, при котором развивается СПИД...

А. 580 в 1 мкл ...

Б.499в1мкл

В. 1200в1мкл

Г. 200 в 1 мкл

10. Спермициды...

А. Увеличивают риск трансмиссии ВИЧ при половом контакте Б, Не влияют на риск трансмиссии ВИЧ при половом контакте В. Уменьшают риск трансмиссии ВИЧ при половом контакте

Г. Ухудшают течение ВИЧ-инфекции

11. ВМС являются...

А. Наиболее приемлемым методом контрацепции у ВИЧ - инфицированной пациентки

Б. Наиболее неприемлемым методом контрацепции у ВИЧ - инфицированной пациентки

В. Методом, альтернативным презервативу

Г. Методом краткосрочной контрацепции для ВИЧ-инфицированной пациентки

12. Консультирование - это...

А. Форма психологической и медицинской поддержки Б. Форма юридического воздействия

8. Директивная форма общения с пациентом

Г. Предоставление пациенту информативных фактов без дальнейшего пояснения их последствий

13. МЛА, как метод контрацепции у ВИЧ-инфицированных...

А. Не приемлем

Б. Приемлем в любом случае

В. Приемлем в экономически неразвитых странах, где риск детской смертности от диареи значительно выше, чем от ВИЧ-инфекции

4.3. Практическая часть

Перечень практических навыков:

1. Проведение теста на беременность

2. Осмотр в зеркалах

3. Бимануальный осмотр

7. Контрольные вопросы.

Контрольные вопросы:

1. Клиническое течение Вич-Инфекции

2. Оппортунистические инфекции

3. Влияние АРВ на течение ВИЧ инфекции

4. Пути передачи ВИЧ

5. Медицинские вмешательства с высоким риском заражения

6. Процедуры при которых происходит контакт с биологическими жидкостями

7. Постконтактная профилактика.

Занятие № 15. Лихорадка после родов. Профилактика инфекции. Послеродовые септические осложнения.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Диагностика послеродовых гнойно-воспалительных осложнений. 2.Принципы ведения женщин с послеродовыми гнойно-воспалительными осложнениями.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения беременности и родов при рубцах на матке, принципами антенатального ухода, патологическими явлениями при беременности и осложнениями со стороны матери и плода.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2.Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают

	5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

Послеродовым периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как *ранний послеродовой период*. По истечении этого времени начинается *поздний послеродовой период*.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. Значительная часть сосудов облитерируется и превращается в соединительно-тканые тяжи.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем

послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в послеродовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а *максимальная* физиологическая - не более 0,5% от массы тела роженицы.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 30-60 мин.) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие *нагрубания*. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество *лохий*. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозно-сукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются. Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

В послеродовом отделении родильница находится под наблюдением акушеров. Ежедневно во время обхода доктор определяет скорость сокращения матки, характер послеродовых выделений, осматривает молочные железы. При наличии швов на промежности (после разрывов, эпизиотомии) или на передней брюшной стенке (после операции кесарева сечения) родильницу раз в день приглашают в процедурный кабинет для обработки швов. И конечно, каждое утро послеродового отделения начинается с измерения температуры тела.

Температура тела - очень важный критерий, по которому врачи могут судить об общем состоянии молодой мамы и восстановлении ее организма после родов. При развитии любого осложнения послеродового периода практически всегда повышается температура. Причем чаще всего подъем температуры является первым признаком начинающегося осложнения. По характеру подъема температуры, цифрам и времени его появления медики могут быстрее установить, а затем и устранить причину заболевания. Микрофлора при послеродовых заболеваниях разнообразна, но наиболее часто встречаются стафилококки, бактерии коли-группы, энтерококки.

Предрасполагающими факторами развития гнойно-септических заболеваний послеродового периода являются:

- Наличие в анамнезе экстрагенитальных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыводящих путей), вирусно-респираторных, эндокринных заболеваний.
- Бессимптомная бактериурия
- Хронические воспалительные заболевания органов малого таза, трихомонадный, хламидиозный кольпит.
- Инвазивные методы исследования плода
- Патологическое течение родов:
 - длительный безводный промежуток.
 - затяжные роды

-роды, осложнённые оперативными вмешательствами (рассечение промежности, ручное отделение и выделение последа, наложение акушерских щипцов, кесарево сечение и др.)

- патологическая кровопотеря
- высокая частота влагалищных исследований в родах.

Быстрая первичная оценка при высокой температуре после родоразрешения (температура 38°C и выше, при всех ниже перечисленных диагнозах)

Спросите:

- Наблюдается ли у женщины слабость или сонливость
- Частое болезненное мочеиспускание.

Проверьте:

- Находится ли женщина без сознания
- Температура 38°C или выше, PS, АД
- Ригидность мышц шеи
- Легкие: поверхностное дыхание
- Живот: сильная болезненность
- Вульву: гнойные выделения
- Молочные железы: болезненность

Стабилизируйте состояние женщины:

- Назначьте Ампициллин 2г в/в каждые 6 часов плюс Гентамицин 5мг/кг веса в/в каждые 24 часа ПЛЮС Метронидазол 500 мг в/в каждые 8 часов
- Срочно переведите женщину в медицинское учреждение более высокого уровня.
- Приступайте к в/в введению жидкости по возможности в две вены с использованием иглы или катетера большого диаметра.
- Быстро введите лактат Рингера или физиологический раствор со скоростью 1 литр в течение 15-20 минут. Необходимо ввести 2 л жидкости в течение первого часа.

При наличии признаков шока:

- Уложите женщину набок, чтобы дыхательные пути оставались открытыми. Если женщина не дышит, начать меры по оживлению;
- Убедитесь, что женщина дышит. • Накрыть женщину одеялом, чтобы она согрелась;
- До и во время транспортировки женщины приподнимите её ноги, путем поднятия ножного конца кровати;
- Продолжайте контролировать жизненно важные функции (АД, пульс, ЧД) и температуру тела каждые 15 мин.
- Переоценить ответную реакцию женщины на в/в введение жидкости через 30 минут на признаки улучшения: стабилизирующийся пульс (90 уд/мин или менее), повышающееся систолическое кровяное давление (100 мм. рт.ст. или более), уменьшение спутанности сознания или тревожности, увеличивающаяся выработка мочи (30 мл/час или более).
- Если состояние женщины улучшается - сократить скорость в/в вливания до 1 л в течении 6 часов.
- Продолжать искать основолежущую причину шока.
- Если состояние женщины не улучшается - скорректировать скорость в/в вливания до 1 л в течение 6 часов, продолжать давать кислород 6-8 л/мин, следить за жизненными показателями организма и выработкой мочи, при возможности провести дополнительные лабораторные анализы.
- Заполнить необходимую историю болезни, произвести физический осмотр и анализы для

определения причины шока, если таковая до сих пор неизвестна

По масштабу развившегося патологического слеродового периода принято делить **на локальные** (местные), то есть ограниченные одним органом или анатомической областью, и **генерализованные** - захватывающие весь организм.

К локальным осложнениям относятся послеродовая язва, метроэндометрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвеоперитонит, мастит и тромбоз флорит. Симптоматика любого из перечисленных заболеваний сочетается подъем температуры с характерными признаками воспаления определенного органа,

Послеродовая язва - гнойно-воспалительный процесс в области раны, образовавшейся во время родов. Язва может образоваться при попадании инфекции на трещину, разрыв, область шва на промежности, стенке влагалища или шейке матки. Температура повышается до субфебрильных цифр (37-38°C) примерно через две недели после родов. Кроме лихорадки молодую маму беспокоит боль и чувство жжения в области половых органов. На месте повреждения образуется гнойный налет, ткани вокруг выглядят покрасневшими и отечными. При этом осложнении следует обращаться к врачу. Лечение включает антибактериальную терапию, постельный режим, ранозаживляющую терапию.

Метрит - воспаление матки. Возникает на 1-5 сутки после родов.

Патогенез: инфицирование остатков плодного яйца, которые подвергаются гнилоственному разложению с последующим проникновением в кровеносное русло патогенных бактерий и их токсинов, что проявляется симптомами интоксикации.

Клинические симптомы: повышение температуры тела 38-40°C, озноб, боль внизу живота, гнойные, дурно пахнущие выделения.

Критерии диагностики: при осмотре общее состояние роженицы средней тяжести или тяжелое. Температура тела 38-40°C, пульс - выражена тахикардия. При пальпации живота определяется субинволюция матки, болезненность её по рёбрам. При осмотре в зеркалах: во влагалище, на шейке матки выражены явления застоя, эрозивные лохии. Бимануальный осмотр выявляет замедление закрытия цервикального канала, болезненную экскурсию шейки матки, замедление инволюции матки, болезненность её при исследовании. В общем анализе крови выражен лейкоцитоз с нейтрофилёзом, токсическая зернистость лейкоцитов, ускорение СОЭ. Для ранней и точной диагностики применяют УЗИ матки, что позволяет установить степень ее инволюции, наличие остатков плодного яйца.

Тактика ВОП: госпитализация роженицы в гинекологическое отделение стационара. Несвоевременное или неадекватное лечение метрита может привести к тазовому абсцессу, перитониту, септическому шоку, тромбозу глубоких вен, легочной эмболии, хронической инфекции таза с постоянной болью в тазу и диспареунией, непроходимости маточных труб и бесплодию

Метроэндометрит - воспаление внутренней поверхности матки. Возникает при гематометре (скоплении в полости матки послеродовых кровянистых выделений), пиометре (нагноении задержавшегося в полости матки сгустка), при задержке в полости матки дольки плаценты или оболочки, при попадании инфекции в полость матки восходящим путем (из влагалища), при обострении застарелого метроэндометрита. Температура повышается до фебрильных (38-39°C) цифр на 3-4-е сутки после родов, подъем температуры сопровождается ознобом. Снижается аппетит, нарушается сон. Матка не сокращается, болезненна при врачебном осмотре. Меняется характер, запах и цвет послеродовых выделений: они становятся зловонными, мутными, а общее количество суточных выделений может увеличиваться. Количество выделений может также уменьшиться, т.к. их отток из матки нарушен. Так бывает при спазме мускулатуры шейки матки. Лечение проводится в стационаре. Больной рекомендуют постельный режим, антибиотики, витаминотерапию, препараты, стимулирующие сокращение матки. При необходимости производят промывание матки - удаление патологических выделений, сгустков, введение антисептической жидкости.

Параметрит - воспаление жировой клетчатки, окружающей матку. Обычно возникает с одной стороны, реже бывает двусторонним. Чаще всего инфекция проникает в параметрий через разрывы шейки матки и влагалища. Температура повышается на 10-12-й день после родов до фебрильных и высоких цифр (38-41°C), сопровождается сильным ознобом.

Молодую маму беспокоят боли внизу живота, иногда - нарушение и болезненность мочеиспускания и дефекации. На месте воспаления может образоваться гнойник. Лечение стационарное, аналогичное консервативной терапии при метроэндометрите. При необходимости производят хирургическое вскрытие гнойника.

Пельвеоперитонит - воспаление брюшины малого таза. Температура повышается на 15-25-й день после родов до фебрильных, высоких и даже чрезмерных (до 42°C) цифр, сопровождается сильнейшим ознобом. Одновременно с лихорадкой появляются резкие боли внизу живота, тошнота, рвота, значительное ухудшение общего состояния. При подозрении на данное осложнение необходимо срочно вызывать «скорую помощь» для немедленной госпитализации. Лечение включает строгий постельный режим, антибиотики, витамины, иммуностимулирующие препараты.

Тромбофлебит - воспаление стенки вены с последующим образованием тромба, который сужает просвет вены, затрудняя или нарушая кровоток. Тромбофлебит вен матки обычно возникает на фоне метроэндометрита; может распространяться на вены таза и ног. Реже развивается как обострение хронического тромбофлебита. Температура повышается на 2-3-й неделе после родов, нередко сопровождается ознобом, достигает высоких цифр и может держаться 2-3 недели. По ходу сосуда наблюдается болезненность и покраснение, при закупорке сосуда тромбом возникает отек ноги. При возникновении тромбофлебита необходима госпитализация в отделение сосудистой хирургии, где молодой маме назначат антикоагулянтную (препятствующую излишней свертываемости крови) и противовоспалительную терапию.

Лактостаз-состояние, характеризующееся застоем молока в молочной железе. Возникает на фоне пропуска одного или нескольких очередных кормлений, неравномерного расцеживания молочной железы, закупорки одного или нескольких млечных протоков, предшествующего общего переохлаждения (при сквозняке) или перегрева (в бане, на пляже). Температура может подниматься в пределах фебрилитета (до 39°C). Другими жалобами являются боль и чувство переполнения в одной из долек молочной железы; общее состояние молодой мамы обычно не страдает. Температура снижается сразу после полноценного опорожнения груди, т.е. в данном случае важно продолжать кормить ребенка по требованию этой грудью. При отсутствии адекватных мер лактостаз может перейти в мастит.

Тактика ведения:

1. Если женщина кормит грудью и ребёнок не способен к сосанию, убедите женщину сцеживать молоко рукой или молокоотсосом.

2. Женщина кормит грудью и ребёнок способен к сосанию:

- Убедите женщину кормить чаще, прикладывая младенца к обеим молочным железам при каждом кормлении.

- Покажите женщине, как держать ребёнка и помогите ей прикладывать его к груди.

Объясните проведение расслабляющие мероприятия до кормления:

- приложить тёплый компресс к молочным железам непосредственно перед кормлением или принять тёплый душ

- массировать женщине спину и шею

- сцедить немного молока руками до кормления и намочить им область вокруг сосков, чтобы помочь ребёнку присосаться к соску матери правильно и без труда

Расслабляющие мероприятия после кормления:

- поддерживать грудь повязкой или бюстгалтером

- приложить холодный компресс к молочным железам между кормлениями для уменьшения набухания и боли

Назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости.

Если кормление грудью отсутствует:

- избегайте массажа и прикладывания тепла к груди
- избегайте стимуляции сосков
- назначьте парацетамол 500 мг перорально при необходимости.

Мастит- воспаление тканей молочной железы. Возбудителем заболевания могут быть стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, иногда протей синегнойная палочка, анаэробная флора, грибы. Возможны также туберкулезный и сифилитический маститы.

Классификация:

- по характеру течения различают острый и хронический мастит
- по характеру воспалительного процесса – серозный, острый инфильтративный и деструктивный (абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный) мастит.

. Входными воротами обычно служат трещины на сосках, реже микробы попадают в млечные протоки с током крови или лимфы из других очагов инфекции. Заболевание начинается с резкого скачка температуры до 39°C и выше с ознобом. Появляется боль в молочной железе, общее недомогание, головная боль. Грудь увеличивается, может возникнуть покраснение кожи над воспаленным уплотненным участком железы. Отмечается лактостаз - закупорка млечных протоков с нарушением оттока молока. При попытке сцеживания из выводных протоков на соске могут выделяться капельки гноя. При возникновении подобных симптомов следует немедленно обращаться к врачу. При мастите проводят консервативное (антибиотикотерапия) и при необходимости (при гнойном мастите) - хирургическое лечение.

Тактика ВОП: направить на консультацию к хирургу. Убедить женщину продолжить грудное вскармливание, поддерживать грудь бюстгалтером, прикладывать холодный компресс к груди для уменьшения боли и набухания в течение трех дней, так же назначить парацетамол 500 мг перорально при необходимости.

Абсцесс молочной железы - ограниченный воспалительный процесс.

Клиническая картина, диагностика: усиливающийся озноб, температура тела постоянно высокая или гектическая, резкая болезненность и увеличение пораженной молочной железы, выражена эритема, подкожная венозная сеть расширена. При осмотре: регионарный лимфаденит, флюктуирующая опухоль в груди, возможно вытекание гноя.

Тактика ВОП: госпитализация в хирургическое отделение стационара.

Тромбоз глубоких вен – тромбофлебит вен матки, таза и бедренных вен. Развивается чаще на второй - третьей неделе после родов, сопряжен с высоким риском тромбоэмболии легочной артерии.

Факторы риска: возраст старше 40 лет, больше пяти родов в анамнезе, варикозное расширение вен, анемия, тромбоэмболии или травмы (с нарушением целостности эндотелия) в анамнезе, нефротический синдром. оперативное родоразрешение (кесарево сечение, акушерские щипцы), венозный застой (длительный постельный режим), тяжелая преэклампсия (снижение уровня антитромбина 111)

Клиника. Больная предъявляет жалобы на боли в икроножной мышце, увеличение в объеме конечности, изменение цвета кожи пораженной конечности, повышение температуры, недомогание по ходу пораженной вены, локальное повышение температуры. Может быть поражение обеих конечностей. При гинекологическом исследовании необходимо оценить состояние швов на промежности и во влагалище, выделения из цервикального канала, формирование цервикального канала. При тромбофлебите вен матки на второй неделе после родов внутренний зев приоткрыт, матка увеличена, болезненна по ребрам, тромбированные вены пальпируются в виде извитых шнуров или чувствительного инфильтрата при отеке.

Тактика ВОП: срочная госпитализация в хирургическое отделение стационара. Профилактика: всем женщинам с варикозно расширенными венами рекомендовано ношение эластичных колготок, регулярное бинтование пораженных конечностей.

Острый пиелонефрит- это острая инфекция верхних отделов мочевыводящей системы, в основном почечных лоханок, которая может также затронуть почечную паренхиму

Клинические признаки: высокая температура, озноб, дизурические расстройства, увеличение частоты и позывов к мочеиспусканию, боль в животе, поясничная боль, боль за или над лобком, отсутствие аппетита, тошнота, рвота.

Обследование: при осмотре – положительный симптом поколачивания; в общем анализе крови – анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренное СОЭ; в общем анализе мочи-лейкоцитурия, бактериурия (свыше 10^5 бактерий в 1 мл мочи), протеинурия (обычно менее 1 г/л); в анализе мочи по Нечипоренко- лейкоцитурия свыше $25 \cdot 10^3$; посев мочи на флору с определением чувствительности к антибиотикам; УЗИ почек-расширение чашечно-лоханочной системы.

Тактика ВОП: госпитализация в отделение терапии / нефрологии / урологии. Эффективность терапии послеродовых заболеваний должна оцениваться не только на основании того, спасена или нет жизнь больной, но и в значительной степени состояния больной, отсутствия инвалидизации, осложнений и хронических заболеваний в дальнейшем

Постстационарная реабилитация больных перенесших послеродовые инфекционные заболевания представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий направленных на восстановление здоровья, функций всех систем организма нарушенных вследствие заболевания.

Всем женщинам, перенесшим послеродовые гнойно-септические заболевания необходимо разъяснение значения гигиенических мероприятий, рационального питания и отдыха в домашних условиях.

Для уменьшения спаечных процессов, болевого синдрома больным, перенесшим метрит, перитонит применяют физиотерапевтическое лечение: электрофорез, ультразвук на курс 6-12 процедур. При метрите физиотерапевтическое лечение начинают через 2 дня после нормализации температуры, при перитоните на 10-12-е сутки после релапаротомии, извлечения дренажей и заживления швов.

При длительном и тяжёлом течении заболевания лечение назначают в более поздние сроки.

Больным, перенесшим перитонит после кесарева сечения, требуется наблюдение до 1 года.

Курортное лечение, включающие сероводородные, нарзанные, радоновые ванны и грязелечение, может быть применено не ранее чем через 2 года.

Больные, перенесшие тромбоз в послеродовом периоде нуждаются в постоянном наблюдении. При наличии явлений посттромботического синдрома (постоянные боли и отёчность больной ноги) рекомендуется лечение у хирурга - флеболога.

К генерализованным формам послеродовых осложнений относится перитонит (воспаление брюшины во всей брюшной полости) и сепсис (состояние, при котором микробы размножаются в крови и разносятся по всему организму, а их токсины - яды - вызывают общее отравление). Эти заболевания являются следствием нелеченых локальных послеродовых осложнений. Состояние женщины при любом из этих осложнений крайне тяжелое, может быть нарушено сознание. Температура держится в пределах $39-42^{\circ}\text{C}$, сопровождается ознобами и проливными потами. Лечение стационарное, комплексное (консервативное и хирургическое). Эти осложнения опасны для жизни.

Повышенная температура - не всегда воспаление

Не всегда повышение температуры тела свидетельствует о развитии заболевания. Температурный режим тела может меняться при стрессе, аллергических реакциях, переливании крови и кровезаменителей, гормональных всплесках, наконец, при

банальном перегреве. Послеродовой период не является исключением: в первые дни материнства возможны случаи подъема температуры без наличия патологического процесса. Вот некоторые из них:

Момент наступления лактации (первый «приход молока») связан с повышенной гормональной активностью и перенаполнением еще неразработанных млечных протоков. Практически всегда в это время происходит повышение температуры в пределах 38°C. Температура нормализуется после кормления грудью или расцеживания.

Аллергические реакции на введение некоторых препаратов, пищевые продукты, запахи в первые дни после родов могут усилиться и довольно часто сопровождаются подъемом температуры.

В любом случае при подъеме температуры после родов следует, не откладывая, проконсультироваться с врачом. Доктор сможет вовремя поставить правильный диагноз или, напротив, успокоить вас, исключив развитие того или иного послеродового осложнения. Правильный диагноз и своевременно начатое лечение помогут вам быстрее выздороветь и с новыми силами приступить к материнским обязанностям. Помните: молодая мама должна быть здоровой - ведь от этого зависит здоровье малыша!

Постстационарная реабилитация больных перенесших послеродовые инфекционные заболевания представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий направленных на восстановление здоровья, функций всех систем организма нарушенных вследствие заболевания.

Всем женщинам, перенесшим послеродовые гнойно-септические заболевания необходимо разъяснение значения гигиенических мероприятий, рационального питания и отдыха в домашних условиях.

Для уменьшения спаечных процессов, болевого синдрома больным, перенесшим метрит, перитонит применяют физиотерапевтическое лечение: электрофорез, ультразвук на курс 6-12 процедур. При метрите физиотерапевтическое лечение начинают через 2 дня после нормализации температуры, при перитоните на 10-12-е сутки после релапаротомии, извлечения дренажей и заживления швов.

При длительном и тяжёлом течении заболевания лечение назначают в более поздние сроки.

Больным, перенесшим перитонит после кесарева сечения, требуется наблюдение до 1 года.

Курортное лечение, включающие сероводородные, нарзанные, радоновые ванны и грязелечение, может быть применено не ранее чем через 2 года.

Больные, перенесшие тромбоз в послеродовом периоде нуждаются в постоянном наблюдении. При наличии явлений посттромботического синдрома (постоянные боли и отёчность больной ноги) рекомендуется лечение у хирурга - флеболога.

Профилактика послеродовой инфекции ВОП до родов включает рекомендации по рациональному режиму дня и питания, лечебную физкультуру, комплексное обследование, выявление и санирование хронически протекающих инфекционно-воспалительных заболеваний, обучение беременных женщин правилам грудного вскармливания и ухода за молочными железами. В родильном доме – строгое соблюдение правил асептики и антисептики во время родов и в послеродовом периоде, предупреждение образования трещин сосков и застоя молока у кормящей женщины.

Контрацепция у женщин перенесших лихорадку после родов зависит от того, продолжается грудное вскармливание или нет, были ли тромбозомболические осложнения, была ли источником инфекции матка или другие органы. При перенесенных тромбозомболических осложнениях КОК абсолютно противопоказаны (ВОЗ- класс 4), даже если женщина не кормит грудью, так как увеличивается риск развития венозных

нарушений свертывания крови. После перенесенного метрита, введение ВМС необходимо отложить на 3 месяца с момента полного устранения инфекции (ВОЗ-класс 4). Если женщина кормит грудью, но не соблюдает МЛА и при лихорадке не было тромбэмболических осложнений, КОК можно использовать не раньше 6 недель после родов (ВОЗ-класс 3), учитывая выздоровление и неприемлемость других методов. Барьерные методы, спермициды, ЕПС, ЧПК можно использовать сразу после выздоровления и возобновления половой активности, но с учетом общих принципов применения их в послеродовом периоде.

Трубная окклюзия возможна через 6 недель после перенесенной послеродовой лихорадки

Игра «Метод разрешения проблем» - используется на этапе обсуждения и укрепления теоретических знаний, полученных студентами и данных практических работ.

Преподаватель предлагает студентам разделиться на три группы. Студенты расчлняются на первый, второй; все первые номера – первая группа, все вторые – вторая.

Каждой группе путем жеребьевки раздается тема: ФПН, ЗВУР

Необходимо подготовить ответы на следующие вопросы:

причины ФПН, ЗВУР

причины ФПН, ЗВУР

диагностические критерии

алгоритм действий

принципы лечения

показания к прерыванию беременности

В группе студенты по окончании задания выбирают представителя для оглашения ответа. Конкурирующая группа является экспертами вместе с преподавателем.

Инструктаж – 3 мин.; деление на группы – 2 мин.; время на подготовку-10 мин.; выступление представителя группы - по 8 мин. = 24 мин; обсуждение ответов – 6 мин.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Мяч с вопросами»

Приложение № 2 Ситуационная задача

Больная утром доставлена в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли в животе, сопровождающиеся рвотой, задержкой газа и мочеиспускания. Заболела ночью, когда проснулась от кратковременная потеря сознания. Боли режущего характера, постоянные. менструирует всегда регулярно, последние месячные были неделю тому назад, пришли в срок. Имела двое нормальных родов, последние роды 2 недели тому назад.

Объективно : состояние средней тяжести. Пульс – 110 уд. 1 мин. удовлетворительного наполнения, ритмичный. Тем. 37,4. Язык суховат, живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации, в акте дыхания не участвует. Краткое, учащенное дыхание. В левой половине живота через брюшную стенку прощупывается опухоль с расплывчатыми контурами.

При влагалищном исследовании: Вход во влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка проводной оси таза, несколько увеличена, ограниченно подвижна, резко болезненна при движениях. Через левый свод высоко определяется опухоль без четких контуров. Правые придатки не определяются, своды свободны, но напряжены.

Диагноз? Терапия?

Предварительный диагноз: Послеродовый эндометрит..

I. Основные методы обследования.

1. Осмотр в зеркалах
2. Бимануальное исследование
3. Оценить общее состояние беременной

III. Дополнительные методы обследования

1. Измерение артериального давления на двух руках
2. Определение пульса
3. Аускультация сердца и легких беременной
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывания крови
7. Определение ферменты
8. Биохимические анализы крови

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика.

VI. Лечение.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Принципы лечения хронических воспалительных заболеваний половых органов

- 1 Проведение провокации хронического процесса
- 2 Начинать лечение сразу после менструации
3. После провокации проведение бактериологического и бактериоскопического исследования влагалищного секрета
- 4 Назначение антибактериальных препаратов после провокации с учетом чувствительности к ним микроорганизма
- 5 Назначение антибактериальных препаратов сразу после обращения женщины к врачу
- 6 Начинать лечение вне зависимости от фазы менструального цикла
- 7 Начинать лечение в середине менструального цикла
- 8 При первичном осмотре назначают бактериологическое исследование секрета влагалища и затем антибактериальную терапию

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

2. Когда назначают физиотерапевтическое лечение при воспалительных процессах

1. После проведения антибактериальной терапии, когда исчезнут симптомы воспаления
- 2 При СОЭ (скорость оседания эритроцитов) не более 24 мм.в час
- 3 Параллельно с антибактериальной терапией
- 4 При СОЭ не более 5 мм.в час

*1,2

3,4

1,3

2,4

3. Какие клинические симптомы хронического воспаления придатков матки?

- 1 Тупые боли внизу живота и пояснице, возникающие при охлаждении.
 - 2 Нарушение менструального цикла
 - 3 Нарушение общего состояния /неуравновешенность, раздражительность, подавленность/
 - 4 Озноб
 - 5 Острые боли внизу живота
 - 6 Повышение температуры
- *1,2,3
4,5,6
1,3,5
1,2,3,4,5,6

4. Все следующие факторы повышают риск развития ВЗОТ, кроме:

- 1 Применение пероральных контрацептивов
 - 2 Использование презервативов
 - 3 Половая жизнь в браке
 - 4 Использование ВМС
 - 5 Начала половой жизни в 15 лет
 - 6 После медицинских аборт
- *1,2,3
4,5,6
1,3,5
2,4,6,3

5. Какие клинические симптомы хронического воспаления придатков матки?

- 1 Тупые боли внизу живота и пояснице, возникающие при охлаждении.
 - 2 Нарушение менструального цикла
 - 3 Нарушение общего состояния /неуравновешенность, раздражительность, подавленность/
 - 4 Озноб
 - 5 Острые боли внизу живота
 - 6 Повышение температуры
- *1,2,3
4,5,6
1,3,5
1,2,3,4,5,6

6. Все следующие факторы повышают риск развития ВЗОТ, кроме:

- 1 Применение пероральных контрацептивов
 - 2 Использование презервативов
 - 3 Половая жизнь в браке
 - 4 Использование ВМС
 - 5 Начала половой жизни в 15 лет
 - 6 После медицинских аборт
- *1,2,3
4,5,6
1,3,5
2,4,6,3

Контрольные вопросы:

1. Какой контингент беременных и родильниц относится к группам риска на развития инфекционных осложнений?
2. Опишите клиническую картину эндометрита после родов?
3. Расскажите меры по предупреждению развития септических осложнений.

Занятие № 16. Репродуктивное здоровье и принципы ВОЗ по планированию семьи.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1. Основы репродуктивного здоровья. 2. Правила консультирования по вопросам планирования семьи.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов с основами репродуктивного здоровья и планирования семьи.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1. Подготовить текст по теме. 2. Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

Планирование семьи для рождения только желанных детей следует рассматривать, как неотъемлемое право женщины на сохранение своего здоровья, здоровья настоящих и будущих детей. В мире ежегодно производится от 36 до 53 млн. аборт, т.е. каждый год около 4% женщин фертильного возраста подвергаются данному оперативному вмешательству (Саидова Р.А., Макацария А.Д., 2004). Предупреждение беременности у

женщин моложе 19 лет и старше 35 лет, а также соблюдение интервала между родами не менее 2–2,5 лет снижают материнскую и детскую смертность более чем в 2 раза .

Контрацепция позволяет снизить влияние важного негативного фактора репродуктивного здоровья женщин — числа аборт. Осложнения медицинского аборта составляют около 20% в структуре причин материнской смертности. В целом частота ранних, отсроченных и отдаленных осложнений после аборта колеблется от 16 до 52% (Бушмелева Н.Н., 2006). По данным Савельевой И.С. (2003), при наличии одного-двух абортов вероятность развития осложнений определяется в 3-4%, при наличии в анамнезе 3-4 – 18-20%; женщины, перенесшие 6-7 абортов, в 100% случаев рискуют иметь осложнения. Небольшой интервал между беременностями (от 3 до 18 мес. между родами и зачатием) негативно влияет на здоровье новорожденных и матерей, повышая частоту преждевременных родов, рождение детей с низкой массой тела, раннюю неонатальную и младенческую смертность (Твалчрелидзе М.Ю., 2008). Предполагается, что эта взаимосвязь обусловлена в первую очередь неполным восстановлением организма матери от родового стресса и недостатком жизненно важных веществ в ее организме.

В этой связи контрацепция в послеродовом периоде имеет первостепенное значение для сохранения общего и репродуктивного здоровья женщины. Например, в американской национальной программе «Здоровое население 2010» (HealthyPeople 2010) поставлена цель снизить долю родов в сроки до 24 мес. после предшествующего родоразрешения с 11% (1995) до 6% 53. В США к послеродовой контрацепции прибегают 77,9-89,9% женщин. В России этот показатель находится на неудовлетворительном уровне – согласно государственной статистике, использование современных средств контрацепции составляет 22,9% (Гос.доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации, 2007).

Пероральные контрацептивы представляют собой препараты стероидных гормонов. Они препятствуют наступлению беременности за счет подавления овуляции. Можно применять как эстрогены, так и прогестагены. Эти препараты часто комбинируют, поскольку по отдельности их приходится назначать в более высоких дозах, что значительно повышает риск межменструальных кровянистых выделений и других осложнений.

Комбинированные пероральные контрацептивы принимают в течение 21 сут, начиная в один из первых 5 дней менструального цикла. Противозачаточное действие пероральных контрацептивов обеспечивают в основном прогестагены. Они предотвращают овуляцию, изменяют состояние эндометрия и свойства шейечной слизи. Эстрогены же необходимы для укорочения менструальноподобной реакции. Кроме монофазных (содержащих прогестагены и эстрогены в соотношении 1:1) существуют двух- и трехфазные препараты. Они содержат гормоны в разных соотношениях (двухфазные — для 10 и 11 сут, а трехфазные — для каждых 7 сут приема). По сравнению с монофазными пероральными контрацептивами общая доза гормонов в них меньше.

1. Влияние на организм. При приеме пероральных контрацептивов могут изменяться биохимические показатели крови, что затрудняет диагностику ряда заболеваний. Кроме этого пероральные контрацептивы могут непосредственно влиять на отдельные органы, что нередко служит основанием для отмены препарата.

а. Половые органы и молочные железы. Подавление овуляции снижает риск фолликулярных кист яичников. У монофазных пероральных контрацептивов с низким содержанием гормонов и трехфазных препаратов этот эффект менее выражен. Комбинированные пероральные контрацептивы вызывают преждевременную секреторную трансформацию эндометрия, что приводит к аменорее. Ранее применявшиеся комбинированные пероральные контрацептивы содержали высокие дозы гормонов и нередко ускоряли рост миомы матки. Современные препараты содержат менее 0,05 мг этинилэстрадиола и не оказывают такого действия. Вопрос о влиянии пероральных контрацептивов на развитие дисплазии и рака шейки матки остается

спорным [4]. Установлено, что пероральные контрацептивы снижают риск доброкачественных новообразований молочной железы. Риск развития злокачественных новообразований молочной железы не зависит от приема пероральных контрацептивов, однако эти препараты могут ускорять рост уже имеющейся опухоли [4]. Прием комбинированных пероральных контрацептивов (в отличие от приема мини-пилей) подавляет лактацию и уменьшает содержание в молоке белков и жиров. Нагрубание молочных желез, часто наблюдающееся при приеме пероральных контрацептивов, обусловлено эстрогенным компонентом. Пероральные контрацептивы примерно в 2 раза снижают риск воспалительных заболеваний половых органов [5].

б. Эндокринные железы. Под действием эстрогенов повышается общее содержание транскортина и транстиретина в сыворотке. Функция коры надпочечников и щитовидной железы при этом не изменяется. Пероральные контрацептивы несколько снижают толерантность к глюкозе, но не повышают риск сахарного диабета. Если в анамнезе имеется диабет беременных, пероральные контрацептивы не противопоказаны. У больных сахарным диабетом использование пероральных контрацептивов допустимо только в отсутствие других противопоказаний и вредных привычек. При этом в течение первой недели приема необходимо ежедневно определять уровень глюкозы плазмы, а затем регулярно измерять уровень гликозилированного гемоглобина [6]. Лучше назначать пероральные контрацептивы со слабым андрогенным действием, например содержащие норгестимат и дезогестрел.

в. Другие органы. Под действием пероральных контрацептивов, вследствие активации ренин-ангиотензиновой системы, изредка развивается артериальная гипертензия. После отмены препарата АД обычно нормализуется (см. гл. 1, п. П.А.2.а.3). Возможны незначительное повышение содержания факторов VII, IX, X и фибриногена, а также преходящее повышение некоторых биохимических показателей функции печени. Холестаз при приеме пероральных контрацептивов встречается примерно так же часто, как и во время беременности. Длительный прием препаратов повышает риск некоторых опухолей печени. Также может наблюдаться хлоазма (гиперпигментация кожи лица в форме бабочки), которая иногда сохраняется после отмены препарата.

На фоне приема пероральных контрацептивов могут возникать депрессия, снижение полового влечения, тошнота, рвота и головная боль. Все это, вероятно, связано с действием препаратов на ЦНС.

2. Побочные эффекты пероральных контрацептивов наблюдаются достаточно часто, поэтому о них следует предупреждать каждую женщину. Среди побочных эффектов иногда встречаются серьезные, представляющие угрозу для жизни. Риск оценивают индивидуально.

а. Тяжелые побочные эффекты

1) Сосудистые осложнения

а) Тромбозы вен и ТЭЛА. При приеме пероральных контрацептивов, в зависимости от дозы препарата, в 3—6 раз возрастает риск ТЭЛА [7]. Как показали ретроспективные исследования, это в первую очередь связано с дозой эстрогенов в препарате. Длительность приема пероральных контрацептивов не влияет на риск сосудистых осложнений. Если доза превышает 0,035 мг, риск тромбоза глубоких вен и ТЭЛА значительно повышается [8, 9], а вскоре после отмены препарата — снижается. Это особенно заметно в случаях, когда отсутствуют другие факторы риска тромбоза глубоких вен и ТЭЛА. Тромбоз поверхностных вен при приеме пероральных контрацептивов наблюдается редко.

б) Ранее считалось, что риск ишемического и геморрагического инсультов на фоне приема пероральных контрацептивов увеличивается в среднем в 2—3 раза [7, 10]. Однако недавние исследования показали, что прием пероральных контрацептивов с низким содержанием гормонов не повышает риска этой патологии у здоровых женщин [11, 12]. Сильная и стойкая головная боль служит показанием для отмены пероральных

контрацептивов, поскольку может предшествовать нарушению мозгового кровообращения [13].

в) У женщин старше 35 лет, курящих или страдающих сахарным диабетом, артериальной гипертонией либо гиперлипотеидемией, прием пероральных контрацептивов повышает риск инфаркта миокарда. В исследованиях, проведенных в городах Уолнат-Крик [12] и Педжет Саунд [11], связи между приемом пероральных контрацептивов и инфарктом миокарда обнаружено не было. Считается, что у женщин старше 35 лет (не имеющих вышеперечисленных заболеваний) и у женщин моложе 35 лет прием пероральных контрацептивов не повышает риск инфаркта миокарда.

2) Опухоли

а) Опухоли печени. Установлена связь между приемом пероральных контрацептивов и возникновением аденомы печени [14]. Риск заболевания прямо пропорционален дозе эстрогенов и длительности приема пероральных контрацептивов. Опухоль обильно васкуляризована и опасна внутренними кровотечениями. Хотя аденома печени встречается крайне редко, у каждой женщины, принимающей пероральные контрацептивы, во время ежегодных осмотров следует обязательно пальпировать печень. При подозрении на аденому печени проводят КТ и МРТ. После отмены пероральных контрацептивов опухоль обычно регрессирует. Было высказано предположение о связи печеночноклеточного рака с приемом пероральных контрацептивов [15]. Однако риск заболевания невелик, поскольку у молодых женщин эта опухоль встречается крайне редко. Кроме того, с 60-х гг., когда в США начали применять пероральные контрацептивы, заболеваемость печеночноклеточным раком не повысилась.

б) Рак молочной железы. Влияние пероральных контрацептивов на заболеваемость раком молочной железы изучено наиболее подробно. В большинстве работ, в частности в обширном исследовании «Рак и стероидные гормоны» [16], было установлено, что пероральные контрацептивы не повышают риск рака молочной железы. Более того, гормональная контрацепция может даже снижать риск этого заболевания у женщин в постменопаузе — периоде, когда заболевание встречается более часто [21]. Однако появился ряд сообщений о том, что риск рака молочной железы при длительном приеме пероральных контрацептивов в детородном возрасте увеличивается [17—20]. Эти сообщения оказались достаточно противоречивы, поскольку повышенный риск заболевания обнаруживали у женщин в разных подгруппах (выделенных на основании возраста и ряда других характеристик).

в) Рак яичников и тела матки. Установлено, что, если принимать пероральные контрацептивы в течение года, относительный риск рака эндометрия снижается до 0,5, а рака яичников — до 0,6 [22, 23]. Подобные результаты отмечались практически во всех исследованиях. Риск рака яичников и тела матки начинает снижаться через 3—6 мес приема пероральных контрацептивов и продолжается по крайней мере в течение 15 лет после их отмены.

г) Рак шейки матки. Предполагается, что пероральные контрацептивы несколько повышают риск дисплазии и рака шейки матки [24]. Однако этот вопрос остается спорным, поскольку в большинстве исследований не учитывались важные факторы риска заболевания (большое количество половых партнеров, раннее начало половой жизни, курение). Тем не менее у принимающих пероральные контрацептивы ежегодно проводят цитологическое исследование мазка с шейки матки, окрашенного по Папаниколау.

3) Артериальная гипертония. У большинства женщин АД повышается незначительно. Выраженное повышение АД встречается нечасто и, очевидно, связано с активацией ренин-ангиотензиновой системы под влиянием эстрогенов. Женщинам, принимающим пероральные контрацептивы, необходимо частое измерение АД, особенно в первые месяцы [3]. Уже существующая артериальная гипертония и курение на фоне приема пероральных контрацептивов повышают риск других сердечно-сосудистых

заболеваний. Анамнестические указания на повышение АД во время беременности не считаются противопоказанием к гормональной контрацепции.

4) После отмены пероральных контрацептивов в 0,2—0,8% случаев наблюдается аменорея. В этом случае показано обследование, особенно если аменорея сопровождается галактореей.

б. Другие побочные эффекты включают межменструальные кровянистые выделения, тошноту, рвоту, увеличение веса.

1) В первые 3 мес приема пероральных контрацептивов нередко наблюдаются межменструальные кровянистые выделения. Если они возникают в первой половине менструального цикла, это связано с низким содержанием эстрогенов в препарате, а во второй половине цикла — с низким содержанием прогестагенов. Если выделения наблюдаются более трех месяцев, лучше сменить препарат. Поскольку межменструальные кровянистые выделения вызваны атрофией и децидуальноподобной трансформацией эндометрия, можно дополнительно назначить эстрогены (например, 0,02 мг этинилэстрадиола) в течение 1—3 менструальных циклов [25].

2) Тошнота и рвота обусловлены эстрогенами и обычно возникают в первые месяцы приема пероральных контрацептивов. В этом случае дозу эстрогенов уменьшают либо принимают пероральные контрацептивы в определенное время — за ужином или перед сном.

3) Увеличение веса. Причины — задержка жидкости под влиянием эстрогенов и прогестагенов, избыточное отложение жира в подкожной клетчатке под влиянием эстрогенов, а также повышение аппетита вследствие анаболического действия ряда прогестагенов. Для профилактики увеличения веса важны правильный подбор препарата, низкокалорийная диета и достаточная физическая активность. Потеря веса на фоне приема пероральных контрацептивов может наблюдаться так же часто.

3. Абсолютные противопоказания к назначению пероральных контрацептивов [1].

а. Тромбофлебит, ТЭЛА, геморрагический инсульт или ИБС в анамнезе.

б. Печеночная недостаточность.

в. Подозрение на эстрогензависимые новообразования (рак молочной железы, рак тела матки, аденома печени и др.).

г. Беременность.

д. Анамнестические указания на холестаз беременных.

4. Относительные противопоказания к назначению пероральных контрацептивов.

а. Артериальная гипертония.

б. Эпилепсия.

в. Сахарный диабет или диабет беременных.

г. Мигрень на фоне приема пероральных контрацептивов.

д. Возраст старше 35 лет в сочетании с такими факторами риска, как сахарный диабет, артериальная гипертония, гиперлипотеидемия или курение.

е. Предстоящая обширная операция.

ж. Гиперлипотеидемия или инфаркт миокарда у близких родственников моложе 50 лет (родителей или родных братьев и сестер).

з. Маточные кровотечения неясной этиологии.

и. Серповидноклеточная анемия.

к. Хронический холецистит с частыми обострениями.

5. Выбор препарата

а. При назначении пероральных контрацептивов (см. гл. 1, пп. II.А.3—4) необходимо помнить следующее.

1) Лучше назначать препарат с низким содержанием эстрогенов, поскольку с этим компонентом связано большинство побочных эффектов.

2) Мини-пили менее эффективны, чем комбинированные пероральные контрацептивы.

б. Даже при наличии относительных противопоказаний женщине советуют выбрать другой метод контрацепции. Начинать следует с препарата, содержащего не более 0,035 мг этинилэстрадиола. Перед приемом пероральных контрацептивов женщине рекомендуют ознакомиться с инструкцией и напоминают, что при появлении головной боли, нарушений зрения, боли в ногах, животе или за грудиной ей следует немедленно обратиться к врачу. В отсутствие жалоб контрольный осмотр, включающий пальпацию молочных желез и живота, а также гинекологическое исследование, проводят через 3 мес. Обязательно измеряют АД и проводят цитологическое исследование мазка с шейки матки с окраской по Папаниколау. В дальнейшем контрольные осмотры проводят ежегодно.

в. Мини-пили — пероральные контрацептивы, содержащие только прогестагены. Их назначают, когда эстрогены, а следовательно и комбинированные пероральные контрацептивы, противопоказаны. Недостатки этих препаратов — высокий риск нарушений менструального цикла и более низкая эффективность по сравнению с комбинированными пероральными контрацептивами. Тем не менее мини-пили — достаточно эффективный метод контрацепции, незаменимый для некоторых женщин.

Б. Другие гормональные контрацептивы

1. Норплант — подкожный имплантат, состоящий из 6 силиконовых капсул размером 34 × 2,4 мм каждая. Капсулы содержат левоноргестрел, который на протяжении 5 лет постепенно поступает в кровь (по 0,08 мг/сут). Капсулы имплантируют под кожу внутренней поверхности плеча и удаляют по истечении 5 лет. Эффективность Норпланта колеблется от 0,2 беременности на 100 женщин в течение первого до 1,1 беременности на 100 женщин в течение пятого года использования [26]. Норплант не содержит эстрогенов, поэтому его можно использовать при выраженном побочном действии комбинированных пероральных контрацептивов. Норплант идеально подходит для женщин, которые хотят добиться длительной контрацепции, но отказываются от стерилизации. Поскольку в первые месяцы использования Норпланта могут появляться межменструальные кровянистые выделения, головная боль и увеличение веса, женщину необходимо предупредить об этом и предостеречь от преждевременного удаления имплантата. Противопоказания к использованию Норпланта — прием противосудорожных средств (за исключением вальпроевой кислоты), подозрение на рак молочной железы. Перед назначением препарата следует исключить беременность. На фоне приема Норпланта возможно обострение таких заболеваний, как мигрень и угри.

2. Медроксипрогестерон — высокоэффективный прогестаген, разрешенный к применению в качестве контрацептива более чем в 90 странах мира, в том числе в США. Для контрацепции обычно назначают 150 мг в/м каждые 3 мес. Эффективность составляет 0,4 беременности на 100 женщин в течение года [27]. Необходимо предупредить женщину о побочных эффектах препарата. Наиболее распространенное из них — аменорея. Могут возникать межменструальные кровянистые выделения, что часто служит причиной отмены препарата. К побочным эффектам также относятся увеличение веса, головная боль и раздражительность. Противопоказания к назначению медроксипрогестерона — маточные кровотечения неясной этиологии. Перед назначением препарата следует исключить беременность. Исследование ВОЗ показало, что препарат не повышает риск рака молочной железы [21].

3. В настоящее время появляются новые гормональные контрацептивы (инъекционные и имплантаты). К ним относятся, например, инъекционные эстроген-прогестагенные контрацептивы длительного действия. Их преимущество — низкий риск межменструальных кровянистых выделений. Кроме этого разрабатываются

биodeградирующие капсулы (гранулы) для имплантации, которые содержат прогестагены и обеспечивают контрацептивное действие в течение года, а также инъекционные контрацептивы в виде биodeградирующих прогестагенсодержащих микросфер, которые обеспечивают действие препарата на протяжении 3 мес.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Ромашка».

Приложение № 2 Ситуационная задача

Обратилась женщина 35 лет с целью консультации планировании семье. Дайте консультацию.

I. Предварительный диагноз: Гинекологический здорова.

II. Основные методы обследования.

1. Измерение роста и веса
2. Измерение артериального давления на двух руках
3. Определение пульса
4. Аускультация сердца и легких
5. Ультразвуковое исследование
6. Осмотр в зеркалах
7. бимануальное исследование
8. пальпация молочных желез
9. осмотр нижних конечностей

III. Дополнительные методы обследования

1. Взятие мазка
2. Лабораторные обследование: ВИЧ
3. Определение заболевания передающихся половым путем
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывание крови
7. Определение ферменты
8. Биохимические анализы крови
9. Определение группа и резуса фактора
10. Кольпоскопия

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (методы контрацепции)

VI. Лечение. Тактика: Противопоказание к применению методов контрацепции нет.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Противопоказание к гормональным контрацептивам

*Острые заболевания печени

Воспалительные заболевания

Возраст старше 40 лет

Многорожавшие

2. Механизм действия химических средств контрацепции основан

*гибели сперматозоидов

подавления овуляции

механическое препятствие продвижению сперматозоидов

действие неизвестно

3. Поскоитальному оральному контрацептиву относится

*постинор

регивидон

норпласт

нон-овлон

4. Противопоказание к оральным контрацептивам

*острые и хронические заболевания вены

хронический пиелонефрит

кольпит

алкоголизм

5. Эффект оральных контрацептивов (ОК):

*нейтрализует ампициллин, тетрациклин, барбитураты

усиливает ампициллин, тетрациклин, барбитураты

вышеназванные антибиотики и барбитураты индифферентны

при приеме антибиотиков и барбитуратов необходимо дозу ОК увеличить в 2-3 раза

6. Пероральные контрацептивы можно применять для профилактики рака:

*эндометрия

влагалища

маточной трубы

шейки матки

7. Атрофический вагинит не возникает на фоне

*приема пероральных контрацептивов

менопаузы

лактации

хирургической кастрации молодой женщины

8. Противопоказание к гормональным контрацептивам

*Острые заболевания печени

Воспалительные заболевания

Возраст старше 40 лет

Многорожавшие

9. Поскоитальным оральным контрацептивам относится

*постинор

регивидон

норпласт

нон-овлон

10. Достоверный признак беременности

*выслушивание сердцебиения плода

положительная реакция Ашгейм-Цондекса

увеличение матки

задержка менструации

11. Первичную вакцинацию против туберкулеза новорожденным осуществляют

*на 3-7 сутки жизни

на 4-6 сутки жизни
по показанию фтизиатра

12. Каким из перечисленных преимуществ не обладают барьерные методы контрацепции

*защищают от заболеваний передающихся половым путем
не нужны регулярные посещения врача
предотвращают рак шейки матки
эффективны, безопасны

13. Назовите 4 группы гормональных лекарств (половых гормонов):

1 эстрогены (микрофоллин, фоликуллин)
2 эстроген-гестагенные препараты (ригевидон и др.)
3 гестагены (прогестерон, норколут, 17-ОПК)
4 андрогены (тестостерон, омнандрен)

5 анаболические гормоны
6 глюкокортикоиды
7 адренотропные гормоны
8 соматотропные гормоны

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

14. Перечислите 6 неконтрацептивных свойств контрацептивов:

1 защита от ЗППП и СПИДа
2 лечение ДМК
3 лечение функциональных кист яичников
4 лечение предменструального и климактерического синдромов
5 лечение полового инфантилизма
6 профилактика развития рака яичников и шейки матки, миомы, доброкачественных опухолей молочной железы
7 ановуляторные циклы
8 сгущение цервикальной слизи и препятствие попаданию спермы в матку
9 сперматоцидное действие медикаментозных ВМС
10 лечение врожденных аномалий матки

*1,2,3,4,5,6

6,7,8,9,10

1,3,5,7,9,10

2,4,6,8,9,10

15. Назовите 2 метода хирургической контрацепции:

1 трубная стерилизация
2 перевязка семенного канатика у мужчин
3 ВМС
4 ОК

*1,2

3,4

1,3

2,4

16. К использованию токолитиков противопоказанием могут быть 2 причины:

1 заболевание со стороны матери
2 заболевание со стороны плода
3 заболевание сердца
4 заболевание почек

*1,2

3,4

1,3

2,4

17. Какие гормональные препараты применяют для сохранения беременности?

1 микрофоллин

2 прогестерон

3 туринал

4 микрогенон

5 преднизолон

6 гидрокортизон

*1,2,3

4,5,6

1,3,5

2,4,6

18. Какие 4 временные побочные эффекты ОК вы знаете?

1 чувство дискомфорта

2 диспептические расстройства

3 межменструальное кровянистое выделение

4 головные боли

5 временная гиперполименорея

6 нарушение мочеиспускания

7 увеличение количества бели

8 анемия

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

19. Перечислите 5 показаний к применению ОК:

1 воспалительные заболевания женских половых путей (эрозии, кольпиты)

2 нарушение менструального цикла - ДМК

3 болезненное состояние, связанное с менструацией

4 мастопатия

5 анемия

6 увеличение щитовидной железы

7 опухоли яичника

8 опухоли матки

9 диспластические процессы шейки матки

10 эндометриоз

*1,2,3,4,5

6,7,8,9,10

1,3,5,7,9

2,4,6,8,10

20. Назовите 2 препарата инъекционных гормональных контрацептивов:

1 Депо-Провера

2 Нористерат

3 микрофоллин

4 туринал

*1,2

3,4

1,3

1,2,3,4

21. Перечислите 5 противопоказаний к применению ИК:

1 известная или подозреваемая беременность

2 рак груди, половых органов

3 заболевание печени

4 влагалищные кровотечения

5 тромбофлебит

6 при любом возрасте

7 при лактации

8 вульвит

9 кольпит

10 аднексит

*1,2,3,4,5

6,7,8,9,10

1,3,5,7,9

2,4,6,8,10

22. Женщинам, страдающим анемией с целью соблюдения интергенетического интервала целесообразней назначение:

*назначение ОК

ВМС Альза-Т

ВМС Липса

ВМС Си-Т 200

23. Вставление внутриматочного средства после абортов показано:

*Сразу после аборта

Через 6-7 дней

Через 1 месяц

После следующей менструации

24. Противопоказание к гормональным контрацептивам

*Острые заболевания печени

Воспалительные заболевания

Возраст старше 40 лет

Многорожавшие

25. Каким из перечисленных преимуществ не обладают барьерные методы к контрацепции

*защищают от заболеваний передающихся половым путем

не нужны регулярные посещения врача

предотвращают рак шейки матки

эффективны, безопасны

26. В норме сердцебиение плода в минуту

*120 - 160 раз в минут

до 120

до 140

140 - 180

27. Высота дна матки от лона при 30 недельном сроке беременности

*28-30

19-21

20-22

24-26

28. Документ, который выдается беременной из женской консультации

*Обменная карта ф 113

Индивидуальная карта ф111

Процедурный листок ф 29

Стат. талон ф 236

29. Какой гормон вызывает фазу секрецию в эндометрии

*Прогестерон

Эстрогены

Андрогены

Преднизалон

30. Характерный симптом при опущении передней стенки влагалища

*Учащение мочеиспускание

Боли

кровотечение

зуд

31. Место выслушивание сердцебиения плода при 1 позиции

*слева от пупка

справа от пупка

выше пупка

над лоном

32. Высота дна матки 32 см беременности

*30 недель

24 недели

26 недель

36 недель

33. Частая причина преждевременных родов.

*Инфекционные заболевания

Много родов в анамнезе

Заболевания плода

Неправильное положение плода

34. Оплодотворение происходит часто:

*в полости маточных труб

в полости матки

в брюшной полости

в яичниках

35. Перечислите 6 неконтрацептивных свойств контрацептивов:

1 защита от ЗППП и СПИДа

2 лечение ДМК

3 лечение функциональных кист яичников

4 лечение предменструального и климактерического синдромов

5 лечение полового инфантилизма

6 профилактика развития рака яичников и шейки матки, миомы, доброкачественных опухолей молочной железы

7 ановуляторные циклы

8 сгущение цервикальной слизи и препятствие попадание спермы в матку

9 сперматоцидное действие медикаментозных ВМС

10 лечение врожденных аномалий матки

*1,2,3,4,5,6

6,7,8,9,10

1,3,5,7,9,10

2,4,6,8,9,10

36. Перинатальный период начинается\$

* с 22 недель беременности

с 32 недель

с 30 недель

с 12 недель

37. Как определяется срок родов по Негелю / по последней менструации/

*от дня последней менструации отнимается 3 месяц, прибавляется 7 дней

в день швеление плода прибавляется 22 недели
от дня последней менструации отнимается 2 месяца, прибавляется 7 дней
в день последней менструации прибавляется 9 месяцев

38. Тестам функциональной диагностики относится

*базальная температура, симптом /зрачка/, кольпоцитология
УЗИ, базальная температура

базальная температура, симптом /зрачка/, кольпоскопия

базальная температура, гистероскопия, симптом /зрачка/

39. Акушерский метод наружного исследования

*метод Леопольд - Лазаревича

метод Жорданио

метод Негеля

метод Рудакова

40. Величина САД в норме

*не более 100

100 - 110

100-120

более 120

41. Ранний неонатальный период длится

*до 1 недели после родов

с 28 недель беременности до рождения плода

период рождения плода

с рождения новорожденного до 23 часа 59 минут

42. Идеальная длительность беременности в норме

*40 недель

36-42 недели

40-42 недели

32-40 недели

43. При внутреннем исследования величина матки размером женский кулак.

Определите срок беременности

*12 недель

до 8 недель

14 недель

16 недель

44. Препарат, сокращающий матку

*окситоцин

хореальный гонотропин

плацентарный лактоген

партусистен

45. Риск на разрыв матки больше при

*рубца на матке

старый разрыв шейки матки 1-2ст.

крупный плод

тазовое предлежание плода

46. Строение слизистой влагалища

*многослойный плоский эпителий

однослойный призматический эпителий

однослойный кубический эпителий

многослойный кубический эпителий

47. Форма шейки матки у нерожавших

*конусовидный

цилиндрический

у всех женщин конусовидный

округлой формы

48. Точный метод обследования при предлежании плаценты

*УЗИ

с помощью влагалищных зеркал

при двуручном обследовании

рентген

49. Изменение со стороны плода при предлежания плаценты

*неправильное положение плода

тахикардия

состояние плода не меняется

перенашивание

50. Оптимальные сроки развития беременности в маточных трубах

*3-4 недели

до 2-х недель

2-3 недель

51. Ректальное исследование органов малого таза применяется

*У девушек

При опухолях задней стенки матки

При кистах или кистамах придатков

При кольпите

52. Детородный возраст считается

*15-49

20-50

20-45

18-40

53. Оптимальный период между родами

*3-4 года

1-1,5 года

2-2,5 года

5-6 лет

54. Характерный симптом при пузырно-влагалищных свищах

*Самопроизвольное вытекание мочи

Боль

Недержание кала

Выделение бели

55. Ректальное исследование органов малого таза применяется

*У девушек

При опухолях задней стенки матки

При кистах или кистамах придатков

При кольпите

56. Когда считается многорожавшая

*4 и более родов

3и более родов

5 и более родов

2 и более родов

57. Предварительный вес плода определяется

*по Рудакову

по Апгар

по Леопольда

по Соловьеву

58. На сколько дней выдается декретный отпуск

*126 дней

56 дней

70 дней

96 дней

59. Предупреждение абортов осуществляется

*Контрацепцией

Диспансеризацией

Осмотром врачей 2 раза в год

Применением вакуум аспирации при задержки менструации

60. Основной метод контрацепции в Узбекистане

*Внутриматочное средство

Гармональная контрацепция

Механическая контрацепция

Физиологические методы контрацепции

61. Вакуум-аспирация применяется при задержки менструации на

*15-21 дней

10-15 дней

1 месяц

3 месяца

62. Основная функция женской консультации

*лечебно-профилактическая помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным

подготовка беременных к родам

сан - просвет работа

оздоровление женщин фертильного возраста

63. Состояние новорожденного оценивается в момент рождения

*по шкале Апгар

по шкале Виттлингера

по шкале Ценгемейстера

по Леопольду

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Ролевая клиническая игра».

В каждой группе (по 3 чел.) распределяется роли: «врач», «больной», «эксперт-ВОП». «Больным» ананивно сообщается диагноз. Каждая группа проводит консультацию в течение 10-15 мин., «эксперт» оценивает и записывает действия врача в 3 разделе:

1) что сделано;

2) что сделано;

3) как надо было сделать.

Каждая группа демонстрирует консультацию с комментариями эксперта, которые оцениваются всеми участниками обучения. Другой вариант- студенты выступают в роли экспертов на реальной консультации врача и больного в поликлинике, обсуждение проводится всей группой и педагогом.

Приложение № 2 Ситуационная задача

Обратилось женщина 25 лет с целью консультации для планировании семьи. Дайте консультацию.

I. Предварительный диагноз: Гинекологический здорова.

II. Основные методы обследования.

1. Измерение роста и веса

2. Измерение артериального давления на двух руках

3.Определение пульса

3. Аускультация сердца и легких
4. Ультразвуковое исследование
5. Осмотр в зеркалах
6. бимануальное исследование
7. пальпация молочных желез
8. осмотр нижних конечностей

III. Дополнительные методы обследования

1. Взятие мазка
2. Лабораторные обследования: ВИЧ
3. Определение заболеваний, передающихся половым путем
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывания крови
7. Определение ферментов
8. Биохимические анализы крови
9. Определение группы и резуса фактора
10. Кольпоскопия

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методов обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (методы контрацепции)

VI. Лечение.Тактика: Противопоказание к применению методов контрацепции нет.

VII.Диспансеризация. (Профилактика предраковых заболеваний шейки матки и матки, профилактика воспалительных процессов женских половых органов, профилактика разрывов шейки матки во время родов и аборт, объяснение гигиены половой жизни).

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Основная функция женской консультации

*лечебно-профилактическая помощь беременным, роженицам и гинекологическим больным

подготовка беременных к родам

сан - просвет работа

оздоровление женщин фертильного возраста

2. Что включает в себя планирование семьи? Назовите 4 принципа:

1 рациональное применение средств контрацепции

2 отложить рождение ребенка очень молодым женщинам и

воздержаться от рождения ребенка женщинам старшего возраста

3 увеличить интервалы между рождением детей

4 профилактика материнской и детской смертности

5 увеличить количество здоровых детей

6 широкая пропаганда хирургической стерилизации по показаниям

7 соблюдать интергенетический интервал не менее 4-5 лет

8 обязательное применение презервативов при случайных половых связях

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

3. Перечислите 4 основные цели планирования семьи?

1 желаемый количественный состав семьи

2 сохранение здоровой семьи

3 рождение здорового ребенка

4 сохранение грудного вскармливания

5 расширение состава семьи

6 принцип "тем больше, тем лучше"

7 ограничение грудного вскармливания

8 пропаганда методов контрацепции всем мужчинам

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

4. Назовите 3 основные медицинские аспекты планирования семьи:

1 осуществление индивидуального подбора современных противозачаточных средств

2 предупреждение нежелательной беременности молодоженам и семьям с повышенным риском рождения больного ребенка

3 предупреждение беременности женщинам с тяжелой экстрагенитальной патологией, при которых беременность противопоказана

4 усиленная пропаганда современных гормональных методов контрацепции

5 проведение хирургической стерилизации женщинам с тяжелой экстрагенитальной патологией

6 строгое ограничение количества детей в семье

*1,2,3

4,5,6

1,3,5

2,4,6

5. На сколько дней выдается декретный отпуск

*126 дней

56 дней

70 дней

96 дней

6. Профилактические занятия проводятся

*6 раз

2 раза

3 раза

4 раза

7. Режим после родов при физиологических родах

*сразу после родов активный

пассивный

через 2 суток активный

после выписки активный

8. Какую патологию можно лечить в условиях женской консультации

*анемию легкой степени

угроза прерывания беременности

ранний токсикоз

9. На какие сутки после родов родильница должна явиться в женскую консультацию

*В течение месяца

3 - 4 сутки

10 - 15 сутки

15 - 20 сутки

потери сознания

прогресирование отеков

10. Профилактика болезней передаваемых половым путем:

*презерватив

оральные контрацептивы

посткоитальные контрацептивы

coitus inerruptus

зуд

Занятие № 17. Внутриматочная контрацепция. ДХС, ЕПС, МЛА.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Виды внутриматочных контрацептивов. 2.Показания и противопоказания к внутриматочной контрацепции
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов с правилами консультирования по вопросам внутриматочной контрацепции.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2.Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный	1. Подводит итоги занятия	Слушает

этап (20 минут)	2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Записывает Записывает
--------------------	--	--------------------------

План-конспект

Внутриматочная контрацепция. Механизм действия внутриматочных контрацептивов до конца не ясен. Они не влияют ни на овуляцию, ни на продукцию стероидных гормонов. Ранее считали, что внутриматочные контрацептивы нарушают имплантацию оплодотворенной яйцеклетки. Согласно исследованиям, они, вероятнее всего, действуют на более раннем этапе, нарушая передвижение яйцеклетки или сперматозоидов.

1. Эффективность внутриматочной контрацепции составляет в среднем 1—2 беременности на 100 женщин в течение года (по некоторым данным — от 0,5 до 3). Неэффективность обусловлена неправильным введением или незамеченным самопроизвольным изгнанием внутриматочных контрацептивов.

2. Осложнения. Самые серьезные осложнения — воспалительные заболевания половых органов (см. гл. 1, п. II.B.2.a). Иногда могут возникать схваткообразная боль внизу живота и маточное кровотечение, что требует удаления внутриматочных контрацептивов.

а. Воспалительные заболевания половых органов на фоне внутриматочной контрацепции возникают чаще, чем при использовании других методов и в отсутствие контрацепции. На основании данных Исследования здоровья женщин было подсчитано, что среди женщин, использующих внутриматочные контрацептивы, относительный риск воспалительных заболеваний половых органов у ведущих беспорядочную половую жизнь составляет 2,6, а у имеющих постоянного полового партнера — менее 1,8 [29]. Кроме того, риск воспалительных заболеваний половых органов временно повышается в первые месяцы использования внутриматочных контрацептивов (в связи с бактериальным обсеменением при введении), а затем постепенно снижается [30]. Воспалительные заболевания половых органов могут возникать на разных сроках после введения внутриматочных контрацептивов. Их возникновение на ранних сроках контрацепции можно предупредить с помощью профилактического назначения антибиотиков, например доксициклина, 200 мг внутрь за 1 ч до введения внутриматочных контрацептивов [31]. Воспалительные заболевания половых органов на фоне внутриматочных контрацептивов нередко связаны с инфекциями, передающимися половым путем.

Признаками воспалительных заболеваний половых органов могут быть лихорадка, боль внизу живота, его болезненность при пальпации, а также кровянистые выделения из половых путей. Женщину предупреждают, что при появлении таких симптомов она должна немедленно обратиться к врачу. При подтверждении диагноза исследуют отделяемое канала шейки матки и влагалища (мазки и посев) и начинают антимикробную терапию. Внутриматочные контрацептивы обычно удаляют. В тяжелых случаях больную госпитализируют.

б. Самопроизвольному изгнанию чаще подвергаются внутриматочные контрацептивы, не содержащие прогестерона или меди (в США их уже не выпускают). Обычно это происходит в течение первого года (1—10% случаев), чаще в первые 3 мес после введения [28]. Изгнание может произойти незаметно, поэтому после каждой менструации, а в первые 3 мес — чаще, женщина должна проверять, свисают ли из канала шейки матки нити внутриматочных контрацептивов.

в. Перфорация матки — редкое осложнение. Риск ее можно снизить, если перед введением внутриматочных контрацептивов определить положение матки с помощью бимануального исследования и зондирования, а во время введения контрацептива низвести шейку матки ко входу во влагалище пулевыми щипцами. Перфорация обычно протекает бессимптомно и обнаруживается только при исчезновении выводных нитей или

наступлении беременности. Локализацию внутриматочных контрацептивов уточняют с помощью УЗИ или рентгенографии. Несмотря на то что при попадании внутриматочного контрацептива в брюшную полость риск кишечной непроходимости невелик, показано его хирургическое удаление. Удалить внутриматочные контрацептивы из брюшной полости можно во время кульдоскопии (если контрацептив находится за маткой) или лапаротомии.

3. Беременность. Если при использовании внутриматочных контрацептивов наступила беременность, женщину обязательно предупреждают о следующем.

а. Наступившая беременность чаще оказывается внематочной [28]. Это связано с тем, что внутриматочные контрацептивы лучше предохраняют от нормальной беременности, чем от внематочной. Риск же внематочной беременности при использовании внутриматочных контрацептивов не повышается.

б. Показано удаление внутриматочного контрацептива. Немедленное удаление снижает риск самопроизвольного аборта (с 50% приблизительно до 25%). Беременность при использовании внутриматочных контрацептивов сопровождается риском тяжелых инфекционных осложнений (чаще во II триместре беременности). Если при осмотре шейки матки нити внутриматочного контрацептива не видны и захватить их пинцетом в канале шейки матки не удастся, беременность рекомендуется прервать.

4. Подбор внутриматочного контрацептива. В США используют два вида внутриматочных контрацептивов: Прогестасерт (содержит прогестерон) и Парагард (содержит медь). Петля Липпса с недавних пор изъята из торговой сети США.

а. Прогестасерт — это Т-образный внутриматочный контрацептив, содержащий 38 мг прогестерона. Прогестерон постепенно поступает в кровь (по 0,065 мг/сут). Контрацептивное действие сохраняется около года. Эффективность составляет 2,9 беременности на 100 женщин в течение года. [28].

б. Парагард также имеет Т-образную форму, стержень и плечики его обмотаны медной проволокой. Это один из самых эффективных внутриматочных контрацептивов. Его эффективность составляет 0,5 беременности на 100 женщин в течение года. Клинические испытания показали, что контрацептивное действие Парагарда может сохраняться на протяжении 8 лет, однако на основании рекомендации FDA срок использования ограничен 4 годами.

5. Введение внутриматочного контрацептива. Перед проведением процедуры получают письменное согласие женщины. Для этого фирмы-производители выпускают бланки с подробными сведениями о каждом внутриматочном контрацептиве. После ознакомления с информацией женщина подписывает бланк. Врач также расписывается и сохраняет бланк в ее медицинской карте. Методика введения внутриматочных контрацептивов описана на листках-вкладышах. Для удобства введения и снижения риска перфорации матки у каждого контрацептива существует специальный механизм. Общие правила введения внутриматочных контрацептивов следующие.

а. При бимануальном исследовании определяют положение матки, исключают беременность и воспалительные заболевания половых органов. Внутриматочный контрацептив можно ввести при любом положении матки, однако в случае нераспознанной ретрофлексии высок риск перфорации.

б. Обнажив шейку матки зеркалами, обрабатывают ее антисептическим раствором.

в. Перед наложением щипцов для обезболивания вводят 1 мл 1% раствора лидокаина в переднюю губу шейки матки и по 5 мл раствора парацервикально с каждой стороны — на четырех и восьми часах. Захватив пулевыми щипцами переднюю губу шейки, с помощью зонда определяют длину и направление полости матки.

г. Следуя приложенной инструкции, в асептических условиях внутриматочный контрацептив помещают в специальный проводник.

д. Удерживая пулевые щипцы, вводят проводник через канал шейки в полость матки до ее дна.

е. Отпускают нити контрацептива и осторожно удаляют проводник.

ж. Обрезают нити контрацептива на расстоянии 2,5 см от наружного зева.

Использовать внутриматочную контрацепцию рекомендуется рожавшим. В этом случае контрацептив проще ввести, а самопроизвольное изгнание бывает реже. Кроме того, бесплодие вследствие воспалительных заболеваний половых органов не имеет столь трагических последствий, как у нерожавших. Женщине объясняют, что при кровотечении из половых путей или боли внизу живота она должна немедленно обратиться к врачу. При воспалительных заболеваниях половых органов, сильной боли или кровотечении контрацептив следует удалить.

6. Абсолютные противопоказания к введению внутриматочных контрацептивов.

а. Острые, в том числе недавнее обострение, или часто рецидивирующие воспалительные заболевания половых органов.

б. **Беременность.** Лучше вводить внутриматочные контрацептивы во время менструации или в течение первых 2 нед менструального цикла. Если беременность исключена, контрацептив можно вводить в любой день менструального цикла.

7. Относительные противопоказания

а. Подозрение на злокачественные новообразования половых органов: кровотечения из половых путей, обнаружение атипичных клеток при цитологическом исследовании мазков с шейки матки, окрашенных по Папаниколау.

б. Заболевания, передающиеся половым путем, недавние инфекционные осложнения аборта и послеродовой эндометрит, а также факторы риска воспалительных заболеваний половых органов: большое число половых партнеров или предрасположенность к инфекции (например, при сахарном диабете, лечении кортикостероидами).

в. Внематочная беременность в анамнезе.

г. Нарушения гемостаза или лечение антикоагулянтами.

8. Другие относительные противопоказания включают пороки сердца, деформацию полости матки (при миоме или пороках развития), тяжелую меноррагию, альгодисменорею и отсутствие беременности в анамнезе. Еще одно противопоказание — ВИЧ-инфекция. Существует предположение, хотя и малообоснованное, что при СПИДе повышается риск воспалительных заболеваний половых органов. Кроме того, при использовании внутриматочной контрацепции возможны обильные менструации и межменструальные кровянистые выделения, что повышает риск заражения партнера ВИЧ-инфекцией.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Ромашка».

Приложение № 2 Ситуационная задача

Обратилась женщина 34 лет с целью консультации планировании семье. Дайте консультацию.

I. Предварительный диагноз: Гинекологический здорова.

II. Основные методы обследования.

1. Измерение роста и веса
2. Измерение артериального давления на двух руках
3. Определение пульса
4. Аускультация сердца и легких
5. Ультразвуковое исследование
6. Осмотр в зеркалах
7. бимануальное исследование
8. пальпация молочных желез

9. осмотр нижних конечностей

III. Дополнительные методы обследования

1. Взятие мазка
2. Лабораторные обследования: ВИЧ
3. Определение заболевания передающихся половым путем
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывания крови
7. Определение ферменты
8. Биохимические анализы крови
9. Определение группа и резуса фактора
10. Кольпоскопия

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (методы контрацепции)

VI. Лечение. Тактика: Противопоказание к применению методов контрацепции нет.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

Вставление внутриматочного средства после абортов показано:

*Сразу после аборта

Через 6-7 дней

Через 1 месяц

После следующей менструации

2. Предупреждение абортов осуществляется

*Контрацепцией

Диспансеризацией

Осмотром врачей 2 раза в год

Применением вакуум аспирации при задержки менструации

3. Основной метод контрацепции в Узбекистане

*Внутриматочное средство

Гормональная контрацепция

Механическая контрацепция

Физиологические методы контрацепции

4. Сроки вставления ВМС

*3-5 лет

до 2-х лет

2-3 года

10 лет

5. Противопоказания для вставления внутриматочного средство

*Воспалительные заболевания половых органов

Экстрагенитальные заболевания

доброкачественные опухоли яичников

МногOROЖавшие

6. Какие анализы требуются для вставления ВМС

*мазок на степень чистоты, лейкоцитоз крови

анализ крови, мочи, кала

кровь на резус-фактор

проба по Ничепоренко

7. Кровопотеря при менструациях у носительниц ВМС с прогестероном(Альза-Т)

*уменьшается

увеличивается

не увеличивается

ВМС с прогестероном не рекомендуется

8. С целью уменьшения кровопотери при менструациях у носительниц ВМС необходимо в предменструальные дни:

*назначение индометацина, аспирина

назначение викасола, диклофенака

назначение сокращающих матку средств

назначение СЗП и сокращающих матку средств

9. Какое из перечисленных состояний и заболеваний обусловлено длительным приемом пероральных контрацептивов?

*тромбоэмболия

аменорея

гипертензия

диабет

10. Какие методы и средства контрацепции были традиционными

1 механические

2 химические

3 ритм-метод (физиологический)

4 прерванное половое сношение

5 инъекционные

6 ВМС

7 хирургическая стерилизация

8 чисто-прогестиновые таблетки

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,7

11. Назовите 4 наиболее эффективные современные методы контрацепции?

1 оральные контрацептивы

2 внутриматочные средства

3 инъекционные контрацептивы

4 хирургическая стерилизация

5 прерванное половое сношение

6 презервативы

7 ритм-метод (физиологический)

8 химический метод

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

12. Перечислите 3 основных метода механической контрацепции:

1 мужские презервативы

2 влагалищная диафрагма

3 шеечные колпачки кафка

4 прерванное половое сношение

5 МЛА

6 влагалищные спринцевания

*1,2,3

4,5,6

1,3,5

2,4,6

13. Перечислите 3 основные виды химических контрацептивов:

1 влагалищные шарики, таблетки, глобулы, суппозитории

2 растворы для спринцеваний - кислоты

3 грамицидиновая паста

4 полижинакс

5 раствор перманганата калия, фурациллина

6 раствор для спринцеваний - щелочи

*1,2,3

4,5,6

1,3,5

2,4,6

14. Какие 3 момента лежат в основе противозачаточного механизма действия ВМС?

1 усиленное рефлекторное сокращение матки и маточных труб

2 изменений реактивности эндометрия

3 сперматоцидное действие медикоментозных ВМС (с включением серебра, золота, меди)

4 обтурация ВМС трубных углов

5 обтурация ВМС внутреннего зева

6 ановуляция

*1,2,3

4,5,6

1,3,5

2,4,6

15. Какие 4 необходимых условий соблюдается перед введением ВМС?

1 бактериоскопия влагалищного мазка

2 анализ крови на общий анализ

3 вагинальный осмотр женщины

4 исключить опухоли и воспаление гениталий

5 бак посев из цервикального канала

6 гитероскопия

7 обтурация ВМС внутреннего зева

8 ановуляция

*1,2,3,4

5,6,7,8

1,3,5,7

2,4,6,8

16. Перечислите 5 противопоказаний для введения ВМС:

1 известная или подозреваемая беременность

2 острые и подострые воспалительные заболевания матки и ее придатков

3 гиперполименорея

4 тяжелая анемия

5 экспульсия ВМС в анамнезе

6 часто- и многокорожавшая

7 хроническая экстрагенитальная патология

8 кормящая женщина

9 тошнота, рвота

10 гипертония

*1,2,3,4,5

6,7,8,9,10

1,3,5,7,9

2,4,6,8,10

17. Какие 5 осложнений могут возникнуть при применении ВМС?

- 1 экпультсия
 - 2 кровотечение
 - 3 боль во время менструации
 - 4 возникновение тазовых инфекций
 - 5 перфорация матки
 - 6 аллергия
 - 7 тошнота, рвота
 - 8 нарушение менструального цикла
 - 9 аменорея
 - 10 ожирение
- *1,2,3,4,5
6,7,8,9,10
1,3,5,7,9
2,4,6,8,10

18. Назовите 4 основных преимущества метода ВМС:

- 1 эффективность-95%
 - 2 длительность действия
 - 3 не препятствует половым отношениям
 - 4 не требует пополнения запаса
 - 5 регулирует менструальный цикл
 - 6 не нарушает менструальный цикл.
 - 7 многократное использование
 - 8 можно использовать и при воспалительный заболевания половых органов
- *1,2,3,4
5,6,7,8
1,3,5,7
2,4,6,8

19. Каковы 4 оптимальные сроки введения ВМС?

- 1 3-5-й день менструации
 - 2 сразу после аборта или через один цикл после аборта
 - 3 на 5-й день после физиологических родов
 - 4 3 месяц после кесарева сечения или после патологических родов
 - 5 в раннем послеродовом периоде
 - 6 во время кесарево сечение
 - 7 после кесарева сечения в течение 3 дней
 - 8 спустя 2-3 цикла после аборта
- *1,2,3,4
5,6,7,8
1,3,5,7
2,4,6,8

20. Каким из перечисленных преимуществ не обладают барьерные методы к контрацепции

- *защищают от заболеваний передающихся половым путем
- не нужны регулярные посещения врача
- предотвращают рак шейки матки
- эффективны, безопасны.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 19 :НАРУШЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА. ДМК. ДИАГНОСТИКА. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.

8. Модель технологии обучения на учебном занятии

<i>Время – 240 мин</i>		<i>Количество студентов: 8-10 чел.</i>	
<i>Форма учебного занятия</i>		Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач	
<i>Место проведения занятия и оснащение</i>		Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.	
<i>Структура учебного занятия</i>		<p>17. Введение</p> <p>18. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>19. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>	
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений НМЦ, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике различных видов НМЦ, оценивать тяжести НМЦ, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>			
<i>Задачи преподавателя:</i>		<i>Результаты учебной деятельности:</i>	
<p>10. Выработать знания и навыки по определению группы женщин с риском на перинатальную и акушерскую патологию с НМЦ.</p> <p>11. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации НМЦ. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике,</p>		<p>ВОП должен знать:</p> <p>13. Факторы приводящие к НМЦ</p> <p>14. Факторы риска</p> <p>15. Лабораторное и инструментальные методы обследования при НМЦ</p> <p>16. Оценить полости матки (УЗИ).</p> <p>Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с НМЦ</p> <p>ВОП должен уметь:</p>	

<p>принципам своевременной госпитализации НМЦ.</p> <p>12. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм НМЦ. Выработать навыки по ведению и лечению беременных с НМЦ</p> <p>13. Выработать навыки, по реабилитации женщин после родов, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с НМЦ Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>Клиническое обследование беременных с НМЦ</p> <p>7. с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>8. Определить комплексную тактику ведения беременных с НМЦ Определить критерии стационарного лечения беременных с НМЦ</p> <p>9. Интерпритировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования беременных с НМЦ .</p> <p>3.</p>
<p><i>Методы и техники обучения</i></p>	<p>Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.</p>
<p><i>Средства обучения</i></p>	<p>Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.</p>
<p><i>Формы обучения</i></p>	<p>Индивидуальная работа с беременными, родильницами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации</p>
<p><i>Условия обучения</i></p>	<p>Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.</p>
<p><i>Мониторинг и оценка</i></p>	<p>Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.</p>

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность
			290 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой “Бум”	Опрос игра “Бум” Приложение № 1	30 мин

3.	Приём и курация тематических больных в поликлинике и в дневном стационаре	Ведение амбулаторного приёма беременных, интерпритация анализов.	120 мин
4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов о Rh – и АВ0 конфликтной беременности и ранних токсикозах	Доклад студента с обсуждением	40 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“Разрешение проблем”, ситуационные задачи по теме	50 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	10 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	10мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота анемии, многочисленные осложнения в течение беременности и родов, как у матери, так и плода. Высокая частота анемий у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста создает необходимость пристального внимания к этой теме, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Характеристика нормального менструального цикла

Регулярность

Длительность 21-35 дней

Продолжительность менструального кровотечения 4-8 дней

Кровопотеря не более 80 мл

Нарушения менструального цикла могут быть одним из частых проявлений гинекологических заболеваний или их причиной. Несмотря на большие адаптационные возможности женского организма, в последнее десятилетие отмечается неуклонный рост нарушений репродуктивной функции.

Многообразие нозологических форм нарушений менструального цикла обусловлено его многоступенчатой регуляцией. Нейрогуморальная координация менструальной функции осуществляется вследствие согласованной работы коры больших полушарий, специфических отделов гипоталамуса, гипофиза, а также их взаимодействия с периферическими эндокринными органами, рядом экстрагипоталамических структур. Как правило, нарушения менструального цикла связаны с изменениями в системе регуляции репродуктивной функции либо в органах-мишенях.

Наряду с симптомами, характеризующими тот или иной вариант нарушения менструального цикла (аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, альгодисменорея), выделяют наиболее часто встречающиеся в практике нейроэндокринные синдромы — такие, как синдром Иценко—Кушинга, Шиена, Шерешевского—Тернера, поликистозных яичников, а также предменструальный, постгистерэктомиический синдромы и синдром после тотальной овариэктомии (посткастрационный).

Аменорея — отсутствие менструации в течение 6 мес и более, является симптомом многих гинекологических заболеваний и синдромов. Помимо аменореи, могут быть и другие изменения менструальной функции, такие, как *гипоменорея*, *опсоменорея* и *олигоменорея* — соответственно скудные, короткие и редкие менструации.

Различают физиологическую, патологическую, ложную и ятрогенную аменорею.

Физиологическая аменорея — отсутствие менструации до периода полового созревания, во время беременности, лактации и в постменопаузе.

Патологическая аменорея — симптом гинекологических или экстрагени- тальных заболеваний; может быть первичной и вторичной. *Первичная аменорея* — отсутствие первой менструации после 16 лет, *вторичная* — отсутствие менструации в течение 6 мес у ранее менструировавших женщин.

Ложная аменорея — отсутствие кровяных выделений из половых путей вследствие нарушения их оттока в связи с атрезией цервикального канала или пороком развития гениталий; при этом циклическая активность яичников не нарушена.

Ятрогенная аменорея наступает после гистерэктомии и тотальной овари- эктомии. Она также может быть связана с приемом лекарственных средств (агонисты гонадотропинов, антиэстрогенные препараты). Как правило, после прекращения лечения менструации восстанавливаются.

Известно, что нейрогуморальная регуляция менструального цикла происходит с участием коры головного мозга, подкорковых структур, гипофиза, яичников, матки и представляет собой единое целое. Нарушение в каком-либо звене неизбежно отражается на других звеньях цепи. Аменорея любой этиологии (любого уровня поражения, кроме маточной формы) в конечном итоге приводит к гипоестрогении и отсутствию овуляции. Ги- поэстрогения, в свою очередь, сопряжена с гиперандрогенией, выраженность которой зависит от уровня поражения. Подобный дисбаланс половых гормонов определяет омужествление (вирилизм): характерное строение скелета, избыточное оволосение (гипертрихоз), оволосение по мужскому типу (гирсутизм), огрубение голоса, гипертрофию клитора, недоразвитие вторичных половых признаков.

В зависимости от преимущественного уровня поражения того или иного звена нейроэндокринной системы выделяют *аменорею центрального генеза (гипоталамо-гипофизарную), яичниковую, маточную ее формы, аменорею, обусловленную патологией надпочечников и щитовидной железы*. Это условное разделение имеет большое значение для выбора тактики лечения. Поражение на каждом из уровней регуляции менструального цикла и матки может быть *функционального* или *органического генеза* либо *результатом врожденной патологии* (табл. 9.1).

Таблица 9.1. Причины аменореи и уровень поражения репродуктивной системы

Уровень поражения	Характер изменений		
функциональные	анатомически	врожденная патология	
Центральный (гипоталамо-гипофизарный)	Нервная анорексия, болезнь Иценко—Кушинга, гигантизм, гиперпролактинемия	Синдром Шиена, гиперпролактинемия, аденома гипофиза	Адипозогенитальная дистрофия
Яичниковый	Синдром поликистозных яичников, синдром истощения яичников, синдром резистентных яичников	Поликистозные яичники, гормонально-неактивные опухоли яичников	Дисгенезия гонад
Надпочечниковый	Повышенная выработка АКТГ	Опухоли надпочечников, синдром Иценко—Кушинга	Адреногенитальный синдром

Маточный	Удаление базального слоя эндометрия при выскабливании	Синдром Ашермана, генитальный туберкулез	Синдром Рокитанского—Кюстнера
----------	---	--	-------------------------------

К аменорее центрального генеза относятся нарушения функции как коры головного мозга, так и подкорковых структур (гипоталамо-гипофизарная аменорея). Нарушения гипоталамо-гипофизарной системы могут быть функциональными, органическими и следствием врожденной патологии.

Аменорея центрального генеза чаще бывает функциональной и, как правило, возникает в результате воздействия неблагоприятных факторов внешней среды. Механизмы нарушения реализуются через нейросекреторные структуры головного мозга, регулирующие тоническую и циклическую секрецию гонадотропинов. Под влиянием стресса происходят избыточное выделение эндогенных опиоидов, снижающих образование дофамина, а также уменьшение образования и выделения гонадолиберина, что может приводить к аменорее.

Наиболее часто возникновению центральных форм аменореи предшествуют психическая травма, нейроинфекции, интоксикации, стресс, осложненная беременность и роды. Аменорея наблюдается у каждой 3-й больной шизофренией и маниакально-депрессивным психозом, особенно в период обострения. Имеют значение психологический стресс и перенесенные в детстве инфекционные заболевания. Физические перегрузки, связанные со значительным эмоционально-волевым напряжением, могут вызвать аменорею с психическими, астеноневротическими, астенодепрессивными или астеноипохондрическими нарушениями. Менструация прекращается внезапно. Наряду с аменореей наблюдаются раздражительность, плаксивость, головная боль, нарушения памяти, работоспособности, расстройство сна. Во время войны вследствие вынужденного голодания женщины резко худели, что приводило к нарушению в гипоталамо-гипофизарной области и к так называемой аменорее военного времени. Этому способствовали и психоэмоциональные нагрузки.

Функциональные нарушения гипоталамо-гипофизарной системы приводят к развитию **нервной анорексии, болезни Щенко—Кушинга, гигантизма, функциональной гиперпролактинемии**. Причины функциональных нарушений гипоталамо-гипофизарной системы:

- хронический психоэмоциональный стресс;
- хронические инфекции (частые ангины) и особенно нейроинфекции;
- эндокринные заболевания;
- прием препаратов, истощающих запасы дофамина в ЦНС (резерпин, опиоиды, ингибиторы моноаминоксидазы) и влияющих на секрецию и обмен дофамина (галоперидол, метоклопрамид).

Анатомические нарушения гипоталамо-гипофизарных структур, приводящие к **синдрому Шиена и гиперпролактинемии**, заключаются в следующем:

- гормонально-активные опухоли гипофиза: пролактинома, смешанные пролактин- и АКТГ-секретирующие аденомы гипофиза;
- повреждения ножки гипофиза в результате травмы или хирургического вмешательства, воздействия радиации;
- некроз ткани гипофиза, тромбоз сосудов гипофиза.

- препараты, истощающие запасы дофамина в ЦНС (резерпин, опиоиды, ингибиторы моноаминоксидазы);
- стимуляторы серотонинергической системы (галлюциногены, амфетамины);
- гипофункция щитовидной железы.

Патогенез гиперпролактинемии заключается в нарушении тонического дофаминергического ингибирующего контроля секреции пролактина, вызванном дисфункцией гипоталамуса. Из эндогенных пролактинингибирующих субстанций наиболее важен дофамин. Уменьшение его содержания в гипоталамусе приводит к снижению уровня пролактинингибирующего фактора и увеличению количества циркулирующего пролактина. Непрерывная стимуляция секреции пролактина приводит к гиперплазии пролактоцитов, а затем могут сформироваться микро- и макроаденома гипофиза.

У 30—40% женщин с гиперпролактинемией повышен уровень надпочечниковых андрогенов — ДГЭА и ДГЭА-С. Гиперандрогения при гиперпролактинемии объясняется общностью гипоталамической регуляции пролактин- и АКТГ-секретирующей функции гипофиза. Кроме того, в сетчатой зоне коры надпочечников обнаружены рецепторы к пролактину.

Механизм нарушения репродуктивной функции на фоне гиперпролактинемии заключается в следующем. В гипоталамусе под влиянием пролактина уменьшаются синтез и выделение ГнРГ и соответственно ЛГ и ФСГ. В яичниках пролактин тормозит гонадотропинзависимый синтез стероидов, снижает чувствительность яичников к экзогенным гонадотропинам.

Яичниковые формы аменореи обусловлены функциональными, -органическими изменениями и врожденной патологией яичников. Наиболее частой причиной функциональных и морфологических нарушений на

яичниковом уровне регуляции менструального цикла является *синдром поликистозных яичников* (СПКЯ). Снижение или истощение гормональной функции яичников отмечается при *синдроме резистентных яичников* (СРЯ) и *синдроме истощения яичников* (СИЯ). Органические изменения яичников, сопровождающиеся нарушением менструальной функции, обусловлены *гормонально-активными опухолями*

СПКЯ- патология структуры и функции яичников с весьма разнообразной клинической картиной, наиболее постоянным компонентом которой является ановуляция. СПКЯ заключается в существенных морфологических изменениях яичников. Это гладкая и плотная белочная оболочка, разрастания соединительной ткани, увеличение количества кистозно-измененных фолликулов при отсутствии доминантного фолликула. Поликистозные яичники увеличены в объеме (>9 см³) в результате разрастания соединительной ткани, белочная оболочка жемчужно-белого цвета. На разрезе корковый слой напоминает соты, поскольку фолликулы разного диаметра.

СПКЯ сопровождается хронической ановуляцией, бесплодием, нередко нарушением обменных процессов, снижением толерантности к глюкозе, а также гиперандрогенией и, следовательно, вирилизацией. Чрезмерно высокой выработке андрогенов способствует разрастание межлужочковой ткани при СПКЯ.

По результатам многочисленных гормональных и клинических исследований различают первичные (синдром Штейна—Левенталя, описан в 1935 г.) и вторичные поликистозные яичники, причем последние развиваются при надпочечниковой гиперандрогении, гиперпролактинемии, нейрообменно-эндокринных синдромах.

Маточная форма аменореи наблюдается при воздействии повреждающих факторов на матку либо при врожденных пороках внутренних половых органов.

Функциональные причины, приводящие к аменорее, связаны с травматическими повреждениями базального слоя эндометрия при частых и грубых выскабливаниях слизистой оболочки матки.

В результате удаления базального слоя эндометрия возможно возникновение внутриматочных спаек {синдром Ашермана}. Одной из причин внутри- маточных спаек является *генитальный туберкулез*. Спайки могут привести к частичному или полному заращению полости матки.

FIGO Классификация маточных кровотечений (PALM-COEIN)

Структурные причины:

1. Полип
2. Аденомиоз
3. Лейомиома
4. Малигнизация и гиперплазия

Не структурные причины:

1. Коагулопатия
2. Овуляторная дисфункция
3. Эндометриальное
4. Ятрогенное

Маточные кровотечения, возникающие вследствие функциональных нарушений гормональной активности яичников и гипоталамо-гипофизарной системы (ГГС) при отсутствии анатомических изменений в репродуктивной системе называются дисфункциональными. При ДМК источником кровотечения является морфологические изменения эндометрии.

В зависимости от наличия или отсутствия овуляции ДМК делятся овуляторные и ановуляторные.

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) возникают ациклично с интервалом 1,5 – 6 мес., продолжаются обычно более 10 дней. Наиболее часто они наблюдаются в периоде полового созревания и в климактерии, когда устанавливается функция ГГС и половых желез, либо когда происходит угасание функций яичников.

К ановуляторным маточным кровотечениям относятся персистенция фолликула и атрезия фолликула.

При персистенции фолликул достигает стадии зрелости, но овуляция не происходит. Персистирующий фолликул более длительно выделяет эстрогены в большом количестве, что вызывает гиперплазию эндометрия с последующим его беспорядочным отторжением на почве нарушения кровоснабжения и появлением очагов некроза.

Атрезия фолликулов - обратное развитие незрелого фолликула, сопровождающееся снижением секреции эстрогенов, что стимулирует, согласно закону «обратной связи», выделение гонадотропинов, обуславливающих рост нового фолликула. Атрезия является непрерывным процессом созревания и гибели неполноценных фолликулов, никогда не достигающих зрелости, необходимой для овуляции.

Данный тип нарушений менструальной функций относится к группе ДМК, несвязанных с новообразованиями, воспалительными и другими заболеваниями половой сферы.

Ювенильные кровотечения

Маточные кровотечения связанные с нарушением функции яичников у девочек в период полового созревания называют ювенильными (ЮК). Частота ЮК достигает до 10%.

Этиология и патогенез. Появление ЮК связано с разнообразными вредными воздействиями на развивающийся организм. Это плохие условия жизни, неполноценное питание, острые и хронические инфекции и интоксикации, физическое и нервное напряжение, утомление, страх, испуг, тревога, одномоментное психическое потрясение, постоянные психотравмы, патологические состояния сердца, легких и других внутренних органов. Различные заболевания и вредные воздействия снижают адаптационные возможности организма и способствуют появлению нарушений деятельности половых желез, влекущих за собой изменения гормонального баланса и состояния эндометрия.

Для ЮК характерен тип ановуляции, при котором происходит атрезия фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости. Фолликулы развиваются, но не достигнув степени зрелости, подвергаются регрессивным изменениям. Атретизированные фолликулы спадаются и в них длительно сохраняется фолликулярная жидкость (кистозная атрезия). Постепенно в яичниках образуется много атретирующих фолликулов. Образующиеся в фолликулах гормоны продолжительно стимулируют процесс пролиферации в эндометрии и поэтому вызывают гиперплазию, секреторная трансформация в эндометрии не происходит.

Клиника. Клиническая картина ювенильных кровотечений характеризуется длительными, обильными, анемизирующими болезненными ациклическими кровотечениями. Обычно кровотечение возникает после задержки менструации на 1,5 - 4 месяца.

Типичные жалобы на слабость, отсутствие аппетита, утомляемость, головные боли, бледность, тахикардия.

Диагностика. Диагностика основывается на жалобах, предъявляемых больной; данных общего осмотра, ректального обследования, ультразвукового исследования, данных лабораторных анализов.

Маточные кровотечения в пубертатном возрасте следует дифференцировать с заболеваниями крови, синдромом поликистозных яичников, миомой матки, злокачественными новообразованиями половых органов.

Лечение. Лечение больных с ЮК можно разделить на 2 этапа: первый этап - гемостаз и второй этап - профилактика кровотечения.

При выборе метода гемостаза необходимо учитывать общее состояние больной и величину кровопотери.

Пациенткам, у которых анемизация не очень выражена (гемоглобин не менее 100 г/л, гематокрит более 30 %), проводится симптоматическая гемостатическая терапия. Назначают утеротоники (окситоцин), гемостатические препараты (дицинон, викасол, аминокaproновая кислота, аскорутин).

При неэффективности симптоматической гемостатической терапии проводят гормональный гемостаз.

Эстрогены для гемостаза: микрофоллин (этинилэстрадиол) по 0,5 мг каждые 2-4 ч, или прогинова по 2 мг, до остановки кровотечения. Но не более 6 таблеток в сутки. Обычно гемостаз наступает в течение 24 ч. После остановки кровотечения дозу препарата ежедневно снижают, до 1 таблетки в сутки, и сохраняют эту дозу в течение 8-10 дней. После чего сразу переходят на гестагены в течение одной недели. Норколут назначают по 10 мг в день внутрь в течение 10 дней, дюфастон 20 мг. И так циклическую терапию проводят в течение 3-4 месяцев.

Гемостатический эффект эстрогенов связан с блокирующим действием на ГГС, а в эндометрии активизируются пролиферативные процессы и наступает быстрая регенерация.

С гемостатической целью можно использовать монофазные эстроген - гестагенные препараты (ригевидон, микрогинон, регулон и другие монофазные КОК). Для этого препараты назначают по 1 таблетке через 2 часа, после еды до остановки кровотечения, но не более 6 таблеток в сутки. В последующие дни дозу снижают на 1 таблетку в сутки, доводя до 1 таблетки, после чего лечение продолжают 21 день.

Одновременно проводят антианемическую терапию (препараты железа перорально или внутривенно, витамины В12, В6, С, Р), а также применяют утеротонические средства, препараты кальция.

Вторым этапом лечения ювенильных кровотечений является профилактика рецидива.

С целью профилактики рецидивов кровотечения после гемостаза на фоне симптоматического и гемостатического лечения можно проводить циклическую витаминотерапию. С 5-го по 15-й день цикла назначают фолиевую кислоту по 1 таблетке 3

раза в день, глютаминовую кислоту по 1 таблетке 3 раза в день, витамин В₆ 5 % раствор по 1 мл внутримышечно, витамин Е по 300 мг через день. С 16-го по 26-й день назначают аскорбиновую кислоту по 0,05г 2-3 раза в день, витамин В₁ 5 % раствор по 1 мл внутримышечно. Лечение проводится в течение 3 месяцев.

Профилактика кровотечения после гормонального гемостаза заключается в приеме низкодозированных синтетических прогестинов (новинет, линдинет, логест и др. КОК) по 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла в течение 2 – 3 мес, с последующей витаминотерапией.

Для регуляции менструальной функции используют также физические факторы: эндоназальный электрофорез витамина В₁ или новокаина, электросон. Хорошие результаты получены при применении иглорефлексотерапии, электропунктуры, лазеропунктуры.

ДМК в репродуктивном возрасте.

ДМК в репродуктивном возрасте, как и в пубертатном, называются ациклические маточные кровотечения после периода задержки менструации от полутора до двух месяцев.

Причиной нарушения циклической функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, конечным результатом, которой является ановуляция, могут явиться нарушения гормонального гемостаза (аборты), болезнь Иценго-Кушинга, послеродовое ожирение, эмоциональное и психические стрессы, инфекции, интоксикации, прием лекарственных препаратов (в частности нейролептиков). При ДМК в репродуктивном возрасте в яичниках чаще происходит персистенция фолликулов с избыточной продукцией эстрогенов. Поскольку овуляция не происходит и желтое тело не образуется, создается прогестерондефицитное состояние. При этом возникает абсолютная гиперэстрогения. Развиваются гиперпластические изменения (железистая гиперплазия). При рецидивирующей ановуляции в сочетании с гиперэстрогенией возникает повышенный риск развития аденоматоза и атипических изменений в гиперплазированной эндометрии.

Клиника. Клиника ДМК определяется длительностью кровотечения до 10 дней и степенью кровопотери, следствием которых являются слабость, головные боли, утомляемость, снижение АД, тахикардия. Основной жалобой больных с ДМК является нарушение ритма менструаций: кровотечение чаще возникает после задержки менструации, либо отмечаются менорагии.

Диагностика. Диагноз ДМК в репродуктивном возрасте ставят только после исключения заболеваний и патологических состояний, при которых также могут наблюдаться маточные кровотечения: нарушенная маточная беременность, миома матки, плацентарный полип, задержка частей плодного яйца в полости матки, полипы эндометрия, внутренний эндометриоз, трубная беременность прервавшаяся по типу аборта.

У женщин с ДМК необходимо проводить следующий комплекс обследования:

Лабораторные исследования (клинический анализ крови, коагулограмма)

Обследование по тестам функциональной диагностики (измерение базальной температуры, симптом «зрачка», симптом натяжения слизи)

Рентгенография черепа, ЭЭГ, компьютерную томографию

Определение содержания гормонов в плазме крови

УЗД

По показаниям обследование терапевтом, офтальмологом, эндокринологом, невропатологом, гематологом.

Лечение. Лечение больных с ДМК репродуктивного периода зависит от клинических проявлений. При обращении больной с кровотечением с лечебно-диагностической целью необходимо проведение раздельного выскабливания матки. Эта операция обеспечивает

остановку кровотечения, а последующее гистологическое исследование соскоба определяет вид терапии, направленной на нормализацию менструального цикла.

Следующим этапом лечения является гормонотерапия с учетом состояния эндометрия, характера нарушения функции яичников. Цели гормонотерапии:

нормализация менструальной функции;

реабилитация нарушенной репродуктивной функции, восстановление фертильности при бесплодии;

профилактика повторного кровотечения.

Эстроген – гестагены препараты (регулон, ригеведон, новинет) назначают по 1 таблетке с 5-го по 25-й день цикла после выскабливания, затем с 5-го по 25-й день менструального цикла в течение 3-4 мес.

В репродуктивном возрасте у женщин с ДМК, как правило, отмечаются ановуляции, реже – недостаточность жёлтого тела.

При гиперэстрогении (персистенция фолликула) лечение проводят гестагенами: дюфастон по 10 мг, норколут по 5 мг в день с 16 по 25 день в течение трех менструальных циклов. Используют синтетические прогестины с высоким содержанием гестагенов (ригеведон, микрогинон) с 5 по 25 день цикла.

С целью реабилитации нарушенной репродуктивной функции применяют метод стимуляции овуляции кломифеном внутрь в дозе 50 мг 1 раз в день (перед сном), с 5 по 9 день менструального цикла. При отсутствии эффекта повторяют назначение препарата, проводя 3 - 5 курсов. Кломифен уменьшая уровень циркулирующих эстрогенов (уменьшающих в больших концентрациях секрецию гонадотропных гормонов), он способствует увеличению секреции фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов.

При гипоэстрогении (атрезии фолликулов) показана циклическая терапия эстроген-гестагенами с высоким содержанием эстрогенов (ригевидон, регулон) с 5 по 25 день в течении 3-4 циклов.

У женщин с неполноценной лютеиновой фазой с заместительной целью (недостаточное количество гормонов желтого тела) назначают гестагены: дюфастон по 10 мг, норколут по 5 мг в день с 16 по 25 день цикла или 17-ОПК по 1 мл на 14, 17 и 21 день цикла в течение трех менструальных циклов.

Климактерическое кровотечение

У женщин в возрасте 45-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией и занимают первое место среди причин госпитализации. Маточные кровотечения в пременопаузальном возрасте по установившейся традиции называют климактерическими. Этот термин подчеркивает их связь с возрастными изменениями репродуктивной системы.

Климактерические кровотечения возникают вследствие возрастных изменений в функциональном состоянии гипоталамических структур, регулирующих функцию яичников. Старение этих структур выражается в нарушении циклического выделения гонадотропинов. Вышеуказанные изменения приводят к нарушению прямой и обратной связи между центрами и периферическими органами. В результате нарушается функция яичников: удлиняется период роста и созревания фолликулов, не происходит овуляция, формируется персистенция или атрезия фолликула, жёлтое тело либо не образуется.

Вследствие продолжительного действия эстрогенов происходит чрезмерная пролиферация эндометрия. Слизистая оболочка матки разрастается, утолщается, железы удлиняются и у них образуются кистовидные расширения (железисто-кистозная гиперплазия эндометрия). Секреторные превращения слизистой оболочки не происходят, компактный и спонгиозный слой не образуются, сосуды разрастаются, в них образуются тромбы. Разросшая слизистая заполняет всю полость матки, соприкасающиеся поверхности

подвергаются взаимному сдавлению. В результате сосудистых расстройств и сдавления происходит нарушение питания, некроз и отторжения эндометрия, сопровождающиеся кровотечением.

Слизистая оболочка отпадает медленно, постепенно, отдельными участками, поэтому кровотечения длительное, обильное.

Гиперплазия эндометрия и ее варианты - железисто-кистозная гиперплазия, железистые полипы, аденоматозная и атипическая гиперплазия в пременопаузальном возрасте - встречаются значительно чаще, чем, в репродуктивном. Это связано не только с возрастными изменениями в яичниках, но и возрастной иммунодепрессией – декомпенсацией реакцией клеточного иммунитета, повышающих риск развития злокачественных процессов.

ДМК необходимо дифференцировать с органическими изменениями: аденокарцинома эндометрия, миома матки, внутренний эндометриоз, гормонпродуцирующие опухоли яичников.

Лечение.

Лечение климактерических кровотечений начинают с остановки кровотечений путем хирургического выскабливания полости матки. Диагностическое выскабливание полости матки проводится как с диагностической, так и с лечебной целью. Позволяет выявить подслизистые миомы, а гистологическое исследование соскоба - аденокарциному, атипическую гиперплазию, рецидивирующую железисто- кистозную гиперплазию эндометрия. Также следует использовать ультразвуковое исследование для выявления миоматозных узлов, состояния эндометрия, очагов аденомиоза.

Для профилактики рецидивов кровотечения после выскабливания широкое применения получили гестагены, под влиянием которых последовательно происходит торможение пролиферативных процессов, секреторная трансформация, развитие децидуальной реакции и наконец атрофические процессы. Гестагены действуют на центральные звенья, тормозят выделение гонадотропинов

Интерактивный метод:

Приложение № 1 «Разрешение проблем»

Вопросы по тематике:

1. Расскажите механизм развития нарушения менструального цикла?
2. Каких клинических проявлений НМЦ Вы знаете?
3. Какие лабораторные исследования считаются основными в диагностике НМОЦ?
4. Расскажите о лечебных и профилактических мероприятиях при НМОЦ?

Приложение № 2 Ситуационная задача

женщина 38 лет обратилась с жалобами на очень болезненные менструации в течение последних полгода, особенно в первые 2 дня. В анамнезе 2 родов и 2 медицинских абориа без осложнений, последний – год назад. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация закончилась 5 дней назад. Предохранялась от беременности прерванным половым сношением. При осмотре: живот безболезненный, шейка матки несколько больше нормы, плотная, придатки не пальпируются. Вероятный диагноз:

I. Предварительный диагноз: Аденомиоз.

II. Основные методы обследование.

2. Определить предположительные признаки эндометриоз
3. Осмотр в зеркалах
3. Бимануальное исследование

4. Ультразвуковое исследование.

III. Дополнительные методы обследования

8. УЗИ полости матки.
9. Ферменты.
10. Биохимические анализы крови.
11. Определение сахара в крови
12. Пальпация органов брюшной полости.

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (болезни крови).

VI. Лечение. Тактика:

VII. Диспансеризация. (Лечение всех ЭГЗ и генитальных заболеваний. Оздоровление девочек, занятие физической культурой, правильное питание и отдыха, рациональное ведение родов и послеродового периода, профилактика аномалий развития матки, многоводие и деформация таза).

VIII. Тактика ВОП:

1. Обратить внимание на жалобы больного
2. Собрать анамнез
3. Дифференциальная диагностика
4. Консультация необходимых специалистов
5. Обоснование диагноза
6. Госпитализация

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. При длительности менструального цикла 28 дней его следует считать:

- *а) нормопонирующим
- б) атенопонирующим
- в) постпонирующим

2. Гипоталамус вырабатывает следующие гормоны:

- а) гонадотропины
- б) эстрогены
- в) гестагены
- *г) релизинг – факторы

3. ФСГ стимулирует:

- *а) рост фолликулов в яичнике
- б) продукцию кортикостероидов
- в) продукцию ТТГ в щитовидной железе
- г) все перечисленное

4. Гестагены:

- а) снижают содержание холестерина в крови
- б) определяют содержание первичных и вторичных половых признаков

в) все перечисленное

*г) ничего из перечисленного

5. Тесты функциональной диагностики (тfd) позволяют определить:

а) двуфазность менструального цикла

б) уровень эстрогенной насыщенности организма

*в) наличие овуляции

г) полноценность лютеиновой фазы цикла

*д) все перечисленное

6. Первичная альгоменорея обусловлена:

а) инфантилизмом

б) ретродевиацией матки

*в) высокой продукцией простагландинов

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

7. Фаза секреции в эндометрии может быть полноценной только в том случае, если:

а) полноценна фаза пролепифации

*б) произошла овуляция

в) функционирует полноценное желтое тело

г) правильные ответы б) и в)

д) все ответы правильные

8. Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения необходимо дифференцировать:

а) с беременностью (прогрессирующей)

б) с начавшимся самопроизвольным выкидышем

в) с подслизистой миомой матки

*г) правильные ответы б) и в)

д) все ответы правильные

9. К группе риска воспалительных после родовых заболеваний относятся женщины:

а) с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом

б) с хроническим воспалительным процессом

в) с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)

*г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

10. При воспалительных заболеваниях женских половых органов отмечается:

а) преобладание ассоциаций микроорганизмов

б) возрастание числа анаэробов и вирусов

в) наличие хламидий и микоплазм

г) правильные ответы б) и в)

*д) все ответы правильные

Занятие № 20. Боль в животе. Миома матки и эндометриоз.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Диагностика доброкачественных опухолей женских половых органов. 2.Принципы ведения женщин с доброкачественными опухолями женских половых органов..
Цель учебного	Ознакомить студентов особенностями клинического течения доброкачественных опухолей женских половых органов,

занятия:	патологическими явлениями и осложнениями доброкачественных опухолей женских половых органов.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1. Подготовить текст по теме. 2. Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

Миома матки

Миома матки – узловое доброкачественное новообразование, которое появляется в мышечном слое стенки матки. Наиболее часто заболевание встречается у женщин 40-50 лет, но в последнее время болезнь значительно “помолодела” – узловые новообразования выявляются у женщин 20-30 лет.

Миома матки является достаточно широко распространенным заболеванием, при этом причины его возникновения еще до конца не выяснены. Следует отметить, что миома матки редко возникает до полового созревания и после менопаузы. В постменопаузе рост миом прекращается и наблюдается их обратное развитие. Большинство исследований подтверждают тот факт, что развитие миомы связано с гормональными нарушениями, в том числе и гиперэстрогенией (повышенным уровнем эстрогенов). При повышенном уровне эстрогенов синтез мышечных волокон матки, а также их тонус усиливается, при этом скорость роста слоя эндометрия возрастает. Однако стоит отметить, что миома матки возникает и у женщин с нормальным менструальным циклом, т.е. без гормональных нарушений.

Факторы риска развития миомы:

- нарушение менструальной функции
- аборты
- эндометриоз
- гормональные нарушения
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- железодефицитная анемия
- наследственная предрасположенность
- избыточный вес

Миома матки проявляет себя по-разному: в зависимости от возраста, характера опухоли, локализации миомы, сопутствующих заболеваний, индивидуальных особенностей течения болезни. К основным симптомам можно отнести:

- Обильные менструальные кровотечения - наиболее характерный признак миомы матки. Кровотечения постепенно нарастают, что во многих случаях может привести к анемии. Менструации могут сопровождаться сгусткообразными выделениями.
- Болевой симптом может отсутствовать. Боль при миоме матки появляется в случаях осложненного течения заболевания. Резкие боли возникают в случае перекрута ножки миомы или некроза узла миомы матки.
- Нарушение мочеиспускания, запоры. Возникают в случае роста миомы в сторону органов малого таза - мочевого пузыря, прямой кишки. При этом размер миомы достигает 10-12 недель. У пациенток наблюдается учащенное или затрудненное мочеиспускание, запоры и затрудненная дефекация.
- Бесплодие. В зависимости от локализации, миома матки создает препятствия для продвижения яйцеклетки по маточным трубам. В некоторых случаях миома матки может спровоцировать выкидыш или преждевременные роды.

Отсутствие болевых ощущений воспринимается некоторыми женщинами, как несерьезность или незначительность данного заболевания. Такое отношение чревато серьезными последствиями, к которым можно отнести перерождение миомы в злокачественную опухоль или полное удаление матки в детородном возрасте у женщин, которые имеют желание рожать детей.

Ультразвуковая диагностика позволяет выявить даже самые незначительные уплотнения, которые не требуют лечения, но за которыми необходимо наблюдать. Резкий рост узлов происходит за счет нарушения кровоснабжения, которое приводит к отеку и некротическим изменениям. Увеличение размера может происходить и из-за нарастания клеточной массы, но такие случаи встречаются редко.

При наличии узлов, расположенных под слизистой оболочкой полости матки, возможны обильные кровотечения. Процесс прикрепления эмбриона в матки нарушен, что является причиной привычного выкидыша и бесплодия.

Во время менопаузы большинство новообразований подвергаются обратному развитию, но некоторые достигают больших размеров, нарушая сократительную способность матки, из-за чего она не способна остановить менструальные кровотечения.

Не всегда заболевание как-то себя проявляет, возможно его бессимптомное протекание, когда женщину ничего не беспокоит и она не обращается к врачу. Это может привести к сильному разрастанию узла и, как результат, к необходимости хирургического вмешательства.

Основным правилом профилактики миомы является регулярное посещение врача для ранней диагностики заболевания. Замечено, что женщины делавшие аборт, страдают

данным заболеванием чаще. Немалое значение имеют гормональные контрацептивы в профилактике гиперплазии миометрия.

Рак женской половой сферы является сложной и чрезвычайно актуальной проблемой. На современном уровне развития онкологии одной из основных ее задач является ранняя диагностика злокачественных новообразований женских половых органов, способствующих эффективному лечению. Основными задачами практического врача являются своевременная диагностика и лечение предопухолевых процессов женских половых органов (дисплазий шейки матки, атипической гиперплазии слизистой полости матки, патологических изменений яичников).

Больные со злокачественными заболеваниями женских половых органов должны лечиться в специализированных онкологических учреждениях. Однако при лечении женщин в гинекологических отделениях врачам приходится иногда встречаться с онкологическими больными. После оперативного лечения такие больные, как правило, переводятся для специфического лечения в онкологические стационары. В настоящее время в онкологии существует двухэтапная система обследования больных. На первом этапе производится первичное выявление, на втором — используются методы углубленной диагностики при подозрении на предрак или рак женских половых органов.

Рак шейки матки

Рак шейки матки чаще развивается у женщин в возрасте 45 лет и старше. Он возникает обычно на фоне заболеваний шейки матки (эрозий, полипов, дисплазий, лейкоплакий, рубцовых изменений после абортов и родов). Вначале рак шейки матки в большинстве случаев не дает никаких симптомов. Первым проявлением рака шейки матки служат так называемые контактные кровотечения, появляющиеся после легкой травмы (спринцевание, половые сношения, напряжение при физической нагрузке, запоры, гинекологические исследования). Эти кровотечения связаны разрывом сосудов опухоли, стенки которой очень тонки и хрупки. Женщины, находящиеся в периоде менопаузы, при появлении крови из половых путей должны немедленно обратиться к врачу-гинекологу.

Диагностика рака шейки матки не представляет трудностей. Она устанавливается на основании жалоб больных, гинекологического исследования, кольпоскопии (осмотр слизистой шейки матки через увеличительную оптическую систему кольпоскопа), цитологии с шейки матки, отдельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки матки и полости матки с последующим гистологическим исследованием полученного материала.

Лечение зависит от стадии процесса и его распространенности. Оно может быть:

1) комбинированным, когда используются два различных по характеру воздействия: хирургическое + лучевое, лучевое + хирургическое + лучевое;

2) сочетанным — использование двух однородных по биологическому действию способов лечения: рентгенотерапия + радиотерапия, химиотерапия двумя или несколькими препаратами;

3) комплексным — проведение в той или иной последовательности различных мероприятий, обладающих неодинаковым влиянием на опухоль: предоперационное лучевое лечение + хирургическое + химиотерапия; хирургическое лечение + лучевое + гормонотерапия и др.

Для предупреждения этого тяжелого заболевания необходимо постоянное динамическое наблюдение у врача-гинеколога и своевременное лечение фоновых и предонкологических заболеваний шейки матки (эрозий, полипов, лейкоплакий, воспалительных процессов, дисплазий и др.).

Эндометриоз, как самостоятельное заболевание, длительное время оставался неизвестным, так как пациенты обращались к различным специалистам с жалобами на бесплодие, боли внизу живота во время менструации, при половом сношении или при дефекации.

Эндометриоз считают одним из самых распространенных и загадочных гинекологических заболеваний женщин репродуктивного возраста, т.е. возраста 25-40 лет. Возможно возникновение эндометриоза у 10% девочек в период менархе и у 2-4% женщин в менопаузе. Если заболевание возникает в менопаузе, то у большинства пациенток его симптомы постепенно исчезают без какого-либо лечения.

Само название заболевания произошло от слова "эндометрий". Это внутренняя оболочка матки, выстилающая мышечный слой и выделяющаяся каждый месяц во время менструации.

Различают генитальный и экстрагенитальный эндометриоз. Генитальный эндометриоз, в свою очередь, подразделяется на наружный и внутренний.

При наружном генитальном эндометриозе ткань, похожая на эндометрий располагается вне полости матки на органах и брюшине малого таза, образуя так называемые "узелки, опухоли, имплантанты, повреждения, очаги или разрастания". Наиболее часто эти эндометриозидные очаги располагаются на яичниках; маточных трубах; в области позади-маточного пространства; на связках, поддерживающих матку; на шейке матки и слизистой стенок влагалища. В тех случаях, когда очаги эндометриоза находятся в толще стенок матки, говорят о внутреннем эндометриозе или аденомиозе.

Экстрагенитальный эндометриоз характеризуется наличием эндометриозидных гетеротопий на петлях кишечника, прямой кишке, на мочевом пузыре в области пупочного кольца и на конечностях.

Эндометриозидные гетеротопии, располагающиеся вне полости матки, представляют собой нормальный тип ткани и, сами по себе, не являются злокачественными, несмотря на то, что в последние годы отмечен рост частоты онкологических заболеваний женских половых органов в сочетании с эндометриозом.

Частота эндометриоза колеблется в широких пределах и зависит от контингента обследуемых женщин. Так в группе женщин 15-44 лет впервые диагноз эндометриоза был поставлен в 6,3% случаев, а при обследовании по поводу различных гинекологических заболеваний - в 7%. Среди женщин, подвергшихся различным гинекологическим операциям, частота данного заболевания составляла 6-10%, возрастая до 25% при гистерэктомии (удаление матки). Во время лапароскопии, проводимой по поводу болевого синдрома, диагноз эндометриоза ставится в 4-80% случаев, а при бесплодии - в 12-80%.

В то же время, при проведении хирургической стерилизации женщинам с сохраненной репродуктивной функцией эндометриоз выявляется лишь в 1-4% случаев.

Факторы, влияющие на возникновение и последующее развитие эндометриоза, делятся на 2 большие группы: повышающие и снижающие риск заболевания.

Факторы, повышающие риск эндометриоза.

наследственная предрасположенность,
избыточный уровень эстрогенов,
возраст старше 35-45 лет,
уменьшение длительности менструального цикла,
увеличение объема менструальной кровопотери,
злоупотребление алкоголем и кофеином,
нарушение обмена веществ с висцеральным типом ожирения,
влияние химических веществ.

Факторы, снижающие риск эндометриоза.

прием гормональных контрацептивов,
предыдущее использование ВМС,
курение.

Этиология и патогенез эндометриоза продолжают изучаться до настоящего времени и, при этом существует множество различных теорий, пытающихся объяснить возникновение эндометриоза. Наиболее распространенными из них являются:

Имплантационная теория, согласно которой предполагается ретроградный заброс крови в брюшную полость через маточные трубы во время менструации. Предполагают, что эндометриодная ткань прикрепляется на брюшине или органах малого таза с последующей имплантацией и пролиферацией. Так как экстрагенитальный эндометриоз сложно объяснить этой теорией, не исключается возможность распространения "доброкачественных" метастазов посредством сосудистой и лимфатической систем.

Метапластическая теория предусматривает возможность перехода одного вида ткани в другой, в частности перерождение целомического эпителия клеток Мюллерового и Вольфового протоков под влиянием гиперсекреции химических веществ или гормонов в клетки эндометрия.

Аутоимунная теория подтверждением которой является изменение иммунного состояния женщины в сторону повышения уровней иммуноглобулинов и аутоимунных антител. Косвенным подтверждением данной теории являются данные о преимущественном поражении заболеванием женщин, наследственно предрасположенных к эндометриозу и вовлечении в процесс экстрагенитальных органов.

Комбинированная теория предполагает всевозможное сочетание различных теорий.

В многочисленных исследованиях, посвященных эндометриозу, в патогенезе развития заболевания значительная роль отводится различным нейроэндокринным нарушениям, изменению иммунного статуса и наследственным факторам. Тем не менее, многие ученые приходят к весьма неутешительному выводу о том, что "...несмотря на множество теорий происхождения эндометриоза, истинные причины заболевания окончательно так и не изучены". Клиническими проявлениями эндометриоза являются [дисменорея](#) (болезненные менструации), диспареуния (болезненный половой акт и гинекологическое исследование), дисхезия (болезненный акт дефекации), [нарушение менструального цикла](#) и бесплодие. Для эндометриоза наиболее характерным симптомом является болевой синдром различной степени выраженности, который возникает до и во время менструации. Боли при половом сношении или во время дефекации также усиливаются во время менструации. Практически у каждой 3-ей больной с эндометриозом при тщательном обследовании молочных желез диагностируется галакторея - выделение молозива из сосков. Нарушение менструального цикла проявляются в виде скудных кровянистых выделений до или после менструаций или в виде обильных менструаций.

Лишь незначительная часть женщин с эндометриозом не имеет никаких признаков заболевания, что объясняется индивидуальной чувствительностью к болевым ощущениям. Также установлено, что не всегда степень выраженности болевого синдрома соответствует степени распространения и размерам эндометриодных гетеротопий, что выявляется при одновременном клиническом и эндоскопическом обследовании. И наиболее значимым в проблеме эндометриоза является его сочетание с бесплодием, что диагностируется у 35-45% больных. В связи с этим, представляют интерес данные о причинах возникновения бесплодия у больных с эндометриозом. Отмечено, что к этим факторам относятся изменения в перитонеальной жидкости, нарушение процессов овуляции, развитие иммунологической патологии и трубно-перитонеальные нарушения. Так, считают, что наличие в перитонеальной жидкости интерлейкинов и некротизирующего опухолевого фактора, а также увеличение числа макрофагов приводит к снижению подвижности спермы. Повышение уровня простагландинов, выявляемое при бесплодии и эндометриозе, снижает сократительную активность маточных труб. Такие нарушения менструального цикла, как ановуляция (17-27%) на фоне повышенного уровня пролактина, преждевременной овуляция или синдрома неовулирующего фолликула нередко встречаются у больных с эндометриозом. Выделение крови во время каждой менструации из эндометриодных гетеротопий, расположенных в талом тазу на связках, трубах, брюшине и яичниках, вызывает возникновение новых очагов эндометриоза, спаечного процесса, [нарушение проходимости маточных труб](#) и последующее бесплодие.

Диагностика эндометриоза с одной стороны, проста в силу достаточно выраженных клинических симптомов, с другой - имеет массу проблем в связи с необходимостью дифференцировать заболевание с другой патологией органов малого таза, имеющей аналогичные клинические проявления. В связи с этим, заслуживает внимание мнение Е.М.Вихляевой (1997) о том, что "эндометриоз нередко не диагностируется вообще или наоборот, служит поводом для ошибочной постановки диагноза".

Перечень необходимых диагностических мероприятий включает в себя:

- Анализ жалоб, клиническое и гинекологическое обследование.
- УЗИ - диагностика эндометриоидных кист и аденомиоза.
- [Гистеросальпингография](#) для диагностики аденомиоза.
- [Лапароскопия](#) - выявление наружного генитального эндометриоза, спаечного процесса, патологии маточных труб, кист яичников.
- Гистероскопия - диагностика аденомиоза.

Лапароскопия является миниинвазивным хирургическим методом при обследовании больных с подозрением на эндометриоз и позволяет не только правильно поставить диагноз, определить степень распространения эндометриоза, спаечного процесса и состояние маточных труб, но и провести микрохирургическое лечение выявленной патологии. Операция должна проводиться в условиях стационара под интубационным наркозом. В настоящее время согласно классификации Американского общества плодовитости различают 4 стадии распространения наружного генитального эндометриоза и 3 стадии распространения аденомиоза, что необходимо учитывать при проведении последующей гормональной терапии. Наиболее типичным местом локализации эндометриоидных гетеротопий, являются передне- и задниматочное пространство, кресцово-маточные связки, широкие связки матки, яичники. Гистероскопия также хирургическая процедура, при которой производится осмотр полости матки оптическим прибором, сразу после окончания менструации, когда на фоне тонкой слизистой видны кровоточащие эндометриоидные ходы. Это один из наиболее точных методов диагностики аденомиоза. Операция проводится под внутривенным наркозом. Не следует назначать лечение эндометриоза, не поставив точно диагноз заболевания.

Методы лечение эндометриоза совершенствуются многие годы и в настоящее время делятся на:

- хирургические,
- медикаментозные,
- комбинированные.

Около 15 лет назад хирургические методы включали в себя удаление матки с придатками (маточные трубы и яичники), что лишало женщину возможности в будущем иметь ребенка. Даже такой радикальный метод не исключал возможность возникновения рецидива заболевания. В последние годы разработка новых технологий в оперативной гинекологии позволила широко внедрить метод лапароскопии, который с одной стороны, позволяет диагностировать не только распространенные, но и ранние стадии эндометриоза, а с другой - проводить микрохирургическое лечение выявленной патологии. Преимуществом, так называемой, лечебно- диагностической лапароскопии является возможность сохранения и/или восстановления репродуктивной функции женщины.

Лекарственные методы терапии включают в себя применение различных групп препаратов:

- комбинированные эстроген-гестагенные препараты,
- гестагены,
- антигонадотропные препараты,
- агонисты гонадотропных релизинг-гормонов.

Эстроген-гестагенные препараты - типа нон-овлона, силеста, марвелона и др., в основе действия которых заложена их способность подавлять овуляцию и секрецию эстрогенов. Однако, современные препараты, содержащие низкие дозы гестагенов, не обладают высокой эффективностью и показаны преимущественно при начальных стадиях эндометриоза с целью уменьшения болевого синдрома. На большие эндометриоидные образования и кисты яичников препараты не оказывают терапевтического воздействия. Побочные эффекты проявляются в виде тошноты, рвоты, межменструальных кровянистых выделений, болезненности молочных желез и т.д. Гестагенные препараты - норколут, дуфастон, утерожестан, гетстринон (неместран) назначаются при всех стадиях эндометриоза по непрерывной схеме в течение 6 - 8 месяцев. Наилучший терапевтический эффект проявляется при I-Б стадиях эндометриоза. Наиболее частыми осложнениями являются: межменструальные кровянистые выделения, болезненность молочных желез, депрессия. Антигонадотропные препараты - данол, даназол, даноген и др., оказывают подавляющее воздействие на секрецию гонадотропных гормонов и местно на гормональные рецепторы органов-мишеней. Также как и гестагены назначается в непрерывном режиме в течение 6 - 8 месяцев.

Противопоказанием является повышение уровня собственных андрогенов в организме женщины и гирсутизм. Побочные реакции проявляются в виде "приливов", потливости, изменения веса, огрубения голоса, усиления роста волос, повышения жирности кожи. Агонисты гонадотропных [релизинг-гормонов](#) - препараты, последнего поколения для лечения эндометриоза и гиперпластических процессов гениталий. Преимуществом данного вида терапии является возможность назначения препаратов 1 раз в месяц. При этом достигается стойкое подавление овуляции и уровня эстрогенов, что приводит к уменьшению роста эндометриоидных очагов. Противопоказания к назначению этих препаратов отсутствуют. Побочные реакции в виде "приливов" возможно предотвратить введением низкодозированных эстроген-гестагенов.

Риск повторного заболевания после лечения гестагенами и гестриноном составляют 20-28%, данолом - 25%, при проведении только хирургического лечения - 22%, а при комбинированном лечении (хирургический + медикаментозный методы) лишь 7-12%. Мы считаем, что наибольший эффект позволяет получить [применение агонистов гонадотропных релизинг](#) - гормонов, которые обладая более высоким терапевтическим эффектом, имеют наименьший процент побочных реакций и рецидивов заболевания.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Горячая картошка».

Приложение № 2 Ситуационная задача

Женщина 30 лет выезжающая в Африку проходит профилактический осмотр. Жалоб нет. Из анамнеза: менструации с 11 лет, по 7 дней, каждые 30 дней, безболезненные скудным количестве. Половая жизнь с 20 лет, беременности не было (предохранялись), лечилось стационарно по поводу воспалительных заболеваний придатков. (получило антибиотики).

Объективно: Общая состояния удовлетворительной, А/Д 120/80 мм рт. ст., пульс 78 уд/ в мин, ритмичный.

Патологии внутренних органов не выявлено.

Бимануальный осмотр: НПО развиты правильно. Влагалище пораженной. Шейки матки субконической формы. Матка увеличена до 6 недель беременности, плотной консистенции, подвижная, безболезненная. Выделения слизистые, скудные.

Оцените ситуацию, обследовать, предварительный диагноз и тактика.

I. Предварительный диагноз: Миома матки.

II. Основные методы обследования.

1. Бимануальное исследование
2. Осмотр в зеркалах
3. Тесты функциональной диагностики.
4. Зондирование полости матки
5. Раздельное диагностическое выскабливание полости матки.

III. Дополнительные методы обследования

1. Измерение артериального давления на двух руках
2. Определение пульса
3. Аускультация сердца и легких
4. Ультразвуковое исследование
5. Осмотр в зеркалах
6. Бимануальное исследование
7. Гистероскопия
8. Гистеросальпингография
9. Выскабливание полости матки.
10. Цитология
11. Биопсия
12. Гистология
13. Компьютер и ядро- магнит-резонансная (ЯМР) томография
17. Лабораторные исследования.

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования- лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (Дисфункциональное маточное кровотечение, рак эндометрия, эндометриоз, начавшийся аборт, беременность).

VI. Лечение. Взять на диспансерное наблюдение

VII. Диспансеризация. (Профилактика предраковых заболеваний шейки матки и матки, профилактика воспалительных процессов женских половых органов, профилактика разрывов шейки матки во время родов и абортов, объяснение гигиена половой жизни).

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Из какой ткани матки образуется миома

*из мышечной

из эндометрия

из соединительной ткани

из субмукозной

2. Какие виды кисты часто встречается у девушек

*дермоидные

эпителиальные

серозные

муцинозные

3. Какие кисты бывает многокамерными

*псевдомуцинозные

серозные

папиллярные

дермоидные

4. Диагностический метод гонореи

*Бактериоскопия

Цистоскопия

Эндоскопия

Гистероскопия

5. Показание к оперативному лечению миомы матки.

*При росте опухоли 5 недели в год
При падении гемоглобина до 9,0 гр/л
Возраст больной старше 40 лет
Величина матки 6-7 недель

6. Шоковый индекс.

*Соотношения пульса к артериальному давлению
Соотношение артериального давления к диастолической
Артериальное давление диастолического давления
Соотношение артериального давления к росту

7. Частые осложнения кистомы яичника

*Перекрут кистомы
Превращение в рак
Воспаление
Разрыв кистомы

8. Какие кистомы бывают многокамерными

*Псевдомуцинозные
Серозные
Папиллярные
Эндометриоидные

9. Препараты, применяемые при миомах матки

*Прогестерон, норкалут
Синестрол, микрофоллин
Фоликулин, эстрон
Викасол, хлористый кальций

10. В каких случаях показано оперативное лечение миомы

*При некрозе узла
При росте опухоли до 4-х недель в год
Припадении гемоглобина в крови ниже 100, г/л
При росте опухоли под брюшино

11. Тактика удаления перекученной кистомы яичника

*опухол удаляется с ножки нераскручивая
раскручиванием ножки опухоли
вскрывается капсула опухоли в целях удаления содержимого
опухол раскручивается с ножки в целях отделения маточной трубы

12. Какой метод исследования более достоверно для проведения диф.диагностики между кистой и кистой?

*УЗИ
Лабораторные данные
Гармональные исследования
Биоминуальные исследования

13. Что содержит неосложненная дермоидная киста?

*Волосы, хрящи, кости, зубы
Только слезоподобное вещество
Кровь
Гной

14. Какой из этих осложнений доброкачественных опухолей яичника более опасен?

*Злокачественный рост
Перекрут ножки опухоли
Негноение опухоли
Разрыв капсулы кистомы

15. Что относится к специальным методам исследования гинекологических больных

*Исследование при помощи зеркал

Пальпация живота

Аускультация

УЗИ

16. Какой симптом встречается при миоме матки

*Меноррагии

Олигоменорея

Контактное кровотечение

Симptom общей интоксикации

17. Какова тактика при большой субсерозной миоме матки и возрасте старше 40 лет

*Оперативное вмешательство

Симтоматическое лечение

Выскабливание полости матки с последующей гормонотерапией

Консервативное лечение с назначением гормонов

18. С какими заболеваниями нужно дифференцировать миому матки

*Беременность

Аномалии развития половых органов

Киста яичника

19. Какие дополнительные методы обследования применяются для диагностики миомы матки

*Гистология соскоба эндометрия

Пункция заднего свода

Рентгенография брюшной полости

УЗИ

20. Что может явиться экстренным показанием к оперативному лечению миомы матки

*Инфицирование миомы

Деформация полости матки

Прогрессирующее увеличение опухоли

Гиалиновая дистрофия миомы

21. Какова тактика при субмукозной миоме

*оперативное лечение

Консервативное гормональное лечение

Симтоматическое лечение

Химиотерапия

22. Опасные кровотечения из полости матки при миомах

*При расположении узла в шейки матки

Межмышечное расположение

Подсерозное расположение

23. Благоприятное течение беременности в сочетании с миомой матки

*Подсерозное расположение

Межмышечное расположение

В области шейки матки

Множественные узлы

24. Объем операции при кистомы яичника.

*Удаление кистомы

Ампутации матки без придатков

Ампутации матки с придатками

Экстирпация матки

Занятие № 21. Выделения из влагалища. Инфекции, передающиеся половым путем.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Диагностика инфекций, передающихся половым путем. 2.Принципы ведения женщин с инфекциями, передающимися половым путем.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения инфекций, передающихся половым путем, принципами диагностики, патологическими явлениями и осложнениями.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2.Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

У взрослых влагалище заселено разнообразными микроорганизмами, включая лактобактерии, стрептококки, стафилококки, гарднереллы и другие организмы. *Candida albicans* и анаэробные бактерии могут быть выделены при отсутствии активного воспалительного процесса. Численность и виды эндогенных организмов определяются разными факторами: влагалищное рН, концентрация гликогена и уровень глюкозы. В норме рН влагалища низкий (обычно между 3,8–4,2). Эта относительно кислая среда достигается благодаря продукции молочной кислоты бактериями и клетками эпителия влагалища, которые используют гликоген и глюкозу в качестве субстратов. Рост колоний лактобактерий способствует поддержанию низкого уровня рН и предотвращению

избыточного роста вагинальных патогенов. У беременной женщины рН выше, поэтому выше риск грибковой инфекции. Также рН повышается во время менструации, и это предрасполагает к возникновению циклической грибковой вагинальной инфекции у менструирующей женщины. Считается, что эстрогены поддерживают уровень гликогена и плотность эпителиальной выстилки, и, следовательно, обеспечивают целостность защитного слоя вагинального тракта. В норме влагалище ежедневно очищается путем секреции жидкости. Увеличение продукции слизи происходит в период овуляции, сексуального возбуждения или эмоциональных реакций.

Итак, нормальные вагинальные физиологические механизмы поддерживают среду, которая предотвращает избыточный рост патогенных организмов.

Трихомонадный вагинит – характерны обильные, пенистые выделения из влагалища желто-зеленого цвета с неприятным запахом. Выраженные воспалительные изменения вульвы и влагалища. Однако примерно у 25% пациенток может отмечаться бессимптомное течение заболевания. Эффективность стандартных лабораторных методов диагностики (определение трихомонад и повышенного количества лейкоцитов в мазке, рН влагалищного содержимого более 5,0), к сожалению, не очень высока – 60–70%. Поэтому во всех случаях гнойного вагинита неясной этиологии показано дополнительное культуральное исследование.

Сравнительные диагностические критерии основных клинических форм вульвовагинитов приведены в табл. 6.

Предостережения в диагностике вульвовагинитов

Все формы вагинита могут быть бессимптомными.

- Клинические проявления не достаточно достоверны в диагностике, так как не существует ни одного патогномичного признака.

- Оценка симптомов и данных визуального осмотра может вводить в заблуждение.

- Слизистые вагинальные выделения являются нормальным физиологическим проявлением.

- Необходимо всегда исключать физиологическую лейкоорею.

- Следует всегда проводить обследование шейки матки и исключать цервицит и заболевания верхних половых путей, а также другие формы ИППП (сифилис, ВИЧ, гепатит В и т.д.).

- Культуральное исследование показано при сложностях дифференциальной диагностики и/или неэффективности проводимой терапии.

Диагностические этапы при идентификации вульвовагинальной инфекции приведены на схеме.

Диагностика кандидозного и смешанных вульвовагинитов должна быть комплексной.

Ведущая роль в диагностике кандидозного и смешанных вульвовагинитов наряду с клиническими симптомами принадлежит микробиологическим методам исследования, диагностическая ценность которых достигает 95% (А.С. Анкирская, 1995).

Диагностика оппортунистических вагинальных инфекций принципиально отличается от диагностики инфекций, вызванных абсолютными патогенами (инфекции передаваемые половым путем – ИППП), тем, что само по себе выделение (индикация) микроорганизмов из патологического материала не является доказательством их этиологической роли, так как те же самые микроорганизмы колонизируют влагалище в норме. Только количественные микробиологические исследования, определяющие соотношение отдельных видов в микроценозе, могут в относительно полной мере характеризовать состояние микроценоза влагалища и степень его нарушения.

Микробиологическая диагностика оппортунистических вагинальных инфекций должна включать следующие этапы: 1) исключение ИППП; 2) микроскопия вагинального мазка, окрашенного по Граму; 3) культуральное исследование (посев) вагинального отделяемого

с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Для получения более достоверных данных целесообразно проведение микроскопии мазков вагинального отделяемого в комплексе с культуральным методом исследования.

Микроскопическое исследование является одним из наиболее доступных и простых методов диагностики. Исследование проводят в нативных и окрашенных по Граму препаратах. Наиболее информативна окраска вагинальных мазков по Граму, которая позволяет выявить наличие псевдомицелия и бластоспор дрожжеподобных грибов, а также определить общее количество микроорганизмов и соотношение различных морфотипов бактерий в исследуемом материале. Использование 10% раствора гидроокиси калия при микроскопии влажного препарата вагинального отделяемого улучшает распознавание дрожжеподобных грибов, так как 10% раствор гидроокиси калия разрушает клеточный материал и способствует лучшей визуализации мазка.

Культуральный метод – посев материала на питательную среду – позволяет определить количество, родовую и видовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам, а также определить характер и степень микробной обсемененности другими условно-патогенными бактериями.

В последние годы применяют методы экспресс-диагностики, которые в минимально короткие сроки с довольно высокой точностью позволяют выявить штаммы гриба при помощи готовых тест-систем с благоприятными средами для роста грибов.

Кольпоскопический метод диагностики не является специфическим. Он выявляет изменения эпителия, характерные для воспалительного процесса, но не позволяет определить этиологию заболевания.

Некоторые дифференциально-диагностические критерии вульвовагинитов

Анализируемые параметры	Кандидоз	Бактериальный вагиноз	Трихомоназ	Неспецифический вагинит
Анамнестические данные	Применение антимикробных препаратов, нарушение углеводного обмена, гинекологическое заболевание	Дисфункция яичников, эндокринопатии, гинекологические заболевания, внутриматочные средства более 1 года	Наличие более 1 или смена полового партнера, воспалительные уrogenитальные заболевания у партнера	Нарушение личной или/и половой гигиены, гинекологические заболевания, менопауза, аногенитальные половые контакты
Субъективные симптомы	Зуд и/или жжение, диспареуния, дизурия – обострение в предменструальный период (как правило)	Вагинальные выделения с рыбным запахом, зуд редко (25–30%)	Вагинальные выделения с неприятным запахом, зуд, дизурия	Зуд и/или жжение, дискомфорт в области наружных половых органов, дизурия
Характер вагинальных выделений	Густые, белого цвета, часто "творожистого" характера	Обильные, бело-серого цвета, адгезированы на слизистой вульвы и влагалища,	Обильные, желтоватые, зеленые, часто пенящиеся, с неприятным запахом	Серые, желтые, белые, иногда с неприятным запахом

		гомогенные, неприятным запахом	с	
Аминотест (с 10% КОН)	Отрицательный	Положительный		Положительный
рН	3,8–4,5	4,7–6,0		5,0–7,5
Объективные симптомы	Гиперемия, отечность вульвы, вагины, аногенитальной области	Воспалительная реакция, как правило, отсутствует		Гиперемия слизистой оболочки вагины, шейки матки петехии
Результаты микробиологического обследования	Микроскопические или/и культуральные методы обнаружения дрожжеподобных грибов	Микроскопический метод. Отсутствие (снижение) <i>Lactobacillus</i> и лейкоцитарной реакции (как правило), обнаружение "ключевых клеток"		Микроскопический и культуральный (количественная оценка) методы. Обнаружение условно-патогенных возбудителей в титре выше 10^3 КОЕ/мл

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «Дискуссия».

Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2 малыми группами. Задания могут быть разными или одно задание дается на все группу. В течение 10-15 мин. Группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

Приложение № 2 Ситуационная задача

Больная поступила с жалобами на боли режущего характера, постоянные. менструирует всегда регулярно, последние месячные были неделю тому назад, пришли в срок. Имела двое нормальных родов, последние роды 2 года тому назад.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс – 110 уд. 1 мин. удовлетворительного наполнения, ритмичный. Тем. 37,4. Язык суховат, живот вздут, напряжен, резко болезнен при пальпации, в акте дыхания не участвует. Краткое, учащенное дыхание.

При влагалищном исследовании: Вход во влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. Матка проводной оси таза, несколько увеличена, ограничено подвижна, резко болезненна при движениях. Через левый свод высоко определяется опухоль без четких контуров. Правые придатки не определяются, своды свободны, но напряжены.

Диагноз? Терапия?

- I. Предварительный диагноз: ВЗОМТ. Пельвиоперитонит.
- II. Основные методы обследования.

1. Осмотр в зеркалах
2. Бимануальное исследование
3. Бактероскопическое и бактериологическое исследование влагалищного мазка.

III. Дополнительные методы обследования

1. Измерение артериального давления на двух руках
2. Определение пульса
3. Аускультация сердца и легких беременной
4. Ультразвуковое исследование
5. Общий анализ крови
6. Время свертывания крови
7. Определение ферменты
8. Биохимические анализы крови

IV. Обоснование диагноза (на основании жалоб, анамнеза, методы обследования- лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (внематочная беременность).

VI. Лечение.

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Препараты применяемые при трихомониазе

*Метронидазол, фазижин
 Блицилин, фазижин, стрептомицин
 Свечи неанузоловые, этазол
 Трихопол, сентамицин, стрептомицин

2. Диагностический метод гонореи

*Бактериоскопия
 Цистоскопия
 Кульдоскопия
 Гистероскопия

3. Сроки вставления ВМС

*3-5 лет
 до 2-х лет
 2-3 года
 10 лет

4. При трихомониазе диагноз устанавливается

*После бактериологического исследования
 При болях, выделений гноя из влагалища
 После цитологического исследования
 методом кальпоскопии

5. Часто трубная беременность встречается

*При хронических воспалительных заболеваниях придатков матки
 У многорожавших
 У первобеременных
 При нарушениях менструации

6. Отличительные признаки внематочной беременности от пельвиоперитонита.

*Выделения гноя при пункции заднего свода
 Субнормальная температура, анемия,

Высокая температура, симптом Щеткина положительная

Высокий лейкоцитоз, нарушение менструации

7. Основные пути вхождения инфекции в послеродовом периоде

*Через родовые пути

С кровью

Через лимфы

Через мочиспускательный канал

8. В 1-ом этапе послеродовых инфекционных заболеваний процесс распространяется

*Во влагалище и матки

Во влагалище

В промежности

В малом тазу

9. В какой этап послеродовых инфекционных заболеваний входит пельвиоперитонит по классификации Бартельса-Сазонова

*2

1

3

4

10. Основные лечебные препараты при послеродовых сепсисах

*Антибиотики

Сульфаниламиды

Кровь и заменители

Лечение лазером и плазмоферез

11. Методом гистеросальпингографией проверяется

*Матка и маточные трубы

Матка

Маточные трубы

Малый таз

12. Септический эндометрит относится к какому этапу послеродовых гнойно-септических заболеваний

*4

1

2

3

13. Вид операции кесарево сечения при инфекции в родах

*экстраперитонеальное

ретровезикальное

влагалищный

малое кесарево сечение

Тема № 22. Нейроэндокринные синдромы в гинекологии: предменструальный, климактерический и посткастрационные синдромы.

9. Модель технологии обучения на учебном занятии

Время – 240 мин	Количество студентов: 8-10 чел.
Форма учебного занятия	Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач
Место проведения занятия и оснащение	Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история родов, анализы крови, ситуационные задачи, результаты

	анализов женщин.	
Структура учебного занятия	<p>20. Введение</p> <p>21. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>22. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>	
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений нейроэндокринные синдроме, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, пост стационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике различных видов нейроэндокринные синдроме, оценивать степень тяжести нейроэндокринные синдроме, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и пост стационарному лечению.</p>		
<i>Задачи преподавателя:</i>	<i>Результаты учебной деятельности:</i>	
<p>14. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с нейроэндокринным синдромом.</p> <p>17. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации нейроэндокринным синдромом. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации женщинах нейроэндокринным синдромом</p> <p>15. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм нейроэндокринные синдроме. Выработать навыки по ведению и</p>	<p>ВОП должен знать:</p> <p>18. Факторы приводящие к нейроэндокринному синдрому.</p> <p>19. Факторы риска</p> <p>20. Лабораторное и инструментальные методы обследования при нейроэндокринных синдромах.</p> <p>21. Оценить полости матки (УЗИ).</p> <p>22. Оздоровление и критерии диспансеризации с женщинах нейроэндокринным синдромом</p> <p>ВОП должен уметь:</p> <p>10. Клиническое обследование беременных с анемией с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>4. Определить комплексную тактику ведения женщинах нейроэндокринным синдромом Определить критерии стационарного лечения женщинах нейроэндокринным синдромом Интерпритировать результаты лабораторных</p>	

лечению нейроэндокринным синдромам. 16. Выработать навыки, по реабилитации женщин после родов, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с нейроэндокринным синдромом. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.	и инструментальных методов исследования женщинах нейроэндокринным синдромом
<i>Методы и техники обучения</i>	Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.
<i>Средства обучения</i>	Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.
<i>Формы обучения</i>	Индивидуальная работа с беременными, роженицами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации
<i>Условия обучения</i>	Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность
			290 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой “Дерево рашение”	Опрос игра “Дерево рашение” Приложение № 1	30 мин
3.	Приём и курация тематических больных в поликлинике и в дневном стационаре	Ведение амбулаторного	

		приёма беременных, интерпритация анализов.	120 мин
4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов о нейроэндокринных синдромах.	Доклад студента с обсуждением	40 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“ Дерево рашение ”, ситуационные задачи по теме	50 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	10 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	10мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота нейроэндокринные синдромы, оказывает отрицательные влияние в репродуктивном системе женщинах.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Синдром предменструального напряжения или предменструальный синдром (ПМС) – комплекс эмоционально-психических, поведенческих и соматических нарушений, развивающихся во второй половине менструального цикла (чаще за 2-7 дней до

менструации), чередующихся с периодом ремиссии, возникающим с началом менструации, и нарушающих привычный образ жизни и работоспособность. Впервые был описан американским неврологом Робертом Франком в 1931 г., который ввел термин «предменструальное напряжение». Предменструальный синдром в основном проявляется изменениями функции ЦНС, вегетососудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. **Этиология и патогенез** до конца не ясны. С момента первого описания этого синдрома и до настоящего времени дискутируется вопрос – относится ли ПМС к разряду психоэмоциональных, особенно в случае преобладания аффективных расстройств, или эндокринных нарушений. Существует множество теорий, объясняющих сложный патогенез предменструального синдрома. *Гормональная теория* предполагает, что его развитие связано с избытком эстрогенов и недостатком прогестерона во 2-ю фазу менструального цикла. *Теория «водной интоксикации»* объясняет причину предменструального синдрома изменениями в системе ренин-ангиотензин-альдостерон и высоким уровнем серотонина. Активизация ренин-ангиотензиновой системы повышает уровень серотонина и мелатонина. В свою очередь, серотонин и мелатонин взаимодействуют с ангиотензиновой системой по принципу обратной связи. Вызвать задержку натрия и жидкости в организме путем повышения продукции альдостерона могут и эстрогены. *Теория простагландиновых нарушений* объясняет множество различных симптомов предменструального синдрома изменением баланса простагландина E2.

Современные представления о патогенезе. Гипотеза, согласно которой ПМС – это проявление нарушения содержания/баланса половых гормонов (ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы) в настоящее время не находит поддержки у большинства исследователей. Наоборот, ПМС наблюдается у женщин с регулярным овуляторным циклом и формирование полноценного желтого тела является одним из важнейших условий его развития. В большинстве случаев пик прогестерона в середине лютеиновой фазы является как бы провоцирующим фактором, влияющим на обмен нейрпептидов (серотонина, дофамина, опиоидов, норадреналина и др.) в ЦНС и связанные с ним периферические нейроэндокринные процессы. Решающим в генезе ПМС является *не уровень половых гормонов*, который не отличается от такового у здоровых женщин, а *колебания их содержания в течение менструального цикла*. Доказано, что эстрогены и прогестерон оказывают значительное модулирующее воздействие на ЦНС. Эстрогены, потенцируя серотонинергическую, норадренергическую и опиатергическую активность, оказывают «возбуждающее» действие и в большинстве случаев положительно влияют на настроение (тонический ментальный эффект), хотя в определенных случаях могут способствовать появлению тревожных нарушений. Прогестерон, а точнее его активные метаболиты (прегненалон и аллопрегненалон), воздействуя на ГАМК-ергические механизмы, оказывают анксиолитическое действие, сходное с таковым бензодиазепиновых транквилизаторов, что у части женщин может привести к чрезмерному седативному эффекту и даже депрессии. Колебание активности эндогенных опиоидных пептидов в динамике менструального цикла может обуславливать появление таких симптомов как депрессия, чувство голода, слабость, раздражительность, напряжение, тревога, враждебность и др.

В последние годы большое внимание уделяется пептидам интермедиальной доли гипофиза, в частности меланостимулирующему гормону. Этот гормон при взаимодействии с β -эндорфином может способствовать изменению настроения. Эндорфины повышают уровень пролактина, вазопрессина и ингибируют действие простагландина E2 в кишечнике, в результате чего отмечаются нагрубание молочных желез, запор, вздутие живота.

Развитию предменструального синдрома способствуют стрессы, нейроинфекции, осложненные роды и аборт, особенно у женщин с врожденной или приобретенной неполноценностью гипоталамо-гипофизарной системы.

Роль ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). В средней лютеиновой фазе отмечается достаточно высокий уровень как эстрогенов, так и прогестерона. Известно, что эндогенные эстрогены стимулируют синтез ангиотензиногена в печени, в результате чего увеличивается уровень ангиотензина II, который, в свою очередь, стимулирует выработку альдостерона в коре надпочечников, а значит – реабсорбцию натрия в почках, потерю калия и как следствие, задержку воды у предрасположенных к таким нарушениям женщин. У здоровых молодых женщин повышение концентрации ангиотензина II под влиянием эстрогенов ведет к уменьшению секреции ренина в почках благодаря отрицательному механизму обратной связи, в связи с чем, отмечается только незначительное повышение ангиотензина II и альдостерона. Кроме того, в норме эндогенный прогестерон действует как антагонист рецепторов альдостерона в почках и тем самым, нейтрализует минералокортикоидный эффект эндогенных эстрогенов. Эти механизмы обратной связи нарушены у пациенток с ПМС, у которых в середине лютеиновой фазы может наблюдаться ряд симптомов, обусловленных задержкой жидкости.

Клиническая картина ПМС включает раздражительность, депрессию, плаксивость, агрессивность, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, боли в области сердца, тахикардию, нагрубание молочных желез, отеки, метеоризм, жажду, одышку, повышение температуры тела. Нейропсихические проявления предменструального синдрома отражаются не только в жалобах, но и в неадекватном поведении больных.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют **нервно-психическую, отечную, цефалгическую и кризовую формы** ПМС. В клинической картине **нервно-психической формы** предменструального синдрома преобладают раздражительность или депрессия (у молодых женщин чаще преобладает депрессия, а в переходном возрасте отмечается агрессивность), а также слабость, плаксивость. **Отечная форма** синдрома проявляется выраженным нагрубанием и болезненностью молочных желез, отечностью лица, голеней, пальцев рук, вздутием живота. У многих женщин с отечной формой возникают потливость, повышенная чувствительность к запахам. **Цефалгическая форма** клинически проявляется интенсивной пульсирующей головной болью, иррадирующей в глазное яблоко. Головная боль сопровождается тошнотой, рвотой; АД не изменяется. У 1/3 больных с цефалгической формой предменструального синдрома наблюдаются депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук. **Кризовой форме** предменструального синдрома присущи симпатико-адреналовые кризы. Криз начинается с повышения АД, появляются ощущение сдавления за грудиной, страх смерти, усиленное сердцебиение. Обычно кризы возникают вечером или ночью и могут быть спровоцированы стрессом, усталостью, инфекционным заболеванием. Кризы часто заканчиваются обильным мочеотделением.

В зависимости от количества, длительности и интенсивности симптомов выделяют **легкий и тяжелый предменструальный синдром**. При **легком ПМС** наблюдается 3-4 симптома, значительно выражены 1-2 из них. Симптомы появляются за 2-10 дней до начала менструации. При **тяжелом ПМС** возникает 5-12 симптомов за 3-14 дней до менструации, причем 2-5 из них резко выражены.

Диагностика. Прежде всего, при обследовании пациенток с ПМС нужно помнить, что некоторые *соматические* и *психические* заболевания обостряются в предменструальные дни, поэтому следует проводить дифференциальную диагностику со многими из них. Клинические проявления эндогенной депрессии, панических и других тревожных расстройств, например, агорафобии («страх открытых пространств»), шизофрении могут напоминать таковые ПМС за исключением **цикличности симптомов**. В таких случаях может помочь тщательный сбор анамнеза (личного и семейного) и анализ заполненных пациенткой специальных **менструальных карт** в течение 2-3 месяцев, чтобы убедиться, что указанные симптомы исчезают в остальные дни месяца. В неясных случаях и при тяжелых проявлениях заболевания проводится консультация психиатром.

Кроме того, необходимо исключить хронические заболевания почек, опухоли головного мозга, арахноидит, пролактин-секретирующую аденому гипофиза, гипотиреоз, кризовую форму гипертонической болезни, менструальную мигрень и феохромоцитому. Такие нарушения, как анемия, гипогликемия, гиповолемия, а также ряд гинекологических заболеваний (инфекции, эндометриоз, синдром поликистозных яичников и др.) могут сопровождаться сходными симптомами.

При сборе анамнеза очень важно уточнить время начала заболевания (становление регулярного овуляторного цикла в пубертатный период или после родов, прекращение использования гормональной контрацепции, гинекологические оперативные вмешательства и т.д.), чтобы установить возможную связь с нейроэндокринными сдвигами в организме.

Диагностика ПМС прежде всего включает ежедневную регистрацию симптомов как минимум в течение двух последовательных менструальных циклов. Это позволяет не только выявить взаимосвязь симптомов с динамикой менструального цикла, что важно для уточнения диагноза, но и определить какие из них являются субъективно наиболее тяжелыми для пациентки. Лабораторные и инструментальные методы исследования, как правило, не используются для диагностики ПМС, но они важны при проведении *дифференциальной диагностики* с различными психическими и соматическими заболеваниями. В зависимости от клинической картины заболевания обследование может включать:

- измерение диуреза и количества выпитой жидкости в течение 3-4 дней в обе фазы цикла;
- маммографию и/или УЗИ молочных желез в I фазу менструального цикла (до 8-10-го дня);
- оценку выделительной функции почек (определение уровня в сыворотке крови азота, мочевины, креатинина и др.);
- эхоэнцефалографию, реоэнцефалографию, МРТ или КТ головного мозга;
- оценку состояния глазного дна и периферических полей зрения;
- рентгенографию черепа, турецкого седла и шейного отдела позвоночника;
- консультацию невропатологом, психиатром, окулистом;
- определение уровня пролактина в сыворотке крови в обе фазы цикла;
- измерение уровня артериального давления;
- исследование функции щитовидной железы;
- определение содержания катехоламинов в крови или моче, а также УЗИ или МРТ надпочечников с целью исключения феохромоцитомы.

Лечение. Начальным этапом лечения является психотерапия, включающая доверительную беседу, аутогенную тренировку. В легких случаях изменение стиля жизни, а именно сбалансированное питание, режим труда и отдыха, умеренные регулярные физические упражнения, умение адекватно справляться со стрессовыми воздействиями могут помочь купировать неприятные симптомы. Рекомендуют также общий массаж и массаж воротниковой зоны. *Медикаментозную терапию* проводят с учетом длительности и тяжести заболевания, клинической формы предменструального синдрома, возраста больной и сопутствующей экстрагенигальной патологии.

В случае *нейропсихических проявлений* при любой форме предменструального синдрома рекомендуются седативные и психотропные препараты: оксазепам, медазепам, диазепам (седуксен) — за 2-3 дня до проявления симптомов. При *отечной форме* ПМС во 2-ю фазу менструального цикла эффективны антигистаминные препараты — клемастин, мекгидролин (диазолин), а также спиронолактон (верошпирон) — 25 мг 2-3 раза в день за

3-4 дня до проявления клинической симптоматики. Для улучшения кровоснабжения мозга целесообразно применение пирацетама (ноотропил) — по 400 мг 3-4 раза в день или γ -аминомасляной кислоты (аминалон) — по 0,25 г с 1-го дня менструального цикла в течение 2-3 нед (на протяжении 2-3 менструальных циклов). С целью снижения уровня пролактина применяют бромокриптин по 1,25 мг в день во 2-ю фазу менструального цикла, в течение 8-9 дней.

Одним из наиболее распространенных методов лечения ПМС является тяжелых проявлений ПМС является **подавление циклических гормональных процессов** (овуляции, формирования желтого тела) в организме женщины. Эффективная гормональная терапия ПМС включает агонисты гонадотропин рилизинг-гормона (аГнРГ), эстрадиол, даназол и комбинированные оральные контрацептивы, которые имеют свои преимущества и недостатки. Так, женщины не могут продолжать длительно терапию аГнРГ, из-за побочных эффектов, сходных с менопаузальными симптомами, а также снижения костной массы. Наиболее широко применяются комбинированные оральные контрацептивы (КОК), среди препаратов последнего поколения наибольшей эффективностью обладают *КОК с антиминералокортикоидным эффектом* за счет содержания в них дроспиренона. *Дроспиренон* является производным 17 β -спиронолактона и антагонистом альдостероновых рецепторов с выраженной антиминералокортикоидной активностью, превышающей таковую спиронолактона в 8 раз, а также умеренным антиандрогенным влиянием, благодаря способности конкурентно связываться с андрогенными рецепторами. При использовании КОК с дроспиреноном (ярина, джес, мидиана, димиа и др.) выявлено значительное снижение выраженности таких симптомов ПМС, как задержка жидкости, мастодиния и масталгия. Благоприятное влияние на такие симптомы, как лабильность настроения, раздражительность и агрессивность, по-видимому, обусловлены антиандрогенным влиянием дроспиренона, как и купирование циклического появления акне у некоторых женщин.

Одним из современных перспективных методов лечения, особенно, если женщине необходима контрацепция, является введение *внутриматочной гормональной рилизинг-системы Мирена*, выделяющей 20 мкг левоноргестрела в сутки непосредственно в матку (локальная терапия). Мирена разрабатывалась как метод контрацепции, не содержащей эстрогенов, но вскоре было отмечено, что она обладает лечебным воздействием при ряде гинекологических заболеваний, в том числе ПМС. Так как доза левоноргестрела в крови гораздо ниже, чем при оральном использовании прогестагенов, и выделение его равномерное (без пиков и снижений), то вероятность появления симптомов ПМС или их выраженность значительно снижается. Мирена особенно показана тем женщинам, у которых ПМС сочетается с дисменореей и/или меноррагией. Примерно у 20% женщин через год после введения Мирены наступает обратимая аменорея. В последние годы широкое применение для лечения ПМС получили современные антидепрессанты — *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)*, сочетающие мягкий тимоаналептический эффект (снятие тревоги, напряжения, улучшение настроения и общего психического самочувствия) с хорошей переносимостью. Эти препараты (флуоксетин, сертралин, циталопрам, венлафаксин) назначаются за 7-14 дней до предполагаемой менструации, день начала приема подбирается индивидуально (обычно за 2-3 дня начала симптомов).

К дополнительным методам терапии можно отнести назначение витамина В6 (пиридоксина) в дозе от 20 до 40 мг в сутки, который используется в течение длительного времени, а также ежедневный прием магния в дозе 200 мг. Удобно применение комплексного препарата *Магне-В6* (до 6 таблеток в сутки в 2-3 приема).

Перименопаузальный (климактерический) синдром.

Климактерий (от греческого *climacter* – ступень лестницы) – это физиологический период в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволютивные процессы в репродуктивной системе. Сначала прекращается

генеративная, а затем и менструальная функция. Этот период также называют **переходным (перименопаузальным)**.

Основным событием переходного периода, знаменующим прекращение менструальной и репродуктивной функции женщины, является **менопауза** – последняя самостоятельная менструация. Средний возраст, в котором прекращаются менструации у современной здоровой женщины – 50-52 года, однако для каждой женщины возраст менопаузы индивидуален.

Различают менопаузу **естественную** – менструации прекращаются самостоятельно (51-52 года); **искусственную** – менструации прекращаются после хирургического удаления яичников с/без гистерэктомии или под воздействием облучения или химиотерапии; **преждевременную** – прекращение менструаций до 40 лет (36-39 лет); **раннюю** – прекращение менструаций в 40-44 года.

В переходном периоде, помимо менопаузы, выделяют также:

- **пременопаузу** — период жизни женщины старше 45 лет, когда возможно появление нарушений менструального цикла (укорочение или удлинение цикла, задержки менструаций от нескольких дней до нескольких месяцев, аномальные маточные кровотечения), до полного прекращения менструаций; нередко в пременопаузе появляются первые климактерические симптомы (нейровегетативные, психоэмоциональные, обменно-эндокринные);

- **постменопаузу** — отсутствие менструаций в течение 12 мес. и более; выделяют **раннюю постменопаузу** (первые 2 года) и **позднюю** (продолжительность более 2 лет).

Дату последней менструации можно установить только **ретроспективно**, длительность названных выше периодов определяют, изучая анамнез.

Таким образом, **перименопауза (перименопаузальный, переходный, климактерический, период)** включает пременопаузу, менопаузу и первые 3-5 лет постменопаузы и может сопровождаться у ряда женщин **перименопаузальным синдромом**.

В переходном периоде жизни женщины наибольшие изменения претерпевает гипоталамо-гипофизарно-яичниковая система: повышается порог чувствительности гипоталамуса к эстрогенам, утрачивается цирхоральный ритм выделения ГнРГ, увеличивается выработка ФСГ и ЛГ (соответственно в 14 и 3 раза), уменьшается синтез ингибина, формируется резистентность фолликулов к гонадотропинам. В **пременопаузе** постепенно возникает недостаточность желтого тела, прогрессирующе нарастает число ановуляторных циклов, истощаются фолликулярные резервы. Прекращение циклической функции яичников совпадает с **менопаузой**. У женщин в **постменопаузе** не вырабатывается прогестерон и снижается секреция эстрогенов, меняется их соотношение, основным становится наименее активный эстроген — эстрон. Концентрация эстрона в плазме крови женщин в постменопаузе в 3-4 раза больше, чем эстрадиола. Эстрон в постменопаузе образуется в жировой и мышечной ткани из андростендиона, который в большей степени секретруется надпочечниками и в меньшей — яичниками.

Указанные нейроэндокринные изменения приводят к инволюционным процессам в органах репродукции. В пременопаузе существенных изменений размеров и структуры матки и яичников по сравнению с таковыми у женщин репродуктивного возраста не происходит. Матка, являясь органом-мишенью для стероидных половых гормонов, после менопаузы теряет в среднем 1/3 своего объема в результате атрофических процессов в миометрии, которые максимально интенсивны в первые 2-5 лет после менопаузы, после 20 лет постменопаузы размеры матки не изменяются. Эндометрий после менопаузы перестает претерпевать циклические изменения и подвергается атрофии. Продольный и поперечный размеры полости матки уменьшаются. При УЗИ переднезадний размер М-эха уменьшен до 4-5 мм и менее, эхогенность повышена. Выраженная атрофия эндометрия при длительной постменопаузе может сопровождаться формированием синехий. В постменопаузе уменьшаются линейные размеры и объем яичника.

Дефицит эстрогенов как часть инволюционных процессов в организме женщины в пре- и постменопаузе можно расценивать как закономерный

физиологический процесс, хотя он играет патогенетическую роль для многих расстройств, в том числе климактерических.

Перименопаузальный (климактерический) синдром – это своеобразный симптомокомплекс, осложняющий естественное течение переходного периода; многообразные проявления его выступают как следствие нервно-психических, вазомоторных и обменных нарушений, возникающих на фоне общей инволюции организма.

Различные симптомы, связанные с угасанием функции яичников, наблюдаются более чем у 70% женщин. Частота проявлений климактерического синдрома меняется с возрастом и длительностью постменопаузы. Если в пременопаузе она составляет 20-30%, то в постменопаузе — 35-50%. Продолжительность климактерического синдрома составляет в среднем 3-5 лет (от 1 года до 10-15 лет). Самыми частыми его проявлениями служат приливы, потливость, повышение или понижение АД, головная боль, нарушения сна, депрессия и раздражительность, астенические проявления, симпатико-адреналовые кризы. Симптомы возникают в определенной хронологической последовательности и значительно снижают качество жизни женщины в постменопаузе. Выделяют симптомы:

- **ранние** – нейровегетативные, обменно-эндокринные, психоэмоциональные проявления;
- **средневременные** – урогенитальные расстройства, атрофические изменения кожи, слизистых оболочек;
- **поздние** – остеопороз, сердечно-сосудистые заболевания, когнитивные нарушения, артрозы, артриты.

Клиническая картина. К ранним нейровегетативным (вазомоторным) симптомам относят приливы жара, гипергидроз, головные боли, гипотония или гипертензия, ознобы, сердцебиения, к психоэмоциональным – раздражительность, слабость, сонливость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.

Вазомоторные симптомы в перименопаузе являются следствием не эстрогенного дефицита, как такового, а проявлением своеобразной «абстиненции» эстроген-чувствительных нейрональных систем, которые длительное время находились в условиях высокого содержания половых гормонов.

Наиболее типичным проявлением вазомоторных расстройств являются **приливы жара** к верхней части туловища – лицу, шее, области декольте, возникающие вследствие внезапного резкого расширения поверхностных капилляров кожи и прилива крови.

К центрам терморегуляции относят медиальную преоптическую область переднего гипоталамуса («центр теплоотдачи») и задний гипоталамус («центр теплопродукции»). Кроме того, к термочувствительным центрам, которые также реагируют на изменение температуры как периферической, так и центральной, относятся мезэнцефальная активирующая система, гиппокамп, амигдаллярный комплекс и кора головного мозга. Развитие прилива связано с внезапным снижением так называемой температурной «установочной точки» (temperature setpoint), характеризующей оптимальный уровень температуры при котором активность терморегуляционных механизмов минимальна. Смещение «установочной точки» воспринимается вышеуказанными термочувствительными элементами, как повышение центральной температуры, что в свою очередь активирует мощные механизмы теплоотдачи. На периферии во время продромальной фазы прилива *повышается уровень адреналина* в крови, что приводит к повышению частоты сердечных сокращений (примерно на 20 ударов в минуту). Таким образом, приближающийся прилив женщина ощущает заранее и, если он происходит ночью, в этот момент просыпается. Примерно через полминуты начинается *снижение уровня норадреналина*, результатом чего является расширение кожных сосудов, в

основном, лица и верхней половины туловища и повышение в них кровотока, что сопровождается покраснением кожи, повышением кожной температуры в этих областях, усилением потоотделения. Тяжелые приливы могут заканчиваться ознобом (включение механизмов теплопродукции).

Приливы – это проявление нарушения деятельности центров терморегуляции, и половые гормоны, вне сомнения, играют важнейшую роль в патофизиологических механизмах этих расстройств. Полагают, что внезапное *повышение центральной норадренергической активности* является триггерным механизмом снижения «установочной точки» и последующего «каскада» вазомоторных симптомов. Некоторые авторы подчеркивают анатомическую близость и наличие синаптических связей между нейронами, секретирующими гонадотропин рилизинг-гормон (Гн-РГ) в аркуатном ядре, и терморегулирующей области гипоталамуса. Высокий уровень эстрогенов в репродуктивном возрасте оказывает ингибирующее воздействие на центральные норадренергические механизмы, по-видимому, именно потеря этого модулирующего воздействия и играет основную роль в развитии приливов. Однако нельзя исключить вовлечение в эти процессы других нейротрансмиттеров, например, *серотонина*, а также *эндогенных опиоидных пептидов*. Снижение уровня серотонина и активности серотониновых рецепторов в гипоталамусе в результате эстрогенного дефицита вносит определенный вклад в патогенез приливов. Есть данные о повышении уровня *кортикотропина, кортизола и гормона роста* перед началом прилива. Современные исследования доказывают роль дефицита *мелатонина* в развитии вазомоторных и психоэмоциональных нарушений при климактерическом синдроме.

Наряду с другими вазомоторными нарушениями приливы жара отмечаются по данным разных авторов у 50-85% женщин в переходный период. Продолжительность субъективных ощущений прилива может быть самой разной – от нескольких минут до одного часа. Они могут быть нерегулярными и провоцироваться различными факторами (прием острой пищи, кофе, алкоголя, изменение внешней температуры и т.д.) или возникать несколько раз в час через четкие промежутки времени. Для оценки характера вегетативных симптомов и степени их выраженности существуют специальные опросники, из которых наиболее широкое распространение получил модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) Купермана. Согласно упрощенной классификации по степени тяжести проявлений выделяют:

- легкую – до 10 приливов в сутки;
- среднюю – 10-20 приливов в сутки;
- тяжелую – более 20 приливов в сутки.

В большинстве случаев приливы исчезают через 1-5 лет вследствие компенсаторных изменений активности центральных нейротрансмиттерных систем, а также снижения числа эстрогеновых рецепторов в термочувствительных областях головного мозга, однако примерно у 10% могут длиться до 7-10 лет.

Помимо вазомоторных проявлений у 15-50% женщин в перименопаузе отмечаются те или иные **эмоционально-аффективные расстройства**, включающие различные формы депрессии, тревожные и панические расстройства, фобии, обсессивно-компульсивные расстройства (психопатологические состояния с преобладанием навязчивых мыслей или действий) и др. Чаще всего гинекологам приходится иметь дело с депрессивными расстройствами меньшей глубины, сопровождающимися тревожным беспокойством. Проявлениями этого типа депрессии могут быть психовегетативные нарушения тревожно-фобического (внутреннее напряжение, неопределенное беспокойство, неуверенность в завтрашнем дне, нерешительность и др.) или астенического (повышенная раздражительность, утомляемость, постоянное чувство усталости) ряда, а также когнитивные (познавательные) расстройства.

К важнейшим неблагоприятным **метаболическим изменениям**, возникающим у женщин в переходный период, относится рост избыточного веса/ожирения, часто сочетающийся с нарушением углеводного/липидного обмена и повышением уровня АД. Наличие **абдоминального ожирения** и 2-х из дополнительных критериев, к которым относятся: нарушение толерантности к глюкозе (НТГ)/инсулинорезистентность (ИР), повышение уровня триглицеридов (ТГ), снижение содержания липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и артериальная гипертензия (АГ), является основанием для диагностирования метаболического синдрома (МС). МС – сочетание взаимозависимых метаболических факторов риска, непосредственно способствующих развитию атеросклероза, острых атеротромботических событий и сахарного диабета (СД), но при этом является **обратимым** состоянием, поэтому его своевременная диагностика и лечение служат первичной профилактикой этих заболеваний. Кроме повышения риска ССЗ метаболические расстройства создают угрозу для здоровья и жизни женщин и по другим причинам. Согласно многочисленным эпидемиологическим данным существует четкая взаимосвязь между МС и некоторыми раками, включая рак кишечника и молочных желез. Показано, что индекс массы тела (ИМТ) $>30 \text{ кг/м}^2$ повышает риск рака молочных желез примерно в 2 раза.

Урогенитальные расстройства (генитоуринарный синдром) могут возникать еще в пременопаузе, но обычно появляются на 2-5-м году постменопаузы у 30-40% женщин. В пожилом возрасте их частота может достигать 70%. Возникновение урогенитальных расстройств обусловлено развитием на фоне дефицита половых гормонов атрофических и дистрофических процессов в эстрогенчувствительных структурах мочеполовой системы (уретра, мочевого пузыря, влагалище, связочный аппарат, мышечный и соединительнотканый компоненты тазового дна, сосудистые сплетения). Этим объясняется одновременное нарастание клинических симптомов атрофического вагинита, диспареунии, цистоуретрита, поллакиурии, недержания мочи. В постменопаузе нередко прогрессирует пролапс половых органов, в основе которого лежат нарушения биосинтеза и депонирования коллагена в фибробластах на фоне гипоестрогении, поскольку на фибробластах имеются рецепторы эстрогенов и андрогенов.

К **возрастным изменениям кожи** относятся: постепенное истончение, атрофия, повышение сухости, потеря эластичности и упругости, дряблость, появление морщин, диффузной пигментации, свисающих складок, связанных со снижением количества подкожного жира. Вследствие потери тонуса кожи изменяются естественные пропорции лица: скулы становятся менее очерченными, наблюдается провисание кожи шеи, овал лица становится менее четким. Изменения состояния дериватов кожи включают: выпадение и поседение волос на голове, укорочение и истончение ресниц и бровей, слоистость ногтей и др. К настоящему времени накоплено достаточно данных, свидетельствующих о благоприятном влиянии ЗГТ на кожу, смягчающем ее возрастные изменения, благодаря наличию рецепторов к эстрогенам в эпидермисе, дерме и кровеносных сосудах, что подтверждает огромное значение половых гормонов для ее гармоничного функционирования.

Одним из последствий эстрогендефицитного состояния в пре- и постменопаузе становится увеличение частоты **сердечно-сосудистой патологии**, обусловленной атеросклерозом (ИБС, нарушение мозгового кровообращения, АГ). Для женщин в постменопаузе это катастрофично: если у женщин до 40 лет частота инфаркта миокарда в 10-20 раз ниже, чем у мужчин, то после угасания функции яичников соотношение постепенно меняется и составляет к 70 годам 1:1. Возникновение сердечно-сосудистой патологии патогенетически связано с изменением содержания липидов и свертывающей системы крови при гипоестрогении: повышением уровня холестерина, ТГ, ЛПНП и ЛПОНП, снижением уровня ЛПВП, увеличением свертываемости крови и снижением антикоагулянтного потенциала системы гемостаза. Считают, что длительный дефицит эстрогенов в пожилом возрасте может участвовать в патогенезе болезни Альцгеймера

(поражение головного мозга). Отмечен профилактический эффект эстрогенов в отношении деменции у женщин в постменопаузе, но этот вопрос требует дальнейших исследований в рамках доказательной медицины.

Эстрогендефицитное состояние после менопаузы приводит к **остеопорозу** у 40% пациенток. Остеопороз и предшествующая ему остеопения имеют длительный латентный период. Снижение синтеза матрикса кости остеобластами и усиление процессов резорбции костной ткани остеокластами начинаются уже после 35-40 лет. Потеря костной массы после прекращения менструаций резко ускоряется и достигает 1,1-3,5% в год. К 75-80 годам потеря костной плотности может приблизиться к 40% по сравнению с таковой в возрасте 30-40 лет. У 35,4% женщин, доживших до 65 лет, можно прогнозировать переломы костей. Остеопороз развивается постепенно и бессимптомно, а возникновение его клинических проявлений свидетельствует о значительной потере костной массы. Это — боли в костях, микро- и макропереломы при минимальной травматизации, искривление позвоночника (кифоз, лордоз, сколиоз), уменьшение роста. Поскольку в первые 5 лет после прекращения менструаций поражаются преимущественно кости с преобладанием трабекулярного, решетчатого строения (позже присоединяется поражение трубчатых костей), переломы позвоночника, лучевой кости в типичном месте возникают раньше, чем перелом шейки бедра. Рентгенологическое исследование не обеспечивает своевременную диагностику остеопороза (она становится возможной, только когда потеря костной массы достигает 30% и более). Диагностика остеопороза, помимо клинических проявлений, основывается на денситометрии.

Лечение. При легких формах КС используется симптоматическое лечение, направленное на нормализацию гипоталамо-гипофизарно-яичниковых взаимоотношений. С этой целью рекомендуется модификация образа жизни: сбалансированное питание, режим труда и отдыха, умеренные физические нагрузки и др. Дополнительно рекомендуется физиотерапия: гальванические воротники, анодическая гальванизация, электросон, импульсные токи, термально-газорadioактивные воды; нейрoлептики – этаперазин, резерпин, элениум, тазепам, седуксен, грандаксин (в течение 4-12 недель) или ингибиторы обратного захвата серотонина (прозак, золофт, фефарин).

Основой **патогенетического лечения** перименопаузального синдрома является **менопаузальная гормональная терапия** (МГТ), средняя продолжительность которой составляет 4-5 лет. МГТ может преследовать как краткосрочные цели – купирование вазомоторных, эмоционально-аффективных, урогенитальных расстройств, так и долгосрочные – профилактика ССЗ и остеопороза. Для коррекции климактерического синдрома, урогенитальных расстройств используют краткосрочные курсы МГТ (в течение 1-3 лет). С целью профилактики и лечения остеопороза МГТ проводится на протяжении более 3 лет при необходимости в комбинации с бифосфонатами.

Перед назначением МГТ следует определить показания и противопоказания, соотношение польза/риск индивидуально для каждой пациентки.

Показания для МГТ:

- ранняя (40-45 лет) и преждевременная (до 40 лет) менопауза;
- длительная олиго- и аменорея;
- первичная аменорея;
- искусственная менопауза (хирургическая, рентген-, радиотерапия);
- симптомы климактерического синдрома (приливы) в перименопаузе;
- генитоуринарные расстройства;
- наличие факторов риска остеопороза, сердечно-сосудистых заболеваний, болезни Альцгеймера.

Абсолютные противопоказания для МГТ:

- рак молочной железы в анамнезе, в настоящее время или при подозрении на него;
- эстроген-зависимые злокачественные опухоли, например, рак эндометрия или при подозрении на эту патологию;
- артериальная тромбоэмболическая болезнь в настоящее время или в анамнезе (например, стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт);
- венозная тромбоэмболия (острый тромбоз глубоких вен, легочная тромбоэмболия);
- кровотечения из половых путей неясной этиологии;
- не леченная гиперплазия эндометрия;
- не компенсированная артериальная гипертензия;
- заболевания печени в стадии обострения;
- аллергия к активным веществам или к любому из наполнителей препарата;
- кожная порфирия.

Для МГТ используют натуральные эстрогены (эстрадиола валерат, 17 β -эстрадиол, конъюгированные эстрогены, эстриол) в виде *монотерапии* или в *комбинации с гестагенами или андрогенами*. Возможны введение гормонов парентерально (в инъекциях, трансдермально, вагинально) и прием внутрь. **Монотерапия эстрогенами** (прогинова, эстрофем, дивигель, эстрожель, овестин) проводится женщинам, перенесшим гистерэктомию, за исключением тех, у кого в анамнезе имелся эндометриоз или рак эндометрия (этим пациенткам показана комбинированная терапия). При лечении генитоуринарного синдрома также назначают монотерапию препаратами эстриола (овестин, гинофлор Э), преимущественно в виде лекарственных форм для местного лечения (вагинальные суппозитории, крем).

При интактной матке с целью защиты эндометрия от пролиферативного влияния эстрогенов и профилактики гиперпластических процессов и рака эндометрия назначается **комбинированная МГТ** (эстроген+гестаген или эстроген+андроген). В *пременопаузе* целесообразно назначать *многофазные эстроген-гестагенные препараты* (фемостон, дивина, климен, климонорм, цикло-прогинова, три-секвенс), на фоне которых наблюдается регулярная менструальноподобная реакция. В *постменопаузе* более физиологично постоянное поступление гормонов в меньших дозах, поэтому используют *монофазные препараты* (фемостон конти, анжелик, клиогест, индивина, тиболон — ливиал). При необходимости долгосрочной терапии (более 3-5 лет) целесообразно постепенное снижение дозы половых гормонов, с этой целью рекомендуют переход на микродозированные препараты – анжелик микро, фемостон мини.

МГТ, начатая в позднем периоде жизни женщины (более 10 лет после менопаузы), может повышать риск рака молочной железы, частоту сердечно-сосудистых заболеваний: тромбозов, тромбоэмболии, инфарктов, инсультов.

Перед назначением МГТ важно изучить особенности анамнеза: наследственность, наличие вредных привычек (курение), состояние венозной системы ног. До начала и в процессе МГТ (не реже 1 раза в год) необходимо проводить физикальный осмотр, эхографию органов малого таза, маммографию, исследование показателей гемостаза, цитологическое исследование соскобов шейки матки.

Принципы назначения МГТ основаны на индивидуальной оценке ее пользы и риска, информировании пациентки о преимуществах и возможных осложнениях терапии. Осознанное решение о применении гормонов с заместительной целью принимает сама пациентка.

Посткастрационный (постовариэктомический) синдром (ПОЭС).

Гистерэктомию с удалением придатков матки является одной из наиболее часто выполняемых операций в гинекологии и сопряжена с развитием синдрома после тотальной овариэктомии. Около 20% женщин в течение жизни переносят гистерэктомию.

Средний возраст пациенток к моменту операции составляет 43–45 лет. Наряду с лечебной эффективностью в отношении основного заболевания гистерэктомия может отрицательно влиять на здоровье и качество жизни женщины. ПОЭС развивается после двустороннего удаления яичников (чаще) или резекции одного/обоих яичников и включает вегетососудистые, нейропсихические и обменно-эндокринные нарушения, обусловленные гипозэстрогенией. ПОЭС называют также синдромом *хирургической (индуцированной) менопаузы* (на основании общности патогенетических механизмов). Частота ПОЭС варьирует от 55 до 100% в зависимости от возраста пациентки к моменту операции, преморбидного фона, функциональной активности надпочечников. В целом частота синдрома составляет 70–80%.

Патогенез постовариэктомического синдрома определяет функциональная целостность репродуктивной системы, регулируемой по принципу обратной связи. В ответ на выключение или резкое снижение эндокринной активности яичников, в тщетной попытке восстановить гормональное равновесие, в гипофизе увеличивается выброс гонадотропинов, преимущественно ФСГ. Нарушения в гипоталамо-гипофизарной области сопровождаются дезадаптацией подкорковых структур, регулирующих кардиальную, васкулярную и температурную реакции организма, поскольку при дефиците эстрогенов снижается синтез нейротрансмиттеров, ответственных за функционирование подкорковых структур. Дезорганизация адаптационных процессов может приводить к повышению уровня ТТГ и АКТГ. Длительный дефицит эстрогенов отражается на состоянии эстроген-рецептивных тканей, в том числе мочеполовой системы — нарастает атрофия мышечной и соединительной ткани со снижением количества коллагеновых волокон, снижается васкуляризация органов, истончается эпителий. Недостаток половых гормонов приводит к постепенному прогрессированию остеопороза.

Несмотря на схожесть патогенеза изменений при хирургической менопаузе с патофизиологией естественной менопаузы, они имеют кардинальные различия. Естественное течение климактерия предусматривает наличие переходного периода, разделяющего репродуктивный период и менопаузу, продолжительность которого обычно составляет около 5 лет. За это время функция яичников снижается постепенно, соответственно выработка половых гормонов уменьшается поэтапно. Вначале нарушается циклическая секреция прогестерона с последующим развитием хронической ановуляции, затем уменьшается секреция эстрадиола и эстриола. Выработка андрогенов — биохимических предшественников эстрогенов — также снижается постепенно, параллельно этим изменениям. За столь длительный период времени организм большинства женщин, перешагнувших 45–50-летний рубеж, успевает изыскать какие-либо возможности адаптации к «жизни без эстрогенов», постепенно приучая гипоталамус к утрате влияния эстрадиола, структуры урогенитального тракта — к уходу эстриола, вовлекая в процесс компенсации снижающейся функции яичников эндокринную и иммунную системы организма. Гормоны и секреты щитовидной железы, надпочечников, жировой ткани начинают выполнять различные функции эстрогенов или обеспечивать их внегонадную конверсию. В результате развитие дефицита половых стероидов растянуто во времени, прогрессирует относительно медленно.

Хирургическая менопауза возникает резко. Выключение функции яичников, обусловленное их удалением или ишемизацией, сопровождается одномоментным выключением секреции сразу всех яичниковых гормонов: прогестерона, эстрогенов и андрогенов, а также ингибина. В результате возникают симптомы тотального дефицита половых стероидов, которые плохо прогнозируемы и быстро прогрессируют. Поэтому искусственная, в том числе хирургическая, менопауза является медицинским показанием к применению заместительной гормонотерапии (ЗГТ).

Клиническая картина ПОЭС включает психоэмоциональные, нейровегетативные, а также обменно-эндокринные расстройства.

Психоэмоциональные расстройства могут возникать с первых дней послеоперационного периода. Наиболее выражены астенические (37,5%) и депрессивные (40%) проявления, реже встречаются фобические, параноидальные и истерические. В формировании психоэмоциональных расстройств играют роль как гормональные изменения, так и психотравмирующая ситуация в связи с восприятием гистерэктомии как калечащей операции. Вегето-невротические нарушения формируются с 3-4-х суток после овариэктомии и характеризуются смешанными симпатикотоническими и ваготомическими проявлениями с преобладанием первых. Терморегуляция нарушается у 88% больных и проявляется приливами жара, ознобом, ощущением ползания мурашек, возможна плохая переносимость жаркой погоды. У 45% больных нарушен сон, реже наблюдается боязнь замкнутых пространств. Кардиоваскулярные проявления в виде тахикардии, субъективных жалоб на сердцебиение, сжимающих болей в области сердца и повышения систолического АД выявляются у 40% больных. Обратное развитие клинических проявлений без коррекции в течение года происходит у 25% больных, у пациенток репродуктивного возраста чаще (в 70% случаев), что объясняется инверсией основного источника половых гормонов, которым становятся надпочечники.

Удаление яичников при гистерэктомии вызывает обменно-эндокринные и урогенитальные расстройства, которые возникают после психоэмоциональных и нейровегетативных проявлений — через 1 год и более после операции и наиболее свойственны пациенткам в менопаузе. Постепенно нарастает частота ожирения, сахарного диабета, ИБС, тромбофилии, увеличивается индекс атерогенности.

Гистерэктомия является фактором риска ИБС, при этом чем раньше выполнена операция, тем выше риск (в 1,5-2 раза) возникновения ИБС в молодом возрасте. Уже в первые месяцы после операции наблюдаются атерогенные сдвиги в крови: достоверно увеличивается содержание общего холестерина (на 20%), липопротеидов низкой плотности (на 35%). После удаления яичников риск развития инфаркта миокарда возрастает в 2-3 раза, повышается смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Удаление матки сопряжено с более высоким риском развития АГ в результате снижения уровня секретируемых маткой простаглицлинов как вазодилатирующих, гипотензивных агентов, эндогенных ингибиторов агрегации тромбоцитов. Гистерэктомия способствует возникновению урогенитальных расстройств (диспареуния, дизурические явления, кольпит, пролапс) как вследствие гипоэстрогенных обменно-трофических изменений в тканях, так и из-за нарушения архитектоники тазового дна. Через 3-5 лет после удаления матки урогенитальные расстройства той или иной выраженности наблюдаются у 20-50% пациенток.

Гистерэктомия с удалением придатков матки способствует ускорению и усилению процессов остеопороза; после нее среднегодовая потеря минеральной плотности костной ткани выше, чем в естественной менопаузе. Частота остеопороза у пациенток с СПТО выше, чем у неоперированных их ровесниц.

Диагностика. Выраженность психоэмоциональных и вегетоневротических проявлений у больных, перенесших гистерэктомию, оценивают по модифицированному менопаузальному индексу (ММИ) Купермана в модификации Е.В. Уваровой. Выделяют легкий, среднетяжелый и тяжелый патологический ПОЭС. При необходимости используют дополнительные методы диагностики психоэмоциональных, урогенитальных нарушений и остеопороза.

Лечение. Основное лечение ПОЭС заключается в применении ЗГТ. Ее можно начинать на 2-4-е сутки после операции. Молодым пациенткам (до 40 лет) после удаления яичников без гистерэктомии, у которых предполагается длительное применение препаратов ЗГТ, лучше назначать комбинированные препараты (фемостон, дивина, климонорм, циклопрогинова, климен); при необходимости возможен короткий курс монотерапии эстрогенами (эстрафем, прогинова и др.). Парентеральное введение лекарственных средств (в виде гелей, пластырей, внутримышечных инъекций) исключает первичный

метаболизм гормонов в печени и поэтому более приемлемо при длительной ЗГТ. Возможна также замена одного препарата другим. После гистерэктомии рекомендуется монотерапия эстрогенами, за исключением случаев наличия в анамнезе эндометриоза или рака эндометрия.

Пациенткам с выраженными психоэмоциональными проявлениями дополнительно назначают транквилизаторы и антидепрессанты в обычных дозах.

Для профилактики метаболических нарушений наряду с эстрогенсодержащими препаратами ЗГТ следует рекомендовать курс витаминотерапии, прием микроэлементов. При выявлении остеопороза, помимо ЗГТ, назначают патогенетическую терапию (препараты кальция, бифосфонаты, кальцитонин и др.). В случае длительного приема препаратов ЗГТ у больных с СПТО необходимы профилактика тромботических осложнений и наблюдение маммолога: маммография 1 раз в 2 года, УЗИ молочных желез и пальпаторный осмотр каждые 6 мес.

При противопоказаниях к ЗГТ можно назначать седативные препараты (валериану, пустырник, ново-пассит и др.), транквилизаторы (феназепам, диазепам, лоразепам и др.), антидепрессанты — тианептин (коаксил), моклобемид (аурорикс), флуоксетин (прозак) и др., гомеопатические препараты (климактоплан, климадинон, менорил, эстровел и др.).

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 23 :

Доброкачественные опухоли молочной железы. Фоновые и предраковые заболевания вульвы, шейки и тела матки.

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Диагностика фоновых и предраковых заболеваний шейки и тела матки. 2.Принципы ведения женщин с фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки и тела матки.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения фоновых и предраковых заболеваний шейки и тела матки, принципами ведения.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	Общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение	1.Подготовить текст по теме.	

(20 минут)	2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Делятся на группы и слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

2. План-конспект

К предраковым относятся заболевания, характеризующиеся длительным (хроническим) течением дистрофического процесса, и доброкачественные новообразования, имеющие тенденцию к малигнизации. К морфологическим предраковым процессам относятся очаговые пролиферации (без инвазии), атипичные разрастания эпителия, атипизм клеток. Не всякий предраковый процесс обязательно переходит в рак. Предраковые заболевания могут существовать в течение очень длительного времени, и при этом ракового перерождения клеток не происходит. В других случаях такое превращение осуществляется сравнительно быстро. На фоне одних заболеваний, например папиллярных кистом, рак возникает сравнительно часто, на фоне других (крауроз и лейкоплакия вульвы) значительно реже. Выделение предраковых заболеваний оправдано и с той точки зрения, что своевременное и радикальное лечение этих форм заболеваний является самой действенной профилактикой рака. В зависимости от локализации патологического процесса принято различать предраковые заболевания наружных половых органов, шейки, тела матки и яичников.

Предраковые заболевания женских половых органов. К ним относятся гиперкератозы (лейкоплакия и крауроз) и ограниченные пигментные образования с тенденцией к росту и изъязвлению.

Лейкоплакия вульвы встречается обычно в климактерическом периоде или в менопаузе. Возникновение этой патологии связано с нейроэндокринными нарушениями. Заболевание характеризуется появлением на коже наружных половых органов сухих белых бляшек различной величины, которые могут иметь значительное распространение. Наблюдаются явления повышенного ороговения (гиперкератоз и паракератоз) с последующим развитием склеротического процесса и сморщиванием ткани. Основным клиническим симптомом лейкоплакии — упорный кожный зуд в области наружных половых органов. Зуд вызывает расчесы, ссадины и небольшие ранки. Кожа наружных половых органов сухая.

Для лечения этого заболевания применяют мази или глобули, содержащие эстрогенные препараты. При резко выраженных изменениях и сильном зуде допустимо применение небольших доз эстрогенов внутрь или в виде инъекции. Наряду с применением эстрогенов большое значение имеет соблюдение диеты (легкая растительная пища, уменьшение потребления поваренной соли и пряностей). Успокаивающее действие оказывают гидротерапия (теплые сидячие ванны перед сном) и лекарственные препараты, воздействующие на центральную нервную систему.

Крауроз вульвы — дистрофический процесс, который приводит к сморщиванию кожи наружных половых органов, исчезновению жировой клетчатки больших половых губ, последующей атрофии кожи, сальных и потовых желез. В связи со сморщиванием тканей вульвы вход во влагалище резко суживается, кожа делается очень сухой и легко ранимой. Заболевание обычно сопровождается зудом, что приводит к расчесам и вторичным воспалительным изменениям тканей. Крауроз наблюдается чаще в климактерическом периоде или менопаузе, но иногда возникает и в молодом возрасте. При краурозе происходят гибель эластических волокон, гиалинизация соединительной ткани, склерозирование соединительнотканых сосочков кожи с истончением покрывающего их эпителия, изменение нервных окончаний. Этиология крауроза вульвы изучена недостаточно. Предполагают, что возникновение крауроза связано с нарушением химизма тканей, выделением гистамина и гистаминоподобных веществ. В результате воздействия этих веществ на нервные рецепторы появляются зуд и боли. Большое значение имеет нарушение функции яичников и коры надпочечников, а также изменение обмена веществ.

Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.

Частота возникновения фоновых и предраковых заболеваний шейки матки в среднем колеблется от 10 до 22,6%.

Терминология и классификация.

В соответствии с клинико-морфологической классификацией, заболевания шейки матки подразделяются на фоновые заболевания, предраковые и рак шейки матки.

1. Фоновые процессы.

А. Гиперпластические процессы, связанные с гормональными нарушениями.

- Псевдоэрозия.

- Полип

- Папиллома

- Лейкоплакия.

- Эритроплакия

Б. Посттравматические процессы

- Истинная эрозия

- Эктропион шейки матки

2. Предраковые состояния.

- Дисплазия

- Лейкоплакия с атипией клеток.

Рак шейки матки

В норме эктоцервикс (влагалищная часть ш/м), являющийся продолжением слизистой оболочки влагалища, представлен многослойным плоским эпителием, лежащим на базальной мембране. Цервикальный канал выстлан однослойным цилиндрическим эпителием. В области наружного

зева имеется место перехода плоского эпителия в цилиндрический, именно в этом месте чаще всего происходит атипическая трансформация клеток.

Факторы риска возникновения предопухолевых заболеваний и рака шейки матки:

I. Экзогенные факторы:

Травмы

Воспаление вызванное:

Вирусной инфекцией

Хламидии

Микоплазмы

- Химические и физические факторы, применяемые для контрацепции с лечебной целью

II. Эндогенные факторы:

возрастные гормональные сдвиги

заболевания желез внутренней секреции

снижение иммунологического статуса

III. Социальные факторы:

раннее начало половой жизни

ранняя первая беременность до 18 лет

частая смена сексуального партнера

- большое число родов при низком социальном уровне и ранней половой жизни.

Полипы слизистой оболочки канала шейки матки

Полипы слизистой оболочки цервикального канала относятся к распространенным заболеваниям: они занимают одно из первых мест среди доброкачественных патологических процессов шейки матки.

Полипы развиваются в области наружного зева, в средней или верхней части эндоцервикса. Наиболее часто полипы наблюдаются у женщин после 40 лет. Клинических проявлений, характерных для полипов, не существует.

Диагностика полипов слизистой оболочки цервикального канала не представляет затруднений. Они обнаруживаются при простом осмотре шейки матки, кольпоскопии и цервикоскопии..

Лечение сводится к удалению полипов (последующее гистологическое исследование обязательно). Полипы удаляют откручиванием с последующей коагуляцией основания ножки. Профилактикой полипов шейки матки является своевременное лечение гинекологических заболеваний и эндокринных нарушений.

Лейкоплакия - поражение кожи и слизистых оболочек нижнего отдела половых органов, характеризующееся утолщением и разной степенью ороговения покровного эпителия. Выделяют плоскую и бородавчатую (лейкокератоз), при которой отмечается беспорядочное расположение базальных клеток с явлениями атипии формы лейкоплакии. При обработке раствором йода поверхность лейкоплакии остается белой.

Клиническая картина заболевания бессимптомна

Основная цель диагностики - определение характера лейкоплакии: простая или с проявлениями базально-клеточной гиперактивности и атипии клеток.

Кольпоскопия является обязательной и проводится повторно для исключения или своевременного распознавания признаков атипии.

Лечение лейкоплакий с признаками базально-клеточной гиперактивности и атипией сводится к их иссечению, или криодеструкции; в последние годы успешно применяется лазерная терапия. При локализации лейкоплакии на шейке матки производят эксцизию или конизацию с учетом состояния эндоцервикса, при резко выраженной атипии выполняют ампутацию шейки матки.

Эритроплакии

Макроскопически эритроплакии - темно-красные образования округлой или неправильной формы, слегка возвышающиеся над поверхностью нормальных слизистых оболочек. Эритроплакии чаще бывают одиночными и имеют небольшие размеры.

Красный цвет эритроплакии обусловлен просвечиванием сосудистой сети через истонченный (атрофичный) пласт эпителиального покрова.

Эритроплакии удаляют хирургическим путем (эксцизия) или применяют другие методы, вызывающие их полную деструкцию (диатермокоагуляция, криотерапия, vaporизация лучом лазера).

Эрозия и псевдоэрозия шейки матки

Эрозия (псевдоэрозия) относится к числу распространенных гинекологических заболеваний: она наблюдается у 10-15% женщин, обращающихся к врачу с жалобами, присущими заболеваниям половых органов. Нередко это заболевание выявляется при диспансеризации у женщин, считающих себя здоровыми.

Различают следующие виды эрозий: врожденная эрозия, истинная эрозия, псевдоэрозия.

Врожденная эрозия шейки матки представляет собой эктопию цилиндрического эпителия цервикального канала.

Врожденные эрозии (эктопии цилиндрического эпителия) наблюдаются в детском и юношеском возрасте, они обычно подвергаются обратному развитию без лечения. Сравнительно редко они сохраняются до периода половой зрелости. Врожденные эрозии не имеют тенденции к малигнизации.

Истинная эрозия шейки матки - приобретенный патологический процесс, характеризующийся повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия влажной части шейки матки. В результате десквамации образуется раневая поверхность (дефект эпителия) с проявлениями воспалительной реакции.

Истинная эрозия относится к непродолжительным процессам: она существует не более 1-2 нед и переходит в следующую стадию заболевания - псевдоэрозию, в связи с чем, истинная эрозия наблюдается лечащим врачом редко (процесс обычно выявляется в стадии псевдоэрозии).

Псевдоэрозия образуется в процессе дальнейшего развития патологического процесса на основе истинной эрозии. Дефект многослойного плоского эпителия покрывается цилиндрическим эпителием, наползающим на эрозивную поверхность из слизистой оболочки цервикального канала. Симптомом, подозрительным на развитие малигнизации, являются контактные кровотечения.

Диагностика эрозий и псевдоэрозий. Клинические проявления данного заболевания нехарактерны..

Распознавание осуществляется при детальном осмотре шейки матки при помощи кольпоскопа. При длительном течении заболевания, недостаточной эффективности лечения, рецидивах, наличии признаков папиллярных, фолликулярных (и смешанных) псевдоэрозий необходимо широко пользоваться расширенной кольпоскопией, которая позволяет выявить изменения, присущие предраковым процессам.

После обработки 5 % раствором йода эрозия (псевдоэрозия) выглядит светло-розовой, начинающиеся зоны превращения - желтыми, атипические процессы - белыми.

При наличии участков, подозрительных и даже сомнительных в отношении атипии (дисплазия), производят прицельную биопсию в области подозрительного участка с глубоким захватом слизистой оболочки и подлежащей соединительной ткани, желателен иссечение с участком зоны превращения.

Лечение эрозий и псевдоэрозий

Врожденные эрозии подлежат наблюдению; в проведении лечения необходимости нет; лечение истинных эрозий и псевдоэрозий шейки матки проводится одновременно с заболеваниями, способствующими их возникновению (эндоцервицит, цервицит, кольпит, эндометрит, сальпингофорит, эктропион, эндокринные нарушения и др.) или длительному течению псевдоэрозий;

при воспалительной этиологии псевдоэрозии (эрозии) выясняется характер возбудителя и проводится курс лечения (по соответствующим показаниям) трихомоноза, хламидиоза, гонореи и других инфекций по правилам, принятым для терапии указанных заболеваний; истинную эрозию и псевдоэрозию с выраженной воспалительной реакцией в окружающих тканях рекомендуется лечить щадящими методами. К пораженной поверхности шейки бережно прикладывают тампоны, обильно пропитанные облепиховым или вазелиновым маслом, эмульсиями, содержащими антибактериальные средства. Одновременно проводят лечение кольпита, эндоцервицита и других заболеваний с учетом возбудителя и стадии процесса;

рекомендуется использовать физиотерапию истинных эрозий: облучение шейки матки коротковолновыми УФ-лучами с помощью тубуса-локализатора (аппарат ОКУФ-5) или воздействия на шейку матки микроволнами сантиметрового диапазона (аппарат "Луч-2"). Физиотерапия при псевдоэрозиях (особенно с длительным течением) недостаточно эффективна.

Применяется также диатермокоагуляция, производят коагуляцию не только всей поверхности псевдоэрозии, но и слизистой оболочки нижней трети канала шейки матки. Заживление коагулированной поверхности происходит после отторжения некротизированных тканей (заканчивается на 3-4-й неделе), эпителизация образовавшегося дефекта завершается через 1,5-3 мес. (иногда позднее).

Клинический эффект при применении диатермокоагуляции достигается у 75-98 % больных, осложнения (кровотечение, обострение воспалительных заболеваний) развиваются сравнительно редко.

Криокоагуляция (криодеструкция) в последние годы занимает видное место в терапии псевдоэрозий. К достоинствам этого метода относятся: безболезненность вмешательства, бескровный его характер, отсутствие риска образования рубцового сужения цервикального канала.

Облучение шейки матки лучом лазера в последние годы успешно применяется для лечения псевдоэрозий шейки. Эпителизация поверхности наблюдается в течение 10-21 дня.

Диатермокоагуляцию, криодеструкцию и лазерное излучение применяют после расширенной кольпоскопии и биопсии (по показаниям) для исключения процессов выраженной дисплазии и малигнизации.

После применения указанных методов лечения женщины находятся под тщательным диспансерным наблюдением.

Эктропион (выворот) слизистой оболочки канала шейки матки

Распознавание эктропиона вполне возможно при осмотре шейки матки, при котором выявляются рубцы (рубец) на месте бывших травм, деформация шейки (разной степени), шероховатая или сглаженная поверхность вывернутой слизистой оболочки, нередко складки слизистой оболочки канала шейки матки.

Рекомендуется использовать расширенную кольпоскопию, при которой обнаруживаются патологические процессы (псевдоэрозия, лейкоплакии и др.), являющиеся показанием к биопсии.

Лечение Необходима коррекция строения шейки матки.

При значительных рубцах и выраженной деформации шейки матки предпринимают реконструктивно-пластические операции после излечения всех патологических процессов (эндоцервицит, псевдоэрозия и др.).

Дисплазия шейки матки. "Дисплазия" - морфологический термин, под которым подразумеваются изменения эпителия шейки матки и влагалища различного генеза и биологической потенции [Железнов Б. И., 1984]. Основу дисплазии составляют процессы пролиферации и структурной перестройки базальных и парабазальных клеток плоского многослойного эпителия. Дисплазия развивается на фоне незрелой метаплазии многослойного плоского эпителия.

В зависимости от степени интенсивности пролиферации, наличия атипии и локализации процесса в разных (верхних, нижних) слоях эпителия различают легкую, умеренную и тяжелую дисплазию. В практической работе используют понятия и термины "легкая" (нерезкая) и "тяжелая" (выраженная) формы дисплазии.

При тяжелой дисплазии существует риск возникновения внутриэпителиальной карциномы.

Диагностика дисплазии включает осмотр при помощи кольпоскопа, цитологическое исследование эпителиальных клеток, кольпоскопию с прицельной биопсией. Наиболее точный диагноз ставят в результате гистологического исследования биоптата.

Лечение дисплазии осуществляется с учетом характера сопутствующих заболеваний (псевдоэрозия, лейкоплакия и др.) и формы дисплазии.

При тяжелой дисплазии производят более радикальные вмешательства: лазеротерапию, криодеструкцию, хирургическую конизацию шейки матки и др.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТЕЛА МАТКИ.

Гиперплазия эндометрия.

Гиперпластические процессы в эндометрии имеют неодинаковую степень развития и иногда приобретают характер предракового заболевания.

Гистологическая классификация ВОЗ выделяет 3 основных вида гиперпластических процессов в эндометрии: эндометриальные полипы, эндометриальная гиперплазия и атипичная гиперплазия эндометрия.

В литературе последних лет обычно используется следующая **классификация**: 1) железистая гиперплазия эндометрия; 2) железисто-кистозная гиперплазия; 3) атипичная гиперплазия эндометрия (синоним - аденоматоз, аденоматозная гиперплазия); 4) полипы эндометрия [Железнов Б. И., 1988; Савельева Г. М., Серов В. Н., 1994, и др.].

К предраку эндометрия относят атипичную гиперплазию (аденоматоз) эндометрия (диффузная и очаговая формы). Особую онкологическую настороженность вызывает аденоматоз с интенсивной пролиферацией и атипизмом железистого эпителия, а также атипичная гиперплазия в базальном слое эндометрия.

Предраковые гиперпластические процессы переходят в рак эндометрия примерно у 10 % больных (по данным разных авторов, от 2 до 50%), они нередко длительно персистируют, иногда подвергаются обратному развитию. Однако с учетом реальной угрозы перехода процесса в рак эндометрия необходимо внимательнейшее отношение врача к больным с аденоматозом эндометрия и аденоматозными полипами.

Этиология, патогенез

Гиперпластические процессы в эндометрии возникают вследствие функциональных расстройств и заболеваний, определяющих нарушение гормонального гомеостаза, углеводного, липидного и других видов обмена веществ.

Возникновению гиперпластических процессов в эндометрии способствуют наследственная отягощенность (миома матки, рак половых органов и молочной железы, гипертоническая болезнь, ожирение, и другие заболевания), повреждающие воздействия в период внутриутробной жизни, заболевания в период полового созревания и сопряженные с ними расстройства менструальной и впоследствии репродуктивной функции. У женщин зрелого возраста появлению гиперпластических процессов часто предшествуют гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на половых органах.

Клиническая картина.

Для клинической картины гиперплазии эндометрия характерны так называемые дисфункциональные (ановуляторные) маточные кровотечения, возникающие, как правило, после задержки менструации. Кровотечение обычно бывает продолжительным с умеренной кровопотерей или обильным, профузным, иногда появляются межменструальные кровянистые выделения. У некоторых больных гиперпластические процессы протекают с мало выраженными симптомами или бессимптомно. Гиперпластические процессы обычно сопровождаются бесплодием, основной причиной которого является ановуляция.

Диагностика.

С целью диагностики широко используют диагностическое выскабливание слизистой оболочки тела матки и последующее гистологическое исследование полученного материала. Выскабливание эндометрия рекомендуется производить накануне ожидаемой менструации или в самом начале появления кровянистых выделений. При этом необходимо удалить всю слизистую оболочку, включая область дна матки и маточных трубных углов, где нередко располагаются очаги аденоматоза и полипы. С этой целью выскабливание эндометрия производят под контролем гистероскопии. Удаленную слизистую оболочку направляют на гистологическое.

Для контроля лечения, а также в порядке скринингового обследования женщин (диспансеризация) используют цитологический метод изучения содержимого матки, полученного путем аспирации. Аспирацию осуществляют во второй половине менструального цикла с соблюдением правил асептики.

Выявлению гиперпластических процессов, особенно при профилактических осмотрах (диспансеризация), способствует ультразвуковое исследование, позволяющее определить гиперплазию эндометрия по характеру эхосигналов.

Высока диагностическая ценность гистероскопии. Метод позволяет обнаружить гиперплазию в виде утолщенной, неравномерно складчатой поверхности эндометрия бледно-розового или красного цвета.

С диагностической целью применяют и гистерографию; на рентгенограмме при железистой гиперплазии выявляются фестончатость контуров, особенно выраженных в верхнем сегменте и у дна матки.

Степень активности гиперпластических процессов можно определить при помощи радиоизотопного исследования матки. Принцип метода основан на увеличении степени поглощения тканями радиоактивного препарата соответственно росту активности пролиферативных процессов.

Лечение гиперпластических процессов эндометрия проводится с учетом многочисленных факторов - возраста больной, причин гиперплазии и характера этой патологии, клинических проявлений, противопоказаний к тому или иному методу лечения, переносимости лечебных препаратов, сопутствующих экстрагенитальных и гинекологических заболеваний.

В периоде полового созревания гиперплазия эндометрия наблюдается у девушек, страдающих ювенильными маточными кровотечениями. Гормонотерапия в пубертатном возрасте проводится комбинированными эстроген-гестагенными препаратами с 5-го до 25-й день цикла в течение 3-4 мес. После отмены этих препаратов выделение гонадотропных гормонов усиливается (феномен "отдачи"), что способствует процессу овуляции.

Гормонотерапия гиперплазии эндометрия у женщин репродуктивного возраста проводится с использованием эстроген-гестагенных препаратов (регивидон, регулон, марвелон, новинет и др.) или гестагенов (норколут, дюфастон, 17-ОПК и др.). Длительность применения гормональных препаратов устанавливается в зависимости от характера гиперпластического процесса. При железисто-кистозной гиперплазии эстроген-гестагенные препараты применяют в циклическом режиме (с 5-го до 25-й день цикла) в течение 3-4 мес., при рецидивирующей гиперплазии - 6-8 мес. (в том же режиме).

При рецидивирующей железисто-кистозной гиперплазии 17-ОПК назначают в течение 3 мес. на 14-й, 17-й, 21-й дни менструального цикла, затем в течение 3 мес. на 17-21-й день цикла и еще в течение трех менструальных циклов - на 21-й день цикла.

При атипической гиперплазии эндометрия (аденоматоз, аденоматозные полипы) применение эстроген-гестагенных препаратов не показано. Под влиянием эстрогенного компонента препарата в начале лечения происходит гиперплазия стромы базального слоя, что нежелательно при аденоматозе. После применения эстроген-гестагенных препаратов полного отторжения функционального слоя слизистой оболочки не происходит, его более полная десквамация наблюдается после терапии гестагенами [Бохман Я. В. и др., 1978].

При атипической гиперплазии применяют гестагены. 17-ОПК используют в непрерывном режиме 3 раза в неделю по 500 мг в течение 2 мес.; затем - 2 мес. по 500 мг 2 раза в неделю и еще 2 мес. по 250 мг 2 раза в неделю. Норколут применяют с 5-го по 25-й день менструального цикла по 5-10 мг в течение 6-8 мес., затем с 16-го по 25-й день цикла в течение 3 мес.

Контроль за результатом лечения осуществляется путем биопсии эндометрия (не аспирации) и последующего гистологического исследования. При диагностическом выскабливании удаляют всю слизистую оболочку (включая область дна матки и ее трубных углов).

При рецидивирующей железистой (железисто-кистозной) гиперплазии через 6 мес., при атипической гиперплазии через 3 мес. от начала лечения производят контрольное гистологическое исследование эндометрия.

Хирургические методы предпочтительны при рецидивирующей железисто-кистозной гиперплазии, развившейся на фоне заболеваний желез внутренней секреции (диастр, предиастр и др.), ожирения, гипертонической болезни, заболеваний печени и вен. Хирургическое лечение показано при предраке (аденоматоз, аденоматозные полипы) эндометрия, особенно при сочетании указанной патологии эндометрия с аденомиозом и миомой матки, патологическими процессами в яичниках.

В последние годы для лечения и профилактики гиперпластических процессов эндометрия с успехом применяют метод абляции эндометрия, выполняемой с помощью гистерорезектоскопа.

При атипической гиперплазии (предрак) предпочтительно хирургическое лечение; при наличии противопоказаний к операции допустимо длительное применение 17-ОПК - по 125-250 мг 2 раза в неделю в течение 10-12 мес.

Возможно применение криохирургической деструкции гиперплазированного эндометрия с последующим назначением лечения норколутом (по 5 мг в непрерывном режиме в течение 3 мес.) или 17-ОПК (по 125 мг 2 раза в неделю в течение 3 мес.).

Полипы эндометрия представляют собой очаговую гиперплазию эндометрия; часто они возникают из гиперплазированного базального слоя эндометрия. Принято выделять следующие формы полипов эндометрия: 1) железистые, происходящие из базального слоя; состоят из стромы и желез, просвет которых может быть расширен (железисто-кистозный полип); 2) железисто-фиброзные полипы, состоящие из соединительнотканной стромы и ограниченного количества желез; 3) фиброзные полипы - соединительнотканное образования, которые нередко коллагенизированы; желез очень мало или они отсутствуют. У женщин репродуктивного возраста полипы обычно имеют железистое строение.

При интенсивной пролиферации желез полипы приобретают характер аденоматозных.

Клиническая картина полипов эндометрия зависит от возраста женщины, гормональной и репродуктивной функции яичников, наличия сопутствующей патологии (миомы матки, аденомиоз, воспалительные заболевания придатков матки).

Самым частым, почти постоянным симптомом полипов эндометрия являются нарушения менструального цикла. При полипах на фоне нормального функционирующего эндометрия у женщин репродуктивного возраста отмечаются скудные межменструальные и предменструальные сукровичные выделения при сохраненном менструальном цикле, а также увеличение менструальной кровопотери.

Диагностика. При подозрении на полипы эндометрия с диагностической целью используются УЗИ, гистероскопия, гистерография, радиоизотопное исследование с ³²P.

Лечение Удаление полипа с последующим выскабливанием слизистой оболочки тела матки под контролем гистероскопии. Тактику ведения больных после удаления полипа определяют его строение, характер эндометрия и наличие обменно-эндокринных заболеваний у женщин.

Таким образом, патология шейки матки и эндометрия – очень широко распространенное состояние среди женщин различных возрастных групп, с которой ежедневно встречается как врач общей практики, так и гинеколог. Знание особенностей диагностики данной патологии необходимо для своевременного выявления заболеваний, в связи с чем, каждый врач общей практики должен уметь проводить и интерпретировать результаты осмотра шейки матки, вагинального осмотра, забора анализа на цитологическое исследование (Pap – мазок).

III. Заключение.

В заключении необходимо отметить, что широкое распространение злокачественных заболеваний шейки и тела матки диктуют необходимость широкого внедрения скрининговых методов, одним из которых является цитологический метод.

Своевременная диагностика фоновых заболеваний способствует снижению частоты предраковых заболеваний и рака шейки и тела матки, что в свою очередь направлено на снижение частоты женской заболеваемости и смертности.

Различают неинфицированный и инфицированный мастит. **Неинфицированный мастит** — воспаление ткани молочной железы, который часто развивается на фоне **лактостаза**, если не обеспечен нормальный отток молока из молочной железы.

Причина инфицированного мастита — микробы (стафилококк, стрептококк и некоторые другие), проникающие чаще всего через **трещины сосков** и вызывающие воспаление. Если сразу не принять меры, мастит может перейти в гнойную стадию — абсцесс груди, то есть образование в тканях полости с гнойным содержимым. Неполное излечение первичного мастита может привести к повторному заболеванию.

Симптомы мастита

Начальные проявления мастита могут ограничиваться острой локальной болью, локальным покраснением, повышением температуры — даже при относительно мягкой груди. Если в течение двух-трех дней не приняты меры или применено неверное лечение (например, согревание) — инфекция из протока попадает в окружающие ткани. Возникают следующие симптомы: грудь переполнена, болит, может быть чувство «распирания», кожа над очагом воспаления краснеет. Количество молока уменьшается, кормление затруднено или вызывает боль. Ухудшается общее состояние: возникает слабость, нарушается сон и аппетит, появляется головная боль и «ломота» в теле. Все эти симптомы проявляются на фоне повышения температуры, иногда до 40С. Однако, нередко встречается так называемый «холодный абсцесс»: наличие гнойной полости без покраснений, высокой температуры.

Риск мастита уменьшит правильно организованное грудное вскармливание: самое главное — правильный захват груди, прикладывание ребенка «по требованию» и его нахождение у груди столько, сколько ему нужно, отсутствие **сцеживаний** без необходимости, умение кормить в разных позах. Важный фактор — правильная гигиена груди: не нужно слишком часто мыть грудь, пользоваться мылом, протирать ее спиртосодержащими средствами — все это сушит кожу и может привести к **трещинам сосков**.

Лечение

В первую очередь, необходимо выяснить, правильно ли ребенок захватывает грудь, и если нет — исправить прикладывание. Для больной груди необходимо обеспечить отток молока: нужно чаще прикладывать ребенка, сцеживать молоко из пораженной груди. Если из больной груди не получается кормить — необходимо сцеживать из нее молоко, мягко массируя. Нельзя использовать длительное тепловое воздействие — теплые компрессы или горячий душ — они усугубят отек; спиртовые компрессы — спирт нарушает процесс оттока молока из инфицированной молочной доли. Можно использовать прохладные компрессы или компрессы из творога, капустного листа, гомеопатическую мазь Траумель.

Если приняты меры по частому опорожнению груди, но через 24 часа нет признаков облегчения, нужно обратиться к врачу. Для лечения инфицированного мастита врач назначит лечение, при необходимости — антибиотики, совместимые с грудным вскармливанием. Важно отметить, что лекарства, подавляющие лактацию, могут назначаться только в крайних случаях — врач должен принять все возможные меры, если женщина планирует сохранить кормление.

Мастопатия — это патологическое гормонозависимое состояние молочных желез женщины, сопровождающееся разрастанием железистой ткани. Несмотря на

«удаленность» от репродуктивных «очагов», молочные железы самым непосредственным образом зависимы от процессов, происходящих в матке, яичниках и других репродуктивных органах, оказывающих прямое действие на состояние половой системы женщины.

Предложено множество классификаций фиброзно-кистозной болезни молочных желез. Однако ни одна из них в полной мере не отражает всего многообразия морфологических изменений в тканях молочных желез. Наибольшее распространение получила классификация Н.И. Рожковой (1993), выделяющей следующие формы мастопатии, которые можно отметить на рентгенограммах и при морфологическом исследовании: диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз); диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента; диффузная фиброкистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента; смешанная форма диффузной фиброзно-кистозной мастопатии; склерозирующий аденоз; узловатая фиброзно-кистозная мастопатия. Существует классификация, основанная на делении мастопатии по степени выраженности пролиферации: I степень – фиброзно-кистозная мастопатия без пролиферации; II степень – фиброзно-кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия без атипичности; III степень – мастопатия с атипичной пролиферацией эпителия. Причем II и III степени относят к предопухолевым состояниям. На долю мастопатии I степени приходится 70%, II степени – 21% и III степени – 5% случаев.

В зависимости от вида мастопатии они различаются по своей физиологии и клиническим проявлениям (см. табл. 1).

Таблица 1. Виды мастопатии

Вид мастопатии	Физиология	Клинические проявления
Диффузная	Узелки и тяжи в тканях молочной железы; уплотнения	Боли, увеличение и нагрубание груди в менструальный период
Узловая	Развитие новообразований до ощущаемых тактильно размеров – от горошины до грецкого ореха	Тактильно ощущаемая опухоль; грудь очень болезненна и увеличена независимо от дня цикла; увеличение лимфоузлов в подмышечных впадинах
Фиброзно-кистозная	Смешанная форма мастопатии; разрастание тканей проявляется как в виде мелких новообразований, так и в виде узлов; вместе эти разрастания образуют конгломераты в виде кистозных полостей, заполненных жидкостью	Острая болезненность даже при незначительном движении рукой, боль иррадирует в соседние части тела – лопатку, руку, и пр. Выделения секрета из груди – молокоподобного, водянистого или даже с примесью крови

Диагностика мастопатии включает в себя ряд методов: первичный осмотр, пальпация, маммографическое исследование, ультразвуковая диагностика железистой ткани груди. Исследование проводится в положении стоя (пациентка стоит с поднятыми руками), затем – лежа (на кушетке). Обращается внимание на внешний вид органа, признаки асимметричности, увеличения одного из органов, расположение и состояние сосков, выделения из них, цвет ареолы, состояние прилежащих к железам областей (подмышечных впадин, ключиц, шеи, состояние лимфоузлов в этих зонах). Если врач видит недостаточной внешнюю диагностику, он использует методы УЗИ или рентгенографии. Последняя называется маммографией и уступает в своих возможностях более современному УЗИ, которое позволит разглядеть довольно мелкие, в 1–2 мм, образования. К тому же, УЗИ совершенно безвредно для организма пациентки и может проводиться несколько раз без угрозы для здоровья, не имеет ограничений в виде возраста пациентки и ее текущего состояния (маммография недопустима для пациенток младше 35, кормящих и беременных женщин). Отдельное место для профилактики мастопатии является самодиагностика мастопатии.

Самодиагностика мастопатии.

Для самодиагностики мастопатии перспективным видится делать её один раз в месяц на 7-9 день цикла. Последнее условие весьма важно: в различные дни менструального месяца состояние груди женщины может значительно отличаться, в особенности – если грудь чутко откликается на гормональные процессы в организме. Поэтому истинными будут только результаты, показывающие динамику развития мастопатии (если таковая имеется) именно в первые дни после месячных, когда гормоны затихают, лишняя жидкость покидает грудь и она менее напряжена и более послушна для пальпации.

Общепринятых стандартов лечения мастопатии на сегодняшний день нет. В лечении мастопатии применяются диетотерапия, психологическая коррекция, гормональные препараты, негормональные средства, такие как витамины, минералы, гепатопротекторы, мочегонные, ферментные препараты, иммунокорректоры, адаптогены, нестероидные противовоспалительные препараты, фитопрепараты. К фитопрепаратам можно отнести мамоклам, мастодион. Оценивали клиническую симптоматику мастопатии, характер менструального цикла, пальпаторные, эхографические и маммографические изменения в молочной железе.

Профилактика.

Профилактика мастопатии в целом, зависит от здорового репродуктивного поведения – одного из серьезных факторов защиты от этого состояния. Регулярная половая жизнь, рождение 2–3 детей с максимально длительным периодом грудного вскармливания (которое подавляет активность яичников и производство новых яйцеклеток, сопровождающихся выбросом гормонов), иными словами – уменьшение количества менструаций в течение периода фертильности – все это серьезно снижает риски мастопатии.

Ситуационная задача 1

У больной 45 лет, в нижнем внутреннем квадранте молочной железы обнаружен узел без четких границ, деревянистой плотности диаметром около 2 см. При цитологическом исследовании получены клетки аденогенного рака. При операции в молочной железе выявлен плотный звездчатый узел белесоватого цвета с желтоватым крапом. Гистологически ткань опухоли представлена множеством протоков с солидными пролифератами с обширными некрозами в центре. Клетки крупные, полиморфные, с фигурами митоза. Кроме этого отмечаются множественные трабекулярные и скirrosные структуры. В лимфатических узлах метастазы рака.

1. Вид опухоли молочной железы

- 1) недифференцированная
- 2) доброкачественная
- 3) злокачественная
- 4) инвазивная
- 5) эпителиальная

2. Гистогенетический тип опухоли

- 1) злокачественная
- 2) эпителиальная
- 3) мезенхимальная
- 4) рак Педжета
- 5) фиброаденома

3. Тип роста опухоли молочной железы

- 1) экспансивный
- 2) инвазивный
- 3) эндифитный
- 4) экзофитный
- 5) местнодеструктивный

4. Морфологические признаки выявленной опухоли

- 1) клеточный атипизм
- 2) тканевой атипизм
- 3) инфильтрирующий рост
- 4) наличие метастазов в лимфатические узлы

5) экспансивный рост

5. Где следует искать первые метастазы?

- 1) кости
- 2) легкие
- 3) лимфатические узлы
- 4) головной мозг
- 5) печень

Тесты к занятию «Доброкачественные заболевания молочной железы»

1. Какой из ниже перечисленных методов является основным в выявлении заболеваний молочной железы?

- 1) маммография
- 2) ультразвуковая эхография
- 3) термография
- +4) самообследование молочных желез

5) морфологическое исследование

2. Какие из перечисленных симптомов являются патогномичными для мастодинии?

- 1) Одиночные и множественные очаги в железе
- 2) выделения из сосков
- 3) преобладание болевого синдрома
- 4) нарушение оварияльно - менструальной функции
- +5) исчезновение признаков болезни с возрастом

3. Назовите основной этиопатогенетический фактор в развитии мастопатии.

- 1) наличие невроза
- 2) дисгормональное состояние
- 3) дисгормональная дисплазия
- +4) нарушение оварияльно - менструальной функции
- 5) изменение цикличности процессов в молочной железе

4. Характерные маммографические признаки при мастопатии.

- 1) изменений нет
- 2) участки затемнения чередуются с участками просветления
- 3) плотная тень
- 4) тень округлой формы с четкими контурами
- +5) тень с тяжистой структурой

5. В чем заключается наибольшая диагностическая значимость ультразвуковой эхографии?

- +1) простота и доступность исследования
- 2) дифференциальный диагноз доброкачественных образований молочных желез
- 3) выявление функциональных изменений молочных желез
- 4) обнаружение метастазов рака молочных желез
- 5) дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез

6. Какой метод диагностики заболеваний молочных желез является окончательным?

- 1) дуктография
- 2) маммография
- 3) термографий
- +4) пункционная биопсия
- 5) интраоперационное гистологическое исследование

7. Лечебная тактика при мастодинии

- 1) срочное хирургическое вмешательство
- 2) рентгенотерапия

- 3) комбинированный метод лечения
 4) симптоматическое лечение
 +5) корригирование расстройства центральной нервной системы
8. Наиболее характерные пальпаторные признаки мастопатии.
 1) опухоль с четкими контурами
 +2) опухоль дольчатого строения, плотная, тяжистая
 3) опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения
 4) безболезненный узел плотной консистенции
 5) опухоль быстро растет
9. Какому из перечисленных методов лечения нужно отдать предпочтение при диффузной мастопатии
 1) секторальная резекция
 2) простая мастэктомия
 3) регуляция нарушений желез внутренней секреции
 +4) гормонотерапия
 5) радикальная мастэктомия по Холстеду
10. Какому из перечисленных методов лечения нужно отдать предпочтение при узловой мастопатии?
 1) гормональное лечение
 +2) секторальная резекция
 3) простая мастэктомия
 4) радикальная мастэктомия по Холстеду
 5) регуляция желез внутренней секреции
11. Какие, этиологические факторы играют роль в возникновении фиброаденомы
 +1) дисгормональная дисплазия
 2) нарушение функции желез внутренней секреции
 3) пожилой возраст
 4) наличие невроза и функциональных изменений
 5) дисгормональная гиперплазия
12. Какие из перечисленных клинических признаков относятся к фиброаденоме?
 1) резкая болезненность при пальпации
 2) отсутствие болезненности при пальпации
 3) болевой синдром
 +4) на протяжении менструального цикла очаги уплотнения не изменяются
 5) вовлечение кожи в патологический процесс
13. Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:
 1) перекрестный
 2) подключичный
 +3) подмышечный
 4) парастеральный
 5) межреберный
14. При фиброзно-кистозной мастопатии применяются:
 1) эстрогенные препараты
 2) физиотерапия
 3) длительный приём иодида калия
 4) секторальная резекция молочной железы
 +5) все ответы верны
15. Наиболее эффективным методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см являются:
 +1) маммография
 2) УЗИ
 3) термография

- 4) пальпация
- 5) радиоизотопная диагностика

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ № 25 :

Первичная врачебная помощь при экстренных ситуациях. Тяжёлая преэклампсия. Эклампсия.

2.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	<ol style="list-style-type: none"> 1.Оценить состояние беременной с гипертензивным нарушением; 2.Оказание неотложной помощи при тяжелой преэклампсии и эклампсии; 3.Оценить внутриутробное состояние плода (выслушивание сердцебиения плода, ВДМ, ПВП); 4.Определить дальнейшую тактику ведения беременности; 5.Провести консультирование по подбору контрацептивов в послеродовом периоде.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения гипертензивных синдромов, принципах ведения.
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	Общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1.Подготовить текст по теме. 2.Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию 	
2 – Основной этап (230 минут)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают

	5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал преподавателя и в тетрадь студента.	Участвуют Участвуют
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

План-конспект

Классификация:

Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) (гипертензия до 20 недель).

Гипертензией индуцированной беременностью (ГИБ).

ГИБ без протеинурии- это ориентир на диастолическое АД

Легкая преэклампсия

Тяжелая преэклампсия

Эклампсия

Хроническая артериальная гипертензия с наслонившейся преэклампсией или эклампсией

При гипертензивных нарушениях диастолическое АД (ДАД) является индикатором для выработки тактики ведения беременности и родов.

ДАД показывает периферическое сопротивление и не меняется в зависимости от эмоционального состояния женщины

Если ДАД на уровне 90 мм.рт.ст или повышено при двух последовательных измерениях с интервалом в 4 часа, то это гипертензия!

Если гипертензия развивается после 20 недель, во время родов или в течении 48 часов после родов –это индуцированная беременностью гипертензия.

Если ДАД 90- 100 мм.рт.ст. до 20 недель + протеинурия до 2 (1г/л)- хроническая гипертензия с присоединением легкой преэклампсии.

Говоря о **ХАГ** имеют в виду, что диагностика уже как правило, осуществлена вне беременности, и ведется в амбулаторных условия. При необходимости проводится лечение ЭГЗ и осложнений гестации в условиях стационара.

Чаще всего хроническая артериальная гипертензия является:

первичной (90-95%) или эссенциальной

в остальных случаях она представлена вторичной или симптоматической артериальной гипертензией.

Если недостаточно данных для дифференциации ХАГ и ГИБ, то применяются следующие критерии для ХАГ:

Гипертензия возникает до 20 недели беременности

Гипертензия персистирует более 6 недель после родов при отсутствие лечения

Рецидивирующая гипертензия при каждой беременности, должна рассматриваться как хроническая артериальная гипертензия.

Ошибки диагностики. Приблизительно у 40% беременных, страдающих гипертонической болезнью. Наблюдается значительное снижение АД в ранних сроках беременности с повышением его в третьем триместре, поэтому существует вероятность постановки ошибочного диагноза гипертензии беременности, а при наличии минимальной ф протеинурии и диагноза преэклампсии.

Беременных с ХАГ ведется ВОПом в амбулаторных условиях:

Рекомендуйте дополнительный отдых

Снижение АД приводит к сокращению почечной и плацентарной перфузии. АД не должно быть уменьшено ниже уровня, имевшегося у женщины до беременности.

Если женщина принимала антигипертензивные препараты до беременности, продолжайте!

Если ДАД 110 мм.рт.ст. и больше и САД 160 и больше назначьте антигипертензивные препараты

Если обнаруживается протеинурия, то это присоединившаяся преэклампсия и ведите в зависимости от степени преэклампсии.

Наблюдайте за ростом и состоянием плода

Если осложнений нет – родоразрешите в срок

Если с/б плода <100 или >180 уд. в минуту – дистресс плода!

Если тяжелая ЗВУР плода показано досрочное родоразрешение

Определение гестационного возраста в позднем сроке беременности на УЗИ не является точным!

Гипертензия индуцированная беременностью. (ГИБ) считается повышение артериального давления **после 20 недель** (за исключением пузырного заноса). Повышение АД во время беременности считается адаптивной реакцией организма, возникающая в ответ на неадекватность перфузий различных отделов сосудистого русла беременной, жизненно важных органов.

ВОП ведет еженедельное наблюдение в амбулаторных условиях, проводя измерение АД и исследование протеинурию в моче.

Критерий артериальной гипертензии во время беременности:

Повышение диастолического АД выше 90 мм.рт.ст.

Повышение систолического АД выше 140 мм.рт.ст

Об истинном повышении АД можно судить на основании минимум 2-х кратного измерения давления в течение 4 (2) часов.

Факторы “риска” на развитие ГИБ

1. Беременность

2. Признаки указывающие на недостаточное увеличение внутрисосудистого объема (возможная гиповолемия)

3. Отсутствие физиологического снижения диастолического АД во втором триместре беременности

4. Повышение систолического АД на 30 мм.рт.ст от исходного, но не достигающее 140 мм.рт.ст (условно)

5. Повышение диастолического АД на 15 мм.рт.ст от исходного, но не достигающее 90 мм.рт.ст.

6. Внутритробная задержка роста плода.

Артериальная гипертензия без протеинурии - гипертензия беременности (гестационная гипертензия)

Патофизиология

Повышение артериального давления, впервые отмечается во второй половине беременности, является ответом на повышение периферического сопротивления кровеносных сосудов. Такая реакция как правило является адаптивной реакцией направленной на поддержание адекватной перфузии крови жизненно важных отделов и органов (мозг, печень, почки и др.), как беременной так и плода.

Очевидно, что снижение артериального давления антигипертензивными препаратами может приводить к нарушению перфузии указанных отделов и, в том числе с последующим ухудшением состояния плода.

Ведение беременных с ГИБ в амбулаторных условиях.

При первичном выявлении гипертензивных нарушений ВОП собирает анамнез, в ходе выслушивания жалоб выявляет, есть ли признаки нарушения мозгового кровообращения, обследует мочу для определения протеинурии.

ВОП подтвердив диагноз ГИБ

Проводит беседу с беременной и ее родственниками об возможных осложнениях.

Рекомендует измерение АД 2 раза в день и ее запись, еженедельное обследование мочи на протеинурию.

ВОП объясняет, прогноз у больных с ГИБ при соблюдении режима труда и отдыха, соблюдение рационального питания и при снижении физического и умственного напряжения благоприятный.

Но при прогрессировании гипертензивных нарушений в домашних условиях и появлений головных болей, тошноты, рвоты, ухудшения зрения, боли в области эпигастри - вызвать машину скорой помощи или обратиться в ближайший стационар.

Профилактика:

Ограничение каллаража принимаемой пищи, жидкости и соли не предупреждает прогрессирование гипертензивных нарушений и может быть вредным для плода.

Не доказано позитивное воздействие аспирина, кальция и других препаратов на предупреждение гипертензивных нарушений

Выявление женщин входящих в группу риска и оказание им своевременной помощи является важным фактором в лечении ГИБ и профилактики судорог.

Женщин входящих в данную группу находятся под контролем и нужно четко объяснить когда и при каких обстоятельствах необходимо обращаться к врачу.

Обучение родственников является важным фактором в выявлении прогрессировании ГИБ и своевременной госпитализации в стационар.

Мероприятия проводимые на базе женской консультации:

измерение АД, исследование мочи (протеинурия) и состояние плода один раз в неделю;

в случаи повышения АД ведется как при легкой преэклампсии;

в случаи появления признаков отставания от роста развития или ухудшения состояния плода срочная госпитализация для оказания помощи или досрочного родоразрешения;

обязательное консультирование женщин и ее семьи относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии;

если все показатели исследования без патологических изменений родоразрешение через естественные родовые пути.

Ш.В. Артериальная гипертензия с протеинурией-преэклампсия

Патофизиология

Компесаторно-приспособительная реакция организма беременной для улучшения перфузии жизненно важных органов и плода. Это адаптация, сопровождающая артериальной гипертензией на:

Генерализованный вазоспазм, приводящий к повышению периферического сосудистого сопротивления и последующему снижению перфузии жизненно важных органов (мозг, печень, почки, плацента), который в свою очередь, приводит к снижению:

- плацентарной перфузии, и может привести к задержке роста плода и является главной причиной перинатальной заболеваемости и смертности.

Снижение маточно-плацентарного кровотока на 50-60% происходит за 3-4 недели до того момента, как гипертензия станеточевидной.

Снижение почечного кровотока и гломерулярной фильтрации является причиной:

Гипоксии клубочков и, как следствие – протеинурии, задержки воды и развития отеков

Повышение в плазме концентрации мочевой кислоты, креатинина и мочевины (в тяжелых случаях).

Гемоконцентрация, как результат повышенной сосудистой проницаемости с уменьшением внутрисосудистой жидкости (гиповолемия) и признаками роста внесосудистой.

Повреждения эндотелия сосудов (за счет продуктов перекисного окисления, как результат реакции на плодовую ткань) вызывает:

Стимуляцию коагуляционных механизмов, выражающейся в повышении агрегации тромбоцитов.

Нарушение продукции и распада простаглицлина/тромбоксана – простаглицлинов, имеющих противоположное влияние на тонус сосудов и агрегацию тромбоцитов.

Преэклампсия – это артериальная гипертензия + протеинурия во второй половине беременности. По рекомендации ЕРБ ВОЗ преэклампсия подразделяется на две формы:

По тяжести:

легкая

тяжелая

По сроку гестации:

доношенная (> или = 36 недель беременности)

недоношенная (< 36 недель беременности)

Легкая преэклампсия – это дважды отмеченный подъем диастолического артериального давления свыше 90 мм.рт.ст. до 110 мм.рт.ст. в течение 4 часов после 20 недели беременности с протеинурией свыше 0,3г/л до 1г/л

Тактика при легкой преэклампсии

Если < 37 недель – если признаки остаются не измененными или состояние нормализуется, женщина наблюдается дважды в неделю в амбулаторных условиях:

беременная измеряет АД два раза в день и ведет ее запись;

ВОП наблюдает дважды в неделю, или по обращению (проверяется артериальное давление, мочу на протеинурию, рефлексы и состояние плода);

обязательное консультирование женщин и ее семьи относительно опасных признаков тяжелой преэклампсии и эклампсии;

поощряйте дополнительный отдых беременной женщины;

поощряйте соблюдение рационального питания;

снижение физического и умственного напряжения;

если амбулаторное наблюдение за женщиной невозможно, направьте ее в стационар;

При сроке беременности менее 34 недель и массе плода менее 2000 г провести профилактику СДР у новорожденного. Для профилактики СДР у новорожденного используются глюкокортикоиды (дексазон, дексаметазон) по одной из схем:

- По 6 мг в/м или в/в через 6 часов. Всего 4 инъекции.

* профилактика будет эффективна если с момента первой инъекции до родоразрешения пройдет не менее 48 часов.

* время в течение которого сохраняется действенность профилактики СДР, не превышает 7 суток.

Если > 37 недель

Оценка зрелости шейки матки и планирование родоразрешение.

шейка матки зрелая возможно вскрытие плодного пузыря, при отсутствии прогрессирования родов в течение нескольких часов, можно применить индуцирование родов простогландинами или окситацином

шейка матки незрелая возможно подготовка, используя простогландины или катетер Фолея, при отсутствие эффекта рожовозбуждение в течение нескольких суток, насколько позволяет состояние женщины и плода, или запланировать кесарево сечение.

Реабилитация после родов:

диспансерное наблюдение в семейной поликлиники совместно со специалистами различного профиля для своевременного оздоровления вне беременности и планирования последующей беременности;

подбор методов контрацепции с учетом их противопоказаний.

Гипертензивные состояния во время беременности и родов.

Преэклампсия – это артериальная гипертензия + протеинурия во второй половине беременности. По рекомендации ЕРБ ВОЗ преэклампсия подразделяется на две формы:

По тяжести:

легкая

тяжелая

По сроку гестации:

доношенная (> или = 36 недель беременности)

недоношенная (< 36 недель беременности)

Легкая преэклампсия – это дважды отмеченный подъем диастолического артериального давления свыше 90 мм.рт.ст. до 110 мм.рт.ст. в течение 4 часов после 20 недели беременности с протеинурией свыше 0,3г/л до 1г/л. Ведение и наблюдение в амбулаторных условиях (если амбулаторное наблюдение не возможно госпитализация в стационар).

Тяжелая преэклампсия – это подъем диастолического давления свыше 110 мм.рт.ст. после 20 недели беременности + протеинурия свыше 1г/л, или к легкой преэклампсии присоединяется любой из признаков угрожающей эклампсии (**легкая преэклампсия + любой из признаков угрожающей эклампсии**).

Признаки угрожающей эклампсии

- 1 Внезапное изменение эмоционального состояния.
- 2 Внезапное и очень высокое артериальное давление
- 3 Гиперрефлексия
- 4 Головная боль
- 5 Нарушение зрения
- 6 Олигурия (выделение менее 400 мл. мочи за 24 часа)
- 7 Боли в верхней части живота
- 8 Желтушность кожных покровов
- 9 Внезапные отеки, особенно в области поясницы и лица
- 10 повышение ферментов печени в крови
- 11 Тромбоцитопения
- 12 Изменения в свертывающей системе крови
- 13 Признаки отека легких

Протеинурия

Второй по важности симптом преэклампсии.

Практическое значение имеет уровень протеинурии -0,3г/л и более в собранной за сутки моче (при исключении инфекции мочевого тракта) Результаты визуального теста приблизительно соответствуют следующим уровням протеинурии: 1+ = 0.3 г/л, 2+ = 1 г/л и 3+ = 3 г/л.

Отеки

Диагностическое значение, в определение прогрессирования преэклампсии не имеют. Исключением являются внезапно (в течение не более 2 суток) возникшие отеки в области поясницы и на лице, что является признаком угрожающей эклампсии.

Тактика при тяжелой преэклампсии – проведения нагрузочной дозы MgSO₄ в поликлинике, если данное состояние выявлено там, с последующей госпитализацией в стационар в сопровождении ВОП и сдача больной врачу приёмного отделения с указанием времени установки диагноза и времени проведения нагрузочной дозы MgSO₄.

Единственным специфическим методом лечения тяжелой преэклампсии не поддающаяся терапии (сохранение явлений тяжелой преэклампсии после проведения нагрузочной дозы по истечении 4х часов) является прерывание беременности

На решение вопроса о родоразрешении не должны влиять:

Срок гестации

“Зрелость” легких плода

Готовность родовых путей

Родоразрешение проводится в интересах матери, которой угрожает реальная опасность

Готовность родовых путей может повлиять лишь на способ родоразрешения (вагалищное или кесаревым сечением), но не на сроки его проведения.

Роды должны произойти в пределах 12 часов после появления симптомов.

При эклампсии роды должны произойти в пределах 12 часов после появления судорог.

- если вагинальные роды не ожидаются в указанных пределах времени показано Кесарево сечение (эклампсия).

-если частота сердцебиения плода <100 или >180 ударов в минуту - Кесарево сечение!

-не используйте местную анестезию или кетамин у женщин с преэклампсией и эклампсией.

Неэффективные методы профилактики тяжелой преэклампсии:

- назначение диуретиков;
- назначение антикоагулянтов (гепарин, варфарин);
- повышение потребления белков и калорийных продуктов;
- запрещение употребления калорийных продуктов женщинам с ожирением;
- добавление в рацион железа, фолатов, магния, цинка или рыбьего жира;
- ограничение приёма соли и жидкости.

ПЕРВИЧНАЯ ОЦЕНКА И ВЕДЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ.

Позовите на помощь, мобилизуйте персонал.

Быстро оцените дыхание и состояние сознания.

Проверьте проходимость дыхательных путей, измерьте АД и пульс

Уложить на левый бок

Защитите от травм, но не сдерживайте ее активно

Начните в/в инфузию жидкости иглой большого размера

Дайте кислород со скоростью 4 литра в 1 минуту

Никогда не оставляйте женщину без присмотра.

Рис. Органные изменения у беременных с преэклампсией



ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.

Использование магния сульфата:

При эклампсии

При тяжелой преэклампсии

У женщин с неотложными родами по причине тяжелой эклампсии

Начните введение магния сульфата как только будет принято решение о родоразрешении.

Продолжайте терапию в течении 24 часов после родов или после последней судороги.

МАГНИЯ СУЛЬФАТ

Нагрузочная доза:

15 мл 25% $MgSO_4$ в/в в течении 5 мин. (в 2-3 шприцах), предупредите женщину, что она будет ощущать чувство тепла во время в/в введения сульфата магния;

затем сразу по 20 мл в каждую ягодицу в/м на новокаиновой подушке;

если судороги повторились через 15 мин. 8 мл в/в 25% $MgSO_4$ в течение 5 мин.

Поддерживающая доза $MgSO_4$

по 20 мл в/м каждые 4 часа

продолжать введение $MgSO_4$ в течении 24 часов после родов или после последней судороги

перед каждым повторным введением убедитесь, что:

частота дыхания не меньше 16 в мин

что присутствуют коленные рефлексы

диурез не менее 30 мл в час в последние 4 часа

отмените или отложите введение $MgSO_4$, если:

частота дыхательных менее 16 в мин
коленные рефлекс отсутствуют
диурез менее 30 мл в час последние 4 часа

вводим антидот!

Глюконат кальция в/в 10мл - 10% медленно до восстановления дыхания и при необходимости ИВЛ.

MgSO₄ НЕ ОКАЗЫВАЕТ КАКОЕ-ЛИБО ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИСХОД РОДОВ.

Противосудорожные препараты:

MgSO₄, диазепам, фенитоин.

Схема диазепама (валиум, дормикум, сибазон, седуксен, реланиум):

-только в случае **отсутствия**MgSO₄ !

Нагрузочная доза:

10 мг (2мл) диазепама в/в в течение 2 минут

если судороги возобновились, повторить нагрузочную дозу.

Поддерживающая доза:

- 40 мг диазепама в 500 мл физ. раствора в/в капельно для поддержания состояния седации, но должна быть в сознании.

- если доза превысит 30 мг за один час может наступить угнетение дыхания:

ИВЛ

Не использовать более 100 мг диазепама в течении 24 часов.

- ректальное введение: когда в/в невозможно, 20 мг в 10 мл шприце рег rectum, в течении 10 мин. шприц оставляем в прямой кишке. Если судороги повторились – еще 10 мг в час дополнительно.

Антигипертензивные средства: при ДАД более 110 мм.рт.ст.

- гидралазин (апрессин)

- ластралол (атенолол) 10 мг в/в

- нифедипин (коринфар, адолат) 5 мг под язык, через 10 мин. еще 5 мг под язык.

ПРИНЦИПЫ:

- начните антигипертензивные средства, если ДАД более 110 мм.рт.ст.

- поддерживайте ДАД на уровне 90-100 мм.рт.ст. с целью предотвращения кровоизлияния в мозг.

Реабилитация после родов:

диспансерное наблюдение в семейной поликлинике совместно со специалистами различного профиля для своевременного оздоровления вне беременности и планирования последующей беременности;

- подбор методов контрацепции с учетом их противопоказаний.

Интерактивный метод “Горячая картошка”

Практическое занятие № 26. Кровотечение в позднем сроке беременности (после 22 недель), в родах и в послеродовом периоде.

10. Модель технологии обучения на учебном занятии

Время – 240 мин	Количество студентов: 8-10 чел.
Форма учебного занятия	Практическое занятие в поликлинике и семинар с применением практических навыков и решением ситуационных задач
Место проведения занятия и	Поликлиника. ФК, фломастер, карта беременных, история

оснащение	родов, анализы крови, ситуационные задачи, результаты анализов беременных.	
Структура учебного занятия	<p>23. Введение</p> <p>24. Практическая часть</p> <ul style="list-style-type: none"> - курация родильниц - выполнение практических навыков - обсуждение практической части <p>25. Теоретическая часть – решение ситуационных задач</p> <ul style="list-style-type: none"> - обсуждение теоретической части <p>4. Проведение оценки</p> <ul style="list-style-type: none"> - самооценка и взаимооценка - оценка преподавателя <p>5. Заключение преподавателя. Оценка знаний. Предоставление вопросов по теме следующего занятия (см. по ротации).</p>	
<p><i>Цель учебного занятия:</i> Обучить диагностике, профилактике осложнений анемии при беременности, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации, постстационарному лечению, осуществлению мероприятий по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Обучить диагностике различных видов анемии при беременности, оценивать степень тяжести анемии, принципам амбулаторного лечения, показаниям к госпитализации и постстационарному лечению.</p>		
<p><i>Задачи преподавателя:</i></p> <p>17. Выработать знания и навыки по определению группы беременных с риском на перинатальную и акушерскую патологию с анемией.</p> <p>18. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с анемией. Выработать знания и навыки по диагностике, дифференциальной диагностике, принципам своевременной госпитализации беременных с анемией.</p> <p>19. Сформировать знания по тактике ведения, прогнозу и профилактике различных форм анемии. Выработать</p>	<p><i>Результаты учебной деятельности:</i></p> <p>ВОП должен знать:</p> <p>23. Факторы приводящие к анемии.</p> <p>24. Факторы риска</p> <p>25. Течение беременности при анемии</p> <p>26. Лабораторное и инструментальные методы обследования при анемии</p> <p>27. Оценить внутриутробное состояние плода (УЗИ, КТГ).</p> <p>28. Оздоровление и критерии диспансеризации беременных, родильниц с анемией</p> <p>ВОП должен уметь:</p> <p>11. Клиническое обследование беременных с анемией с применением лабораторных и инструментальных методов исследования.</p> <p>12. Определить комплексную тактику ведения беременных с анемией</p> <p>13. Определить критерии стационарного лечения беременных с анемией.</p> <p>14. Интерпритировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования</p>	

<p>навыки по ведению и лечению беременных с анемией.</p> <p>20. Выработать навыки, по реабилитации женщин после родов, ведению диспансерного учета. Выработать навыки по реабилитации женщин с анемией. Сформировать знания о консультировании по методам контрацепции послеродового периода у этого контингента больных.</p>	<p>беременных с анемией.</p> <p>5.</p>
<i>Методы и техники обучения</i>	Метод практических заданий, консультативные навыки, навыки межличностного общения, обучение сообща, техники: решение ситуационных задач, тестирование.
<i>Средства обучения</i>	Методические рекомендации, флип-карты, доска-тренога, маркеры, скотч.
<i>Формы обучения</i>	Индивидуальная работа с беременными, родильницами, работа с муляжами, коллективная работа в группах, презентации
<i>Условия обучения</i>	Послеродовое отделение, аудитория, имеющая условия для работы в группах, муляжи, стандартные шаги по выполнению практических навыков,.
<i>Мониторинг и оценка</i>	Устный контроль: контрольные вопросы, выполнение учебных заданий в группах; письменный контроль: тестирование.

Технологическая карта учебного занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Длительность
			240 мин
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы, цель занятия)		10 мин
2.	Обсуждение домашнего задания осуществляется игрой "Бум"	Опрос игра "Бум" Приложение № 1	30 мин
3.	Приём и курация тематических больных в поликлинике и в дневном стационаре	Ведение амбулаторного	

		приёма беременных, интерпритация анализов.	120 мин
4.	Обсуждение практической части занятия с педагогом.	Дискуссия, опрос, контроль за выполнением практических навыков Приложение №4.	30 мин
5.	Семинар по обсуждению доклада студентов по тематике.	Доклад студента с обсуждением	10 мин
6.	Работа в малых группах, решение ситуационных задач	Игра“Разрешение проблем”, ситуационные задачи по теме	20 мин
7.	Заключение преподавателя по тематике занятия, оценка знаний студентов по 100 бальной системе и объявление оценок. Объявление студентам темы следующего занятия для подготовки (Перечень вопросов темы согласно ротации).	Журнал, рабочая программа	10 мин
8.	Самостоятельная работа с литературой в библиотеке.	Контрольные вопросы	10мин
			240 мин

2. Мотивация

Высокая частота анемии, многочисленные осложнения в течение беременности и родов, как у матери, так и плода. Высокая частота анемий у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста создает необходимость пристального внимания к этой теме, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

3. Внутри- и меж предметные связи

Для освоения данной темы необходимы знания по физиологии, гематологии, диетологии, педиатрии.

4. Содержание занятия

4.1 Теоретическая часть

Определение. Преждевременной отслойкой плаценты называют частичное или полное отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, произошедшее до рождения плода — во время беременности или родов. Встречается 1/120 родов (в 1.5% случаев). В 30% случаев ПОНРП является причиной массивного кровотечения и геморрагического шока, ДВС-синдрома. С этим осложнением связано 15-30% случаев смерти плода. Преждевременная отслойка плаценты

Варианты преждевременной отслойки плаценты.



Частичная отслойка с образованием ретроплацентарной гематомы



Частичная отслойка с наружным кровотечением



Полная отслойка с образованием ретроплацентарной гематомы

Группы риска:

- 1) гипертензивные нарушения во время беременности;
- 2) инфекционные заболевания, интоксикации, авитаминозы (особенно недостаток витамина С);
- 3) соматические заболевания (сахарный диабет, заболевания почек, сердца, гипертоническая болезнь);
- 4) травмы, начало родовой деятельности, короткая пуповина, многоводие, многоплодие, стремительные роды, запоздалый разрыв плодных оболочек, плоская форма плодного пузыря (предрасполагающие факторы).

Механизм образования.

Плацента удерживается на стенке матки за счет связей с децидуальной оболочкой и внутриматочного давления. При нормальном артериальном давлении давление в межворсинчатом пространстве меньше давления в амниотической полости, что обеспечивает нормальный маточно-плацентарный кровоток и предохраняет плаценту от преждевременной отслойки. Этому способствует структура терминальных артерий матки в области прикрепления плаценты — их просвет у места впадения в синусы резко уменьшается, а венозный отвод остается достаточно широким и в них есть клапанный аппарат, препятствующий обратному току крови. При патологических состояниях происходят отложение фибрина в межворсинчатых пространствах, инфицирование ворсин и сосудов плаценты, развитие воспалительных изменений и тромбообразование в артериях

— артерии становятся хрупкими, теряют эластичность и разрываются даже при небольших механических воздействиях, изменении давления. Образуются базальные гематомы, которые, достигая больших размеров, разрушают базальные пластины, прорываются в межворсинчатое пространство, приводя к отслойке плаценты.

Существует классификация ПОНРП по степени тяжести: легкое, средней тяжести, тяжелое. Легкая степень ставится ретроспективно после осмотра плаценты: можно найти организованные сгустки с фасеткой на поверхности плаценты.

Диагностика.

Диагноз обычно ставят на основании клинических проявлений, которые включают кровотечение из половых путей, боль в животе, напряжение и болезненность матки. Основными проявлениями являются:

а. Кровотечение из половых путей наблюдается в 80% случаев преждевременной отслойки плаценты, в 20% случаев формируется ретроплацентарная гематома.

б. Боль — частый симптом преждевременной отслойки плаценты. В большинстве случаев она появляется внезапно, постоянна, локализуется внизу живота и в пояснице.

в. Болезненность и напряжение матки обычно наблюдаются в более тяжелых случаях.

г. При образовании ретроплацентарной гематомы матка увеличивается. Это удается выявить при повторном измерении окружности живота и высоты стояния дна матки. Отмечаются асимметрия матки, вздутие живота;

д. Учащенное сердцебиение, падение артериального давления, слабость, бледность;

е. Дистресс синдром. Часто наблюдаются признаки внутриутробной гипоксии

ж. Околоплодные воды могут быть окрашены кровью.

з. Может развиваться геморрагический шок.

к. Преждевременная отслойка плаценты может вызвать преждевременные роды.

2. Лабораторные исследования

Тактика ВОП

Быстрая первичная оценка; транспортировка в ближайший родильный дом.

Оцените свертываемость крови, используя прикроватный тест на свертываемость. Если тест на свертываемость показывает задержку образования сгустка более 7 минут или образовывается мягкий, легко распадающийся сгусток, предположите коагулопатию.

При необходимости перелейте кровь.

Если кровотечение сильное ускорьте родоразрешение:

- если шейка полностью раскрыта, проведите родоразрешение посредством вакуум экстракции.

-если вагинальное родоразрешение не возможно, произведите кесарево сечение

Если кровотечение от легкого до умеренного (мать не находится в непосредственной опасности), дальнейшие действия будут зависеть от данных аускультации сердечных тонов плода:

Если частота сердечных сокращений плода нормальная или они отсутствуют, разорвите плодный пузырь амниотическим крючком.

-если схватки недостаточные, усильте родовую деятельность окситацином.

-если шейка матки незрелая, выполните кесарево сечение.

Если частота сердечных сокращений плода патологическая (меньше 100 или больше 180 ударов в минуту):

-Выполните срочное вагинальное родоразрешение.

-Если вагинальное родоразрешение невозможно, срочно произведите кесарево сечение.

Предлежание плаценты – это прикрепление плаценты в области или около шейки матки.

7-25% - при предлежании плаценты. Показатель перинатальной смертности - гибель детей в антенатальном периоде (во время беременности от 28 до 40 нед), интранатальном периоде (во время родов), постнатальном периоде (7 дней после рождения).

В норме плацента располагается на задней стенке матки, возможен переход на боковые стенки или частично на дно матки. Расстояние от внутреннего зева до края плаценты более 7 см в норме. Такое расположение связано с тем, что передняя стенка матки, гораздо больше растягивается в процессе беременности и в процессе родов, а задняя стенка более мощная и менее подвержена сократительной деятельности в процессе родов. Природа располагает плаценту так, где меньше всего травматизация. При предлежании плаценты она располагается в области нижнего сегмента, полностью перекрывая область внутреннего зева или частично. Предлежание плаценты встречается в 0.3-0.6% к общему числу родов.

Различают полное и неполное предлежание плаценты.

Полное предлежание плаценты - если плацента полностью перекрывает область внутреннего зева. В среднем 20-30% случаев от всех предлежаний.

Неполное - плацентарная ткань частично перекрывает область внутреннего зева. Наиболее часто встречается: 35-55% случаев. Наиболее редкая форма - шеечное предлежание плаценты и перешеечное. Все эти варианты дают прерывание беременности в первом триместре (никогда не донашивается до срока).

Переходным вариантом от полного до неполного предлежания является низкое расположение плаценты, при котором край плаценты располагается выше внутреннего зева на расстоянии менее 7 см (переходный вариант от нормально расположенной плаценты к предлежанию плаценты).

Группами риска на развитие предлежания плаценты являются:

женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, то есть женщины с нарушением менструального цикла; сниженным содержанием эстрогенов проявляющимися в гипоплазии гениталий, гипоменструальном синдроме, когда отсутствует нормальный гормональный баланс, способствующий правильным пролиферативным и секреторным изменениям эндометрия.

Женщины страдающие хроническими заболеваниями матки, перенесшие аборт, диагностические выскабливания, род с ручным вхождением в полость матки, с фибромиомой матки, повторнородящие и повторнобеременные).

К **факторам** приводящим к предлежанию плаценты относится повышенная подвижность оплодотворенной яйцеклетки, высокая протеолитическая активность ворсин хориона,

когда оплодотворенное яйцо не прикрепляется в области дна или тела матки, а быстро продвигается к нижнему сегменту и прикрепляется там.

Женщины с предлежанием плаценты могут страдать кровянистыми выделениями в первом триместре беременности, и тогда ставится диагноз - угрожающий выкидыш. В последствии эти кровянистые выделения прекращаются, а при обследовании, даже при раннем сроке беременности можно установить, что плацентарная ткань в первом триместре беременности располагается в нижнем сегменте. Потом эти кровянистые выделения прекращаются и больше диагноз предлежания плаценты не фигурирует, так как плацента обладает способностью к миграции в связи с ростом матки. Причем мигрирует плацента, которая располагается по задней стенке матки (поднимается вверх). Если плацента располагается по передней стенке матки, она будет увеличивать свою тенденцию к полному предлежанию. Ведущим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. Кровотечение связано с тем, что плацентарная ткань не обладает такой способностью к растяжению как стенка матки. Это несоответствие эластичности ткани приводит к тому, что ворсины хориона начинают отслаиваться от стенки матки. Ворсины хориона при предлежании плаценты глубже внедряются в мышечную стенку матки и децидуальную оболочку, чем более толстом теле матки и дне матки. Отсюда предлежание плаценты дает более высокий процент своего приращения, чем при нормально расположенной плаценте.

Кровотечение при предлежании плаценты начинается чаще всего во второй половине беременности. У 1/3 женщин - до 30 недель, у 1/3 - от 32 до 35 недель, у оставшейся трети после 35 недель. Таким образом более равномерное распределение этого симптома.

Чем раньше начинается кровотечение при беременности, тем более шансов в том, что это полное предлежание плаценты.

Диагностика:

может начаться внезапно и может быть спровоцировано дефекацией, поднятием тяжести, резким кашлевым движением, половым сношением, влагалищным исследованием.

-Кровотечение может быть обильным или незначительным, не всегда степень кровотечения говорит о полном или неполном предлежании плаценты.

-Повторяющиеся кровотечения (при полном предлежании плаценты). То есть кровотечение может начаться в 30 недель, потом прекратится и начаться в 38 недель и т.д.

-кровотечение всегда наружное, так как близко цервикальный канал, ворсины хориона отделены от матки и кровянистые отделения естественно идут во влагалище.

-Кровотечение всегда алой кровью, так как теряет кровь мать, это артериальное кровотечение.

В результате кровотечений развивается анемический синдром у матери, хотя при сильном кровотечении, при нарушении ворсин хориона может в общий кровоток включаться кровь плода. Необходимо определить есть ли гемоглобин F или нет.

Не проводите влагалищное исследование, пока все не будет готово к немедленному проведению кесарева сечения. Тщательное исследование «в зеркалах» может быть проведено для исключения других причин кровотечения, таких как цервицит, травма,

полипы шейки матки или ее злокачественные новообразования. Однако, даже при наличии этих заболеваний, нельзя исключать предлежания плаценты.

Клинические симптомы	ПОНРП	Предлежание плаценты
Боли	От легкого до умеренного	нет
кровотечение	Наружное, внутреннее, смешанное	Только наружное
Цвет крови	Светлый, темный, серозно – кровянистый	Алый
Сгусток крови	Со старыми сгустками крови	Иногда после выделения последа могут быть сгустки
Плодный пузырь	Остановка кровотечения после разрыва плодного пузыря	Остановка кровотечения после разрыва плодного пузыря
АД	При гипертензии встречается чаще	Снижается при кровотечениях
С/б плода	При незначительном кровотечении страдает	При значительном кровотечении страдает
Форма матки	В тонусе, ассиметрия, не расслабляется	Форма не меняется, всегда пальпируется
Сокращение матки	С ретроплацентарной гематомой	Кровотечение не вызывает сокращение матки
Pervaginum	Плацента не определяется	Плацента определяется
Шок	Не зависит от количества кровопотери	зависит от количества кровопотери

Группы риска по развитию кровотечения

1. Женщины с нарушением сократительной способности матки до начала родов:

- аномалии развития матки
- опухоли матки (фибромиома)
- воспалительные заболевания матки (эндометрит, метроэндометрит).

2. Дистрофические нарушения:

- пере растяжение миометрия: крупный плод, многоводие, многоплодие.
- соматическая и эндокринная патология.

3. Женщины, у которых сократительная способность матки нарушена в процессе родов:

- Роды, осложненные аномалиями родовой деятельности (чрезмерная родовая деятельность, слабость родовой деятельности).
- При чрезмерном применении спазмолитических препаратов.
- Женщины с травматическими повреждениями (матки, шейки, влагалища).

4. Женщины, у которых нарушены процессы прикрепления и отделения плаценты и аномалии расположения плаценты:

- предлежание плаценты (полное и неполное)

- ПОНРП

- плотное прикрепление плаценты и истинное приращение плаценты

- задержка частей последа в полости матки

- спазм внутреннего зева при отделившейся плаценте.

Диагностика кровотечений в 3- и послеродовом периодах.

Атонические кровотечения могут быть вызваны сочетанием нескольких перечисленных причин. Тогда кровотечение может принять более грозный характер. Лечение при атоническом кровотечении является комплексным. Его начинают без промедления, одновременно проводят мероприятия по остановке кровотечения и восполнения кровопотери. Лечебные манипуляции следует начинать с консервативных, если они малоэффективны, то незамедлительно переходить к оперативным методам, вплоть до чревосечения и удаления матки. Все манипуляции и мероприятия по остановке кровотечения должны проводиться в строго определенном порядке без перерыва и быть направлены на повышение тонуса и сократительной способности матки. Они следующие:

-Опорожнение катетером мочевого пузыря.

-Катетеризация 2-х вен

-Инфузия в кол-ве 1 литра за 15 минут

-Сокращающая терапия

-Наружный массаж матки

-Сдавление брюшной аорты

- Ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке

-оперативное вмешательство (применение хирургических методов гемостаза)

Техника наружного массажа матки через переднюю брюшную стенку дно матки охватывают ладонью правой руки и производят круговые массирующие движения без применения силы. Матка становится плотной, сгустки крови, скопившиеся в матке и препятствующие ее сокращению, удаляют осторожным надавливанием на дно матки и продолжают массаж до тех пор, пока матка полностью не сократится и не прекратится кровотечение. Одновременно вводят медикаментозные средства, сокращающие матку (1 мл окситоцина внутривенно медленно). Если после проведенного массажа матка не сокращается или сокращается, а затем вновь расслабляется, то переходят к дальнейшим мероприятиям.

Техника ручного обследования полости матки и массаж матки на кулаке. После обработки наружных половых органов роженицы и рук хирурга, под общим обезболиванием, рукой, введенной в полость матки, обследуют стенки ее для исключения травмы и задержавшихся остатков плаценты, удаляют сгустки крови, особенно пристеночные, препятствующие сокращению матки. Если матка недостаточно сокращается, производят массаж ее на кулаке: кулак соприкасается с дном внутренней поверхности матки, второй рукой через переднюю брюшную стенку производят нежно легкий массаж матки. При повышении тонуса матка плотно охватывает руку,

кровотечение прекращается. Руку из матки извлекают. Грубое, с применением силы массирование матки недопустимо, так как может вызвать множественные кровоизлияния в мышцу матки. Одновременно с массажем матки на кулаке вводят средства, сокращающие матку (окситоцин, простагландины). Для закрепления эффекта остановки кровотечения можно применить шов по В.А. Лосицкой (на заднюю губу шейки матки через все слои накладывают шов толстым кетгутом), ввести в задний свод влагалища тампон, смоченный эфиром (холодовый раздражитель), ввести лед в прямую кишку, пузырь со льдом на низ живота.

Отсутствие эффекта от ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке, продолжение кровотечения позволяет приступить к хирургическому вмешательству.

После вскрытия брюшной полости накладывают кетгутовые лигатуры на маточные и яичниковые сосуды с обеих сторон, выжидают некоторое время. В 50% случаев матка сокращается (наступает гипоксия миометрия и мышца матки рефлекторно сокращается), кровотечение останавливается, матка сохраняется. Однако в половине случаев этого не происходит, особенно, если есть признаки коагулопатии, то кровотечение остановить не удастся. В такой ситуации единственный метод спасения жизни родильницы - *ампутация или экстирпация матки*. Объем операции определяется состоянием гемостаза, при признаках коагулопатии производят экстирпацию матки.

Лечение ДВС-синдрома. [Гепарин](#) противопоказан. После родоразрешения содержание факторов свертывания обычно нормализуется через 24 ч, а содержание тромбоцитов — в течение 4 сут.

1) Для повышения содержания факторов свертывания вводят [криопреципитат](#) и свежезамороженную плазму. Введение одной дозы свежезамороженной плазмы повышает уровень фибриногена примерно на 10 мг%. 1 доза [криопреципитата](#) содержит около 250 мг фибриногена. Для нормализации показателей свертывающей системы требуется около 4 г фибриногена (то есть 15—20 доз [криопреципитата](#)).

2) Если количество тромбоцитов ниже $50\ 000\ \text{мкл}^{-1}$, переливают тромбоцитарную массу. Введение одной дозы тромбоцитарной массы повышает количество тромбоцитов на $5000\text{—}10\ 000\ \text{мкл}^{-1}$. При лечении ДВС-синдрома вводят не менее 4—6 доз.

г. Проводят ингаляцию кислорода.

Мероприятия по борьбе с малокровием. Эти мероприятия производят одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения. Необходимо твердо соблюдать правила, обеспечивающие положительный эффект лечения:

- Все мероприятия начинать как можно раньше.
- Они должны быть комплексными.
- Учитывать исходное состояние здоровья родильницы.

Борьба с острой анемией заключается в следующем:

- Гемотрансфузия.
- Трансфузия кровезаменителей.
- Введение средств, корригирующих свертывающую систему крови (свежезамороженная плазма, фибриноген и др.).

➡ Введение сердечных средств и гормональных препаратов - коргликона, кокарбоксилазы, кортикостероидов.

➡ Коррекция КОС крови.

➡ Восстановление электролитного состава крови.

➡ Восстановление нарушений микроциркуляции и перфузии тканей.

При выполнении ОЦК и ликвидации гиповолемии необходимо учитывать количественное соотношение вливаемых сред, объемную скорость и длительность переливания.

Если в течение первых 1-2 часов восполняется 70% потерянного объема крови, то следует надеяться на благоприятный исход.

В процессе терапии критериями эффекта лечения являются окраска кожных покровов и их температура, пульс, артериальное давление, центральное венозное давление (ЦВД), почасовой диурез, показатели гематокрита, КОС крови.

Критическая потеря крови - 30 мл на 1 кг массы тела. Пограничная кровопотеря - 0,5-0,7% от массы тела. В этих случаях восполнение ОЦК проводят введением кровезаменителей с высоким молекулярным весом в том же количестве, что и кровопотеря. Кровопотеря свыше 0,8% является патологической. После восстановления ОЦК и остановки кровотечения лечение больной продолжается.

Инфузионно-трансфузионная терапия при патологической кровопотере

Величина кровопотери (% от массы тела)	Общий объем переливания (% от кровопотери)	Кровезаменители и объем гемотрансфузии (% от кровопотери)
0,6-0,8	80-100	Кровезаменители: реополиглюкин, кристаллоидные растворы и их сочетания
0,8-1,0	130-150	Кровезаменители те же, гемотрансфузия 50-60
1,0-1,5	150-180	Кровезаменители те же, допустим полиглюкин в сочетании с другими растворами, альбумин, гемотрансфузия 70-80
1,5-2,0	180-200	Кровезаменители те же, дополнительно – плазма, альбумин, фибриноген, при снижении его концентрации в крови, гемотрансфузия 90-100
Свыше 2,0	Более 250	Кровезаменители те же, показано введение плазмы, альбумина, фибриногена, гемотрансфузия 110-120. Прямое переливание крови

Тактика ВОП:

Быстрая оценка основных показателей состояния женщины, включая жизненно важные функции (пульс, артериальное давление, дыхание, температуру). Начните в/в инфузию и перелейте растворы в/в и срочная транспортировка в ближайший стационар.

Восстановите ОЦК в/в переливанием растворов.

Оцените величину кровопотери:

- если кровотечение сильное и продолжается, подготовьтесь к родоразрешению посредством кесарева сечения, независимо от степени зрелости плода.

- если кровотечение легкое или остановилось и плод живой, но недоношенный, примите выжидательную тактику до родоразрешения либо до проявлений сильного кровотечения:

- проводите коррекцию анемии сульфатом или фумератом железа 60 мг перорально ежедневно в течение 6 месяцев

- убедитесь, что в наличии имеется кровь для трансфузии

- если кровотечение повторилось, выберите тактику после взвешивания преимуществ и рисков для женщины и плода при дальнейшей выжидательной тактике, по сравнению с активными действиями.

Подтверждение диагноза

Ультразвуковое исследование - определите местонахождение плаценты. Если предлежание плаценты подтвердится и плод доношенный, планируйте родоразрешение.

Если проведение УЗИ невозможно, или его результат не надежен, и срок беременности меньше 37 недель, ведите женщину, как с предлежанием плаценты до срока 37 недель.

Если проведение УЗИ невозможно, или его результат не надежен, и срок беременности 37 недель или более, проведите влагалищное исследование в операционной, подготовленной к началу операции, для исключения предлежания плаценты.

Постстационарная реабилитация: У больных, оперированных по поводу, ПОНРП и предлежанию плаценты зачастую имеются такие проблемы, как ограничение трудоспособности, астенизация личности с утратой интереса к активной жизни и труду. Поэтому важное значение после операций по поводу кровотечений приобретает комплекс мероприятий:

психологическая реабилитация.

проведение консультирования по индивидуальному подбору контрацептивов.

диспансерное наблюдение: лечение анемии, лечение заболеваний ЖКТ.

раннее выявление и своевременное лечение гипертензивных нарушений во время беременности, гипертонической болезни, хронических инфекций.

оценка эффективности амбулаторного лечения.

Приложение №1

“Работа в группах”

Для проведения этой игры нужно приготовить 2 карточки:

1-:”ПОНРП”.2-”Предлежание плаценты”. Группу делят на 2 команды. Один студент с каждой группы выбирает карточку. Педагог на ФК представляет основные симптомы. После подготовки с каждой группы студент презентует ответ.

Инструктаж 2 мин. Распределение по группам 1мин. Подготовка 17 мин. Ответы 7 мин. обсуждение 5 мин. Всего 30 мин.



Приложение № 2

Разбор клинических случаев

Педагог объясняет студентам, как будет проводиться разбор случаев с целью развития навыков решения проблем и межличностного общения. Объясняется общая структура используемая при разборе (оценка, диагностика, тактика ведения). Студенты делятся на 2 группы, каждой группе предлагается клиническая ситуация и дается возможность обсудить каждый случай. Затем представитель от группы должен в течение 5 минут рассказать всем о решение случая.

Клиническая ситуация

Первобеременная женщина в сроке 37 недель, обратилась за помощью с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, боль внизу живота, слабость, утомляемость, уменьшение количества мочеиспускания.

Из анамнеза: частые ангины, хронический тонзиллит, рецидивирующая инфекция мочеполового тракта. Менархе в 13 лет, регулярные, последняя менструация 24 апреля. В сроке 8 недель стационарное лечение по поводу начавшегося самопроизвольного выкидыша. Кровянистые выделения возникли внезапно 4 часа назад, но родственники успокоили женщину, что в доношенном сроке такое бывает.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, А\Д 90\60 мм.рт.ст., пульс 96 уд в 1 мин, живот увеличен за счет беременной матки правильно – овоидной формы в тонусе не расслабляется, сердцебиение плода глухое до 120 уд в 1 мин.

Оценка:

Что вы включите в первоначальную оценку и почему? Приветствие, выслушать, произвести быструю оценку находится ли она в состоянии шока - быстрый, слабый пульс, САД менее 90мм.рт.ст.; бледность; потливость или озноб, влажная кожа;

Какие аспекты физического осмотра помогут вам в постановке диагноза? Осмотр, необходимо провести УЗИ исследование, исследование реологических и коагуляционных свойств крови.

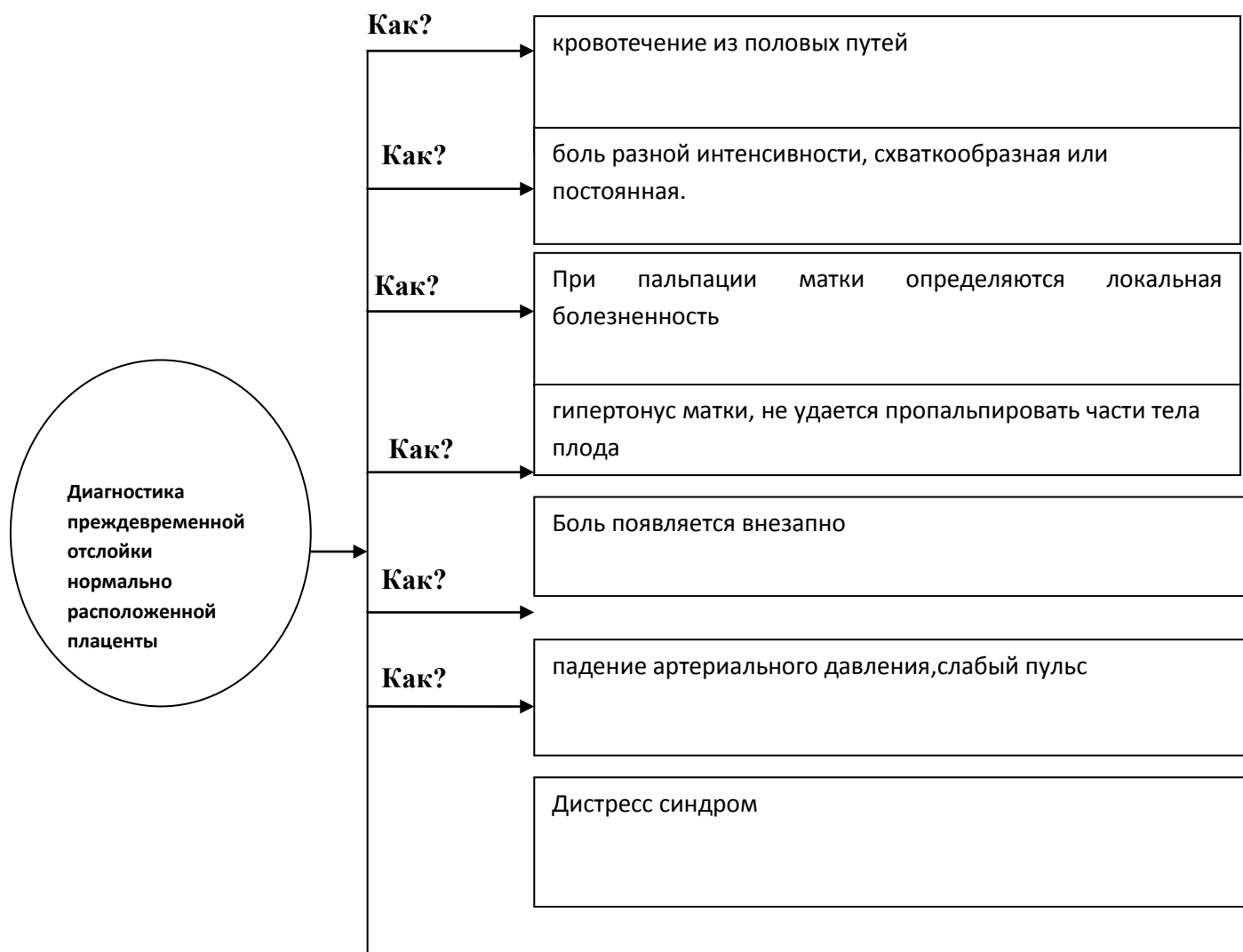
Какие причины должны быть исключены? Вагинальные кровотечения в поздние сроки беременности следует дифференцировать преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием плаценты, с заболеваниями крови злокачественными новообразованиями половых органов

Каков диагноз? ПОНРП.

Какова ваша тактика?

Первый этап – фиксация вен, мобилизация персонала на себя;

Второй этап ~ транспортировка в стационар.



Как?



Как?



слабость, бледность, потливость или озноб, влажная кожа

4.2. Аналитическая часть

Приложение 2

Задача 1

В поликлинику обратилась первобеременная при сроке 26 недель с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся среди полного покоя 2 часа тому назад. Из анамнеза в 16-17 недель беременности перенесла ОРВИ без подъёма температуры, не лечилась. Объективно: Пульс 84 уд. в мин., удовлетворительных свойств. АД 110/80, 110/70 мм. рт. ст. Матка при осмотре в нормальном тонусе, контуры чёткие, локальной болезненности нет. Сердцебиение плода приглушенное, 144 уд. в мин. Выделение из половых путей кровянистые, мажущие.

Вопрос:

Диагноз

Тактика ведения ВОП.

Ответ:

Беременность I, 26 недель. Неполное предлежание плаценты.

Провести дополнительные методы исследования — УЗИ. Оказать первую врачебную помощь: введение спазмолитиков и кровоостанавливающих препаратов - дицинон, но-шпа и в сопровождении ВОП госпитализировать в ближайший родильный дом.

Задача 2

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная 25 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, возникшее внезапно с началом родовой деятельности. Срок беременности 40 недель.

Вопрос:

Диагноз

Тактика врача ВОП

Ответ:

ПОНРП.

Экстренное КС под прикрытием инфузионной терапии.

4.3. Практическая часть

Перечень практических навыков:

Определение срока гестации и даты родов

Наружный акушерский осмотр.

Выслушивание сердцебиения плода.

Определить время свертывания по Ли-Уайту

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения «пчелиный рой».

Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2 малыми группами. Задания могут быть разными или одна задание дается на все группу. В течение 10-15 мин. Группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

Приложение № 2 Ситуационная задача

Поступила беременная 29 лет в родильное отделение с жалобами на головокружение, тошноту, постоянные сильные, боли в области матки и незначительные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза: данная беременность 2, аборт 4, состояние больной ухудшилось до поступления стационар. Общая состояние тяжёлая, А/Д 70-40 мм. рт. ст, 120 уд/ в мин. Высота дна матки 40 см. из за напряжение матки части плода не определяются. Сердца биение плода не выслушивается. Бимануальный осмотр шейки матки: плотная, открытие на 4 см, выделения кровянистые.

- I. Предварительный диагноз:** Беременность 6, 40 недель, роды 3, 1 период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Гибель плода. Геморрагический шок тяжёлый степени.

Приложение № 1 Интерактивный метод обучения: «Тур по галерее»

Малым группам предлагается одна проблема на всех. Каждая группа в течении 10 мин. Записывает свои суждение и обменивается листами ответов другой группой. Следующая группа должна оценивать ответ предыдущей группы и если ответ неполный, предложить свой вариант. По окончании работы задание обсуждают все участники и выбирают наиболее правильные ответы, которые заслуживают высшего балла.

Приложение № 2 Ситуационная задача

Первородящая, 28 лет, поступила с регулярными интенсивными схватками начавшиеся 8 часов тому назад, беременность вторая доношенная. Первая беременность 3 года тому назад закончилась криминальным аборт на 3-м месяце беременности с повторным выскабливанием полости матки. Размеры таза: 24-27-30-19 см. первое головное предлежание. Сердцебиение плода отчетливое, 132 уд.в 1 мин, ритмичное, слева ниже пупка. Головка плода большим сегментном во входе в таз. Через 4 часа после поступления произошли роды живым, доношенным плодом. Через 15 мин. после рождения ребенка началось кровотечение выделилось 300 мл крови. Признаки отделения плаценты отсутствуют.

Диагноз? Что делать? Можно ли было предупредить данное осложнение родов?

- I. Предварительный диагноз:** Беременность 2, 40 недель, роды 1, 3 период родов. Кровотечение в 3 периоде родов.
- II. Основные методы обследование.**
1. Бимануальное исследование
 2. определение тонуса матки
 3. Оценить общее состояние больной.
- III. Дополнительные методы обследование**
1. Измерение артериального давления на двух руках
 2. Определение пульса
 3. Аускультация сердца и легких беременной
 4. Ультразвуковое исследование
 5. Общий анализ крови
 6. Время свертывание крови

IV. Обоснование диагноза (на основе жалоб, анамнеза, методы обследования-лабораторные анализы).

V. Диф.диагностика. (травматизм).

VI. Лечение. Тактика: ручное обследование полости матки.

VII. Диспансеризация. (Лечение всех ЭГЗ и генитальных заболеваний. Оздоровление девочек, занятие физической культурой, правильное питание и отдыха, рациональное ведение родов и послеродового периода, профилактика аномалий развития матки, многоводие и деформация таза, сохранить интергравидарный интервал, применять контрацептивные средства).

VIII. Тактика ВОП:

- 1.Обратить внимание на жалобы больного
- 2.Собрать анамнез
- 3.Дифференциальная диагностика кровотечений
- 4.Консультация необходимых специалистов
- 5.Обоснование диагноза
- 6.Госпитализация

Приложение № 3 Тестовые вопросы

1. Частые причины гипо-атонических кровотечений

*многоплодия и мноводия
тазовое предлежание
болезни плаценты
резус конфликтная беременность

2. Основные клинические симптомы геморрогического шока легкой степени

*А/Д 100/70 пульс больше 100 ударов в минуту, не меняется общее состояние больной
А/Д 100/70,пульс 100 ударов олигоурия
А/Д не меняется, пульс 100-120, олигоурия
А/Д 100/70, пульс больше 100, потеря сознания

3. Противопоказания к применению токолитиков

*нарушение сердечного ритма
срок беременности 28 недель
повышение А/Д
миопия

4. В основе лечения 1 фазы ДВС синдрома

*Введение гепарина
Переливание плазмы
Переливание фибриногена
Введение препаратов усиливающие свертывающей системы крови

5. Факторы, приводящие к развитию ДВС синдрома у беременных

*Отслойка нормально расположенной плаценты
Малокровие
Клинический узкий таз
Резус отрицательная кровь матери

6. Ваша тактика при патологическом кровотечение при неотделившимся последе.

*Ручное отделение и выделение последа
Выжидательная
Применяется сокращение средства матки

Операция ампутация матки

7. Факторы, приводящие к развитию ДВС синдрома у беременных

*отслойка нормально расположенной плаценты

клинический узкий таз

аномалия родовых сил

резус отрицательная кровь матери

8. Что из нижеследующего -признак сердечной недостаточности при беременности?

*одышка

отек нижних конечностей

систолические шумы, повышенная дыхательная активность

аритмия

9. Признаки и симптомы характерны для предлежания плаценты, кроме:

*повышенного тонуса матки

Безболезненного кровотечения из влагалища

кровотечения в начале III триместра

10. Все нижеперечисленные признаки и симптомы характерны для тяжелой формы отслойки плаценты, кроме

*судорожных схваток

внутриутробной гибели плода

ретроплацентарной гематомы

сильной боли в животе

11. Тяжелая форма отслойки плаценты связаны со всеми нижеперечисленными состояниями, кроме

*внутриутробной гибели плода

патологии почек

тромбоцитопении

гипертензии

12. Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:

А) гипертензивные нарушения*

Б) травма живота

В) перенашивание беременности

Г) многоводие и многоплодие

Д) короткая пуповина.

13. Показанием к удалению матки при ПОНРП является:

А) матка Кювелера*

Б) гипотония матки

В) наличие миоматозного узла

Г) наличие добавочного рога матки

Д) перерастяжение матки

14. Клинический симптом предлежания плаценты:

А) кровотечение различной интенсивности*

Б) боли внизу живота

В) изменение сердцебиения плода

Г) изменение формы матки

Д)

излитие

вод

15. ПОНРП осложняется:

А) всем перечисленным*

Б) возникновением матки Кювелера

В) интранатальной гибелью плода

Г) развитием ДВС синдрома

Д) геморрагическим шоком

16. Возможные причины предлежания плаценты не включают:

А) аномалии развития плодного яйца*

Б) дистрофические процессы в эндометрии

В) воспалительные процессы в эндометрии

Г) аномалии развития матки и опухолевые процессы в миометрии

Д) повышение тропеолитических свойств плодного яйца

17. При диагностике предлежания плаценты следует учитывать:

А) все перечисленное*

Б) клинические проявления

В) результаты наружного акушерского исследования

Г) данные УЗИ

Д) данные акушерско-гинекологического анамнеза

18. При подозрении на предлежание плаценты ВОП не имеет права проводить:

А) сбор анамнеза*

Б) наружное акушерское исследование

В) влагалищное исследование

Г) УЗИ

Д) выслушивание сердцебиения плода

19. Диагностика ПОНРП не основана на:

А) все перечисленное*

Б) степени тяжести гемодинамических нарушений

В) наличии болевого симптома

Г) дистресс синдроме

Д) повышенном тонусе и напряжении матки

20. Симптомы ПОНРП, определяемые при пальпации живота:

А) болезненная, плотная и ассиметричная матка*

Б) болезненная и флюктуирующая матка

В) болезненная матка и признаки восходящей инфекции

Г) плотная матка и отсутствие сердцебиения плода

Д) плотная, болезненная матка и неправильное положение плода

21. Лёгкая степень ПОНРП диагностируется:

А) при осмотре материнской поверхности плаценты после родов*

Б) на основании жалоб беременной

В) при выявлении гемодинамических изменений

Г) при наличии гипертонуса матки

Д) при выявлении симптомов внутриутробной гипоксии плода

22. Для клинической картины ПОНРП характерны:

А) геморрагический шок*

Б) изменения сердцебиения плода*

В) изменение формы матки*

Г) отсутствие боли в животе

Д) косое или поперечное положение плода

Е) слабость родовой деятельности

23. С чем необходимо дифференцировать ПОНРП:

А) предлежанием плаценты*

Б) разрывом матки*

В) эрозией шейки матки*

Г) глубокие разрывы шейки матки в анамнезе

Д) аномалией отделения плаценты и выделения последа

Е) с клиническим узким тазом 3 степени

24. **Предлежание плаценты можно предполагать в случае:**
- А) преждевременного разрыва плодного пузыря
 - Б) если при пальпации неясна предлежащая часть плода
 - В) несоответствия высоты стояния дна матки сроку беременности*
 - Г) кровяных выделений из половых путей*
 - Д) острой боли в животе
 - Е) кровотечение различной интенсивности*
25. **Наиболее частой причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:**
- А) гипертензивные нарушения во время беременности*
 - Б) травма живота
 - В) перенашивание беременности*
 - Г) многоводие, многоплодие
 - Д) короткая пуповина*
 - е) резус несовместимость матери и плода
26. **Для кровотечения при предлежании плаценты характерно:**
- А) внезапность возникновения*
 - Б) повторяемость*
 - В) безболезненность*
 - Г) острая боль внизу живота
 - Д) болезненные схватки
 - Е) недостаточная динамика раскрытия шейки матки
27. **Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:**
- А) наружное акушерское исследование*
 - Б) влагалищное исследование
 - В) УЗ-исследование*
 - Г) оценка сердечной деятельности плода*
 - Д) исследование свертывающей системы крови
 - Е) анамнез
28. **Наиболее частой причиной возникновения предлежания плаценты являются:**
- А) аномалии развития матки
 - Б) воспалительные процессы гениталий*
 - В) миома матки*
 - Г) эндометриоз
 - Д) аборт*
 - Е) первобеременные
29. **Для клинической картины преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты характерны:**
- А) боли в животе*
 - Б) геморрагический шок*
 - В) изменение сердцебиения плода*
 - Г) безболезненность
 - Д) повторяющиеся кровотечения
 - Е) внезапность возникновения
30. **Клинический симптом предлежания плаценты:**
- А) боли внизу живота
 - Б) изменение сердцебиения плода
 - В) изменение формы матки
 - Г) кровотечение различной интенсивности*
 - Д) изменение гемодинамики беременной*
 - Е) безболезненность*

31. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты осложняется:

- А) возникновением матки Кювелера*
- Б) гибелью плода*
- В) развитием ДВС-синдрома*
- Г) усугублением соматической патологией
- Д) гипертензивным синдромом.

Тема № 27. ОСТРЫЙ ЖИВОТ

1.1. Модель технологии преподавания

Время занятия -6 ч	Кол-во студентов: до 8-10
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1. Диагностика острого живота. 2. Принципы ведения больных с острым животом в гинекологии.
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями клинического течения острого живота, принципами ведения больных .
Методы преподавания	Беседа, наглядные пособия, слайды, курация больных
Формы преподавания	Общая
Средства преподавания	Учебно-методический комплекс, учебник, текст лекции, компьютер, больные
Условия преподавания	Методически оснащённая аудитория и палата больных.
Мониторинг и оценка.	Устный контроль: вопрос-ответ, тесты, интерактивные методы обучения

1.2. Технологическая карта практического занятия

Этапы работы и время	Преподаватель	Студенты
Подготовительный этап	Подготовка аудитории к занятию Контроль готовности студентов к занятию Контроль посещаемости студентов	
1. Введение (20 минут)	1. Подготовить текст по теме. 2. Подготовить слайды к презентации темы 3. Составить список литературы для подготовки к занятию	
2 – Основной этап (230 минут)	1. Задаёт вопросы по теме, студентов делит на подгруппы 2. Использует таблицы, баннеры, плакаты 3. Использует мультимедии, слайды 4. Проведение лечебной работы 5. Обобщает материал по теме и подводит итоги, ставить оценки ТК студентов в журнал	Делятся на группы Слушают и отвечают на вопросы Просматривают Участвуют Участвуют

	преподавателя и в тетрадь студента.	
Заключительный этап (20 минут)	1. Подводит итоги занятия 2. Самостоятельная работа 3. Задание на дом	Слушает Записывает Записывает

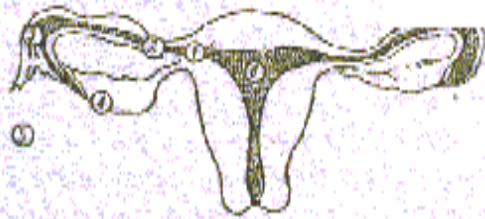
Острый живот — симптомокомплекс, отражающий патологическое состояние организма, при котором произошло серьёзное повреждение органов брюшной полости с раздражением брюшины. Характеризуется резкими сильными болями в животе и патологическим напряжением брюшной стенки. В связи локализации боли можно рассуждать примерно о следующих болезнях:

Локализация острой боли в животе при хирургических заболеваниях	
Верхний правый квадрант живота	Верхний левый квадрант живота
Острый холецистит Жёлчная колика Гепатит Панкреатит Печёночные и поддиафрагмальные абсцессы Инфаркт миокарда Пневмония Плеврит Перикардит Кишечная непроходимость	Панкреатит Разрыв селезёнки Инфаркт селезёнки Гастрит Инфаркт миокарда Пневмония Плеврит Кишечная непроходимость
Нижний правый квадрант живота	Нижний левый квадрант живота
Аппендицит Кишечная непроходимость Дивертикулит Прободная язва Ущемление грыжи Почечная колика Эктопическая беременность Заболевания яичника Эндометриоз Перекрут яичка	Разрыв аневризмы аорты Расслоение аорты Кишечная непроходимость Дивертикулит Забрюшинный абсцесс Почечная колика Эктопическая беременность Заболевания яичника Эндометриоз Перекрут яичка

Эктопическая беременность одна из причин острого живота. Все случаи развития плодного яйца вне полости являются тяжелой патологией, представляющей непосредственную угрозу не только репродуктивному здоровью, но и жизни женщины. В ургентной гинекологии внутреннее кровотечение чаще всего обусловлены прерыванием эктопической беременности (ЭБ). Частота ЭБ среди гинекологических больных, поступающих в стационар варьирует от 1 до 6 %; ЭБ является основной причиной смерти беременных женщин в первом триместре беременности. Летальность при внематочной беременности в Республике Узбекистан 0,01 % в России составляет 0,11%, что в два раза выше, чем в США. В структуре причин материнской смертности на долю ЭБ приходится 7,4%. Наибольшее число неблагоприятных исходов при ЭБ приходится на возраст женщин 30 лет и старше (летальность выше 3 раза, в чем в возрасте 15-для зачаток 24 года).

Эктопическая беременность – это беременность, вне матки, обычно в фаллопиевых трубах. Эктопическая беременность случается когда оплодотворенная зигота не достигает матки, но предпочтительнее в другом месте, имплантируется где – нибудь, обычно в некоторых частях фаллопиевой трубы.

Внематочная беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.



Места имплантации яйца при внематочной беременности
 1 – в интерстициальной части трубы; 2 – в истмической части трубы;
 3 – в ампулярной части трубы; 4 – в яичнике; 5 – в брюшной полости,
 6 – полость матки

Бывает по локализации в маточной трубе, яичнике, брюшной полости, в шейке матки, в рудиментарном роге; по клиническому течению прогрессирующая и нарушенная по типу наружного разрыва плодместилища (разрыв трубы, яичника) или внутреннего разрыва плодместилища (трубный аборт).

Ведущие симптомы при нарушенной трубной беременности - мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне задержки менструации, боли внизу живота или признаки "острого" живота.

Классификация эктопической беременности.

В соответствии с Международной Классификацией Болезней 10 пересмотра (1993) выделяют:

- ✓ Абдоминальная (брюшная) беременность.
- ✓ Трубная беременность.
- ✓ Беременность в маточной трубе (прогрессирующая);
- ✓ Разрыв маточной трубы вследствие беременности;
- ✓ Трубный аборт;

Яичниковая беременность.

Другие формы эктопической беременности.

- ✓ Шеечная (в шейки матки);
- ✓ Комбинированная;
- ✓ В роге матки;
- ✓ Внутрисвязочная (итралигаментарная);
- ✓ В брыжейке матки (в толще широкой связки);
- ✓ Неуточнённая.

Среди всех видов внематочной беременности принято различать часто и редко встречающиеся формы; к частым относят ампулярную и истмическую локализацию трубной беременности, на долю которых приходится 93-98,5 % случаев (ампулярная локализация трубной беременности встречается несколько чаще, чем истмическая), к редким формам интерстициальную (0,4-2,1%), яичниковая (0,4-1,3%), брюшную (0,1-1,4%), шеечная (0,2%). Ещё реже встречается беременность, развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,1-0,9%), добавочной маточной трубе (0,07%). Возможные казуистические случаи многоплодной беременности с разнообразной локализацией. За последние годы увеличилась частота гетеротопической ЭБ (сочетание внутриматочной и внематочной локализацией)

РИСК ФАКТОРА ДЛЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- Наличие в анамнезе операций на маточных трубах, включая лигирование труб и или реанастомоз труб после их лигирования.
 - Наличие в анамнезе инфекции труб, включая воспалительные заболевания органов малого таза.
 - Контрацепция – ВМС
 - Наличие в анамнезе предыдущей эктопической беременности.

Классические, беременность изначально неотличима от внутриматочной беременности. У пациентки может быть аменорея, она может чувствовать себя беременной, и тесты на беременность будут позитивными. Но в конечном итоге беременность начинает прекращаться из-за перерастяжения трубы и эрозирования кровеносных сосудов.

С этого времени плацента и желтое тело начинают ослабевать и уровень гормонов падает. Эндометрий беременности, называемый децидуа, поддерживаемый прогестероном из желтого тела до этого времени, начинает угасать и начинается кровотечение.

Децидуа сходит в виде одного большого куска, называемого децидуальными слепком. ХГ, продуцируемой плацентой – не изменяется или падает к этому времени. Беременность может инвазировать сквозь стенку трубы и близлежащих кровеносных сосудов, может возникнуть внутрибрюшное кровотечение. Кровотечение может быть катастрофическим (профузным) или постепенным.

Существует множество вариаций поведения эктопической беременности, включая самопроизвольную регрессию, аборт в конце трубы, формирование хронической гематомы и даже реимплантацию оплодотворенного яйца в другое место, формируя абдоминальную беременность.

ПРИЗНАКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ.

Принципиально выделяют 2 варианта клинического течения ЭБ: прерванная (нарушенная) и прогрессирующая. Нарушенная трубная ЭБ протекает либо по типу трубного аборта, либо как разрыв маточной трубы и всегда сопровождается внутренним или наружным кровотечением; в редких случаях образуется перетубарная гематома и кровотечение приостанавливается. Прогрессирующая ЭБ до посленного времени являлась случайной находкой.

Боль и вагинальное кровотечение - это отличительные признаки и симптомы эктопической беременности. Боль почти универсальная, она обычно в нижней части живота и больше на стороне поражения. Кровотечение также очень часто следует за коротким периодом аменореи. Вагинально можно обследовать увеличение придатков, тестоватой консистенции, болезненность иногда данную картину можно спутать с мягким желтым телом нормальной маточной беременности. Появляются признаки гемоперитонита за счет внутрибрюшного кровотечения, шока, гипотензия, выпячивание заднего свода.



ДИАГНОСТИКА

Лабораторные тесты могут быть полезными: снижение Нв, Нт, снижение ХГ в сыворотке крови при прерывания внематочной беременности, а повышение её подсказывает о прогрессирующей внематочной беременности.

УЗИ очень полезен в диагностике, трансвагинальное сканирование имеет более огромную диагностическую ценность, чем трансабдоминальное.

Другой диагностический метод – тест кульдоцентез. Он заключается в пункции заднего свода и определении характера пунктата.

При показателях ХГ в пунктате более 15 % подсказывает о активном интраперитонеальном кровотечении.

Лапароскопия является в качестве золотого стандарта диагностики, и особенно в тех случаях, когда подозревается внутрибрюшное кровотечение и одновременно проводится хирургическая коррекция.

ЛЕЧЕНИЕ

Ниже следующее планы лечения в настоящее время используются в лечение эктопической беременности:

- ✓ выжидательная
- ✓ медикаментозная
- ✓ абдоминально хирургическая
- ✓ лапароскопическая

Лапароскопическая хирургия обычно наиболее подходящее лечение у большинства женщин с трубной беременностью. **Выжидательное или медикаментозное** лечение предмет выбора у гемодинамически стабильных женщин, кто тщательно отобран и информирован согласно нижеследующим критериям:

- Минимальные боли или кровотечение.
- Пациент надежной для наблюдения.
- Отсутствие оснований для разрыва трубы.
- Становление уровня ХГ менее чем 1000 мл ЕД / мл и её спад.
- Эктопические или придаточные массы менее чем 3 см, или не определяющиеся.
- Отсутствие сердцебиение эмбриона.

Выжидательная тактика используется более часто в этих ситуациях, когда действительная локализация беременности не может быть определена.

Единственный тест, который отличит выкидыша нарушенной эктопической беременности – это дилатация шейки матки и кюретаж. Этот инвазивный тест может быть осуществлен, или отсрочен настолько того требуют клинические обстоятельства.

Медикаментозная терапия метотрексатом - антагонистом фолиевой кислоты является подходящим подходом для правильно избранных пациентов.

Выбор пациентов – это ключевой элемент успеха терапии метатриксатом.

Набор приемлемых критериев включает:

- Стабильные жизненные признаки и низкий уровень симптоматологии.
- Отсутствие медицинских противопоказаний для терапии **метатриксатом** (нормальные ферменты печени и количество тромбоцитов).
- Ненарушенная эктопическая беременность.
- Отсутствие сердечной деятельности эмбриона.
- Эктопические массы. 4 см или менее.
- Падение уровня ХГ. менее чем 5000 мл Ед./мл.

Одноразовый дозированный внутримышечный путь введения обычно вычисляется на 1 мг/ кг. Исследование ХГ сыворотки осуществляется на 4-7 день после лечения и потом последующем еженедельно пока уровень не достигнет 5 мл Ед./ мл, который может занять 3-4 недели. Уровень прогестерона в сыворотке может быть проверен вместо ХГ, снижение до 1,5 мг/мл рассматривается как успешный итог и обычно это случается примерно в течение 2-3 недель.

Схема медикаментозной терапии прогрессирующей ЭБ метотрексатом.

Сутки лечения	Лечебные и диагностические мероприятия
0	Общеклинический анализ крови, тромбоциты, АСТ креатин определение группы крови и резус фактора.
1	Метотрексат 50 мг\м ² внутримышечно (около 1 мг\кг)
2-3	Наблюдение

4	ХГ
7	ХГ-если уровень ХГ по сравнению с 4 днём снизился менее чем на 15 % - повторное введение метотрексата в той же дозе
	Если есть уровень ХГ снизился более чем на 15 % еженедельно повторять анализ до исчезновения ХГ (4 недели). Повторить УЗИ через 4 недели от начала лечения

Хирургическое лечение - являлось основой лечения эктопической беременностью в течение многих лет, и остается необходимым выбором. Оно может быть разделено на консервативное и экстирпационное. Консервативное означает сохранение трубы, к экстирпационному относится удаление трубы. Оно может быть сделано посредством лапароскопии или лапаротомии, что зависит от состояния пациента, навыков оператора, местных стандартов и доступных возможностей.

Критерии, указывающие на необходимость хирургического вмешательства включают:

- Пациент с нестабильными жизненными признаками или признаком внутреннего кровотечения.

- Ненадежный контроль.

- Какие-либо противопоказания к наблюдению или терапии метотрексатом.

Объем хирургической операции может быть удаление пораженной маточной трубы или после её опорожнения от беременности восстановительная пластическая операция. В зависимости от объема кровопотери и степени тяжести шока необходимо проведение противошоковых мероприятий и срочно возместить ОЦК. Лечебные мероприятия при нарушенной внематочной беременности на догоспитальном этапе включают в себя инфузионную терапию: внутривенное введение 400 мл полиоксидина или 400 мл полиглюкина, 400 мл реополиглюкина, 500 мл 5% раствора глюкозы. Скорость введения растворов зависит от стадии геморрагического шока (см. соответствующий раздел). Одновременно больной проводят ингаляцию кислорода. Терапия глюкокортикоидами по показаниям. Больная подлежит срочной госпитализации в гинекологическое отделение, транспортировку осуществляют в положении лежа. При транспортировке АД поддерживают на уровне 80-100 мм рт.ст. При массивной кровопотере госпитализацию больных с нарушенной внематочной беременностью осуществляет реанимационно-хирургическая бригада.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ.

Гестационная трофобластическая болезнь или пузырьный занос имеет три основные формы:

- Полный пузырьный занос
- Частичный пузырьный занос
- Рецидивирующий занос

который может прогрессировать в метастатическую хорионэпителиому ?

Это редкий случай в первом триместре беременности как причина кровотечения и должен быть рассмотрен в дифференциальном диагнозе пока не доказан другой. Полный пузырьный занос состоит из плацентарной пролиферации в отсутствие плода. Ворсинки плаценты раздуты и часть напоминают гроздь винограда. Большинство полных заносов имеет 46 XX хромосомальный состав, все наследованные от отцовских источников. Часто два фактора предрасполагают к трофобластической болезни:

- Беременность на грани репродуктивной жизни (свыше 40-45 лет)

- В анамнезе имелась пузырьный занос

Клинически проявляется:

- Вагинальное кровотечение в первом или раннем втором триместре.

Пузырьки, напоминающие гроздь винограда отходят в случаях, когда беременность переходит во II триместра.

- Уровень ХГ выше ожидаемого ответственно сроку гестации.

- Матка больше ожидаемого гестационного срока.
- Неукротимая рвота, гипертензия, вызванная беременностью на раннем гестационном сроке.
- Увеличение яичников, вызванное тека – лютеиновыми кистами, возникших в результате гиперстимуляции яичников высоким уровнем ХГ.

Диагностика основывается на выше указанных признаках. Для раннего диагноза необходим высокий показатель подозрения. УЗИ является основным стандартом диагностики, осматриваются множественные пузырьные прос-транства внутри матки, при отсутствие плодного яйца. Часто определяются увеличенные кистозные яичники.

ЛЕЧЕНИЕ

Немедленная эвакуация из полости матки элементов пузырьного заноса, с последующим проведением серийного мониторинга ХГ в течение 6 месяцев. Если уровень ХГ не изменяется или повышается, тогда может быть предположен рецидив и необходимо начать химиотерапию – метотрексантом. Тека – лютеиновые овариальные кисты не требуют лечения и рассосутся после эвакуации пузырьной ткани.

Примерно у 20 % женщин с полным пузырьным заносом имеются случаи рецидива в форме заноса который прорастает в миометрий или становится агрессивно метастатическим.

Тактика ведения больных после опорожнения пузырьного заноса:

После удаления пузырьного заноса во избежание развитие метостазов, инвазивного пузырьного заноса и хорионэпителиомы целесообразно в условиях стационара проведения профилактического курса химиотерапии.

Показаниями для данной химиотерапии являются:

1. Выраженная пролиферация и анаплазия хориального эпителия.
2. Отсутствие прогрессивного снижения титра ХГ после удаления пузырьного заноса.
3. Отсутствие условий для исследования ХГ в динамике, отдаленное место жительства, отсутствие медицинских учреждений.

Для профилактической химиотерапии применяется:

1. Метотрексат 120 мг на курс лечения интенсивным либо прерывистом методом. При интенсивном - 20 мг ежедневно в течение 6 дней, при прерывистом - 20 мг через 2-3 дня, всего 6 раз.
2. Актимидин «Д» в/в по 12 мг на кг массы, курс лечения 5 дней.

Диспансерное наблюдение больных проводится в течение 2 года. При каждой явке должен проводиться общий осмотр, осмотр молочных желез, выделения из сосков и гениталий, исследования мочи на ХГ. При осмотре гениталий обращать внимание на характер выделений, цвет слизистой влагалища и шейки, консистенции шейки и тела матки, величину матки и яичников. Срок обследования диспансерных больных – через 2,4,6,8,12 недель после опорожнения пузырьного заноса, затем в течение года ежемесячно, в дальнейшем 1 раз в 3 месяца.

Симптомами возможного развития хорионэпителиомы после пузырьного заноса являются:

Длительная персистенция положительных реакций на ХГ либо, что еще более неблагоприятно, появления положительной реакции после бывших отрицательных.

Кровянистые выделения, продолжающиеся после выскабливания либо появившиеся после некоторого перерыва, любой интенсивности.

Субинволюция матки.

Сохранения элементов эмбриона после опорожнения пузырьного заноса и прогрессирующее лютеиновых кист.

При подозрение на развивающуюся хорионэпителиому необходимо:

Количественное определение ХГ.

Рентгенография грудной клетки для выявления метастазов.

Диагностическое выскабливание полости матки с гистологическим исследованием удаленной ткани. При гистологическом исключении хорионэпителиомы, но при положительной биологической реакции рекомендуется повторять их через каждые 10-15 дней. В случае положительных результатов или повышении титра ХГ – лапаротомия, так как в этих случаях не исключается интерстициальная или субсерозная локализация хорионэпителиомы.

В течение диспансерного наблюдения больным следует рекомендовать предохранения от беременности. При наступлении беременности в течение этого времени необходимо проведение реакций на ХГ с кипяченной мочой, рентгенография грудной клетки, наблюдение за соответствием размеров матки к сроку беременности. В родах профилактика кровотечения, осмотр для исключения повторного частичного пузырного заноса. При благоприятном исходе родов у диспансерных больных они снимаются с учета.

Ситуационные задачи

Задача №1

Больная С., 32 года, доставлена машиной скорой помощи в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота больше справа, иррадиирующие в прямую кишку, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились ноющие боли в правой паховой области, которые быстро нарастали в своей интенсивности и вскоре стали иррадиировать в область прямой кишки. Дома была тошнота, однократная рвота, кратковременная потеря сознания. Во время транспортировки появились скудные кровянистые выделения из половых путей.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, акроцианоз, тахипное. АД - 70/40 мм рт. ст. Ps - 120 уд/мин., слабого наполнения. При пальпации отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность в нижних отделах живота, где выражен симптом Щеткина-Блюмберга, притупление перкуторного звука до уровня пупка.

Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки и влагалище бледные. Из цервикального канала скудные темные, кровянистые выделения. Бимануально: исследование затруднено из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности. Матка и придатки четко не определяются. Влагалищные своды уплощены, особенно задний, резко болезненный («крик Дугласа»), движения за шейку также резко болезненные, симптом «плавающей» матки.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие заболевания имеют схожую клиническую картину?
3. Какова врачебная тактика?
4. Предполагаемый объем операции?
5. Реабилитационные мероприятия?

Задача №2

Больная Ф., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на периодически повторяющиеся боли в правой паховой области, тошноту, мажущие кровянистые выделения из половых путей, слабость. Анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация полтора месяца назад, впервые отмечает задержку месячных. Половая жизнь с 22 лет, были одни роды и один медицинский аборт, осложнившийся воспалением придатков матки, лечилась в стационаре. В течение трех лет от беременности не предохраняется. Соматически здорова. В связи с задержкой месячных считала себя беременной, беременность была желанной. Два дня назад появились скудные темные кровянистые выделения, самочувствие оставалась удовлетворительным, к врачу не обращалась. В течение последних суток беспокоят периодические боли в правой паховой области, ночью они усилились, стали иррадиировать в задний проход, появилась тошнота. Кровянистые выделения продолжаются, усилились. Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37°. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Со стороны органов грудной клетки без патологии. Передняя брюшная стенка не напряжена, участвует в акте дыхания, в правой подвздошной области отмечается болезненность. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Гинекологическое исследование: наружные половые органы и влагалище без особенностей. В зеркалах: шейка цилиндрическая, несколько цианотична, из наружного зева темно-красные, дегтеобразного вида, незначительные выделения. Вагинально: матка в антефлексии, несколько увеличена, шаровидной формы, размягчена, подвижная, безболезненная. Левые придатки без особенностей. Справа от матки определяются увеличенные и болезненные придатки, имеющие ретортообразную форму. Пальпация заднего свода умеренно болезненная. Влагалищные своды глубокие.

1. Предполагаемый диагноз?
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Составьте план обследования.
 4. Врачебная тактика в случае подтверждения диагноза?
 5. Предполагаемый объем операции в случае оперативного лечения?
1. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности
 - а) 11-12 недель
 - б) 9-10 недель
 - в) 7-8 недель
 - г) 4-6 недель
 - д) все перечисленное неверно
 2. Беременность, локализующаяся в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности
 - а) 1-2 недели
 - б) 3-4 недели
 - в) 5-6 недель
 - г) 7-8 недель
 - д) все перечисленное неверно
 3. У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность.

Показано

- а) консервативное противовоспалительное лечение
- б) операция
- в) гемотрансфузия
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

4. При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано
- а) немедленное переливание крови
 - б) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
 - в) надежный гемостаз
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
5. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача
- а) немедленная операция
 - б) операцию можно произвести в плановом порядке
 - в) возможно консервативное лечение больной
 - г) верно все перечисленное
 - д) все перечисленное неверно
6. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает
- а) электрофорез лекарственных средств
 - б) ультразвуковую терапию
 - в) гормональную терапию
 - г) верно а) и б)
 - д) все перечисленное
7. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее
- а) 2-3 недель
 - б) 4-5 недель
 - в) 6-7 недель
 - г) 8-9 недель
 - д) 10-11 недель
8. Клинические признаки перитонита
- а) вздутие живота
 - б) парез кишечника
 - в) прогрессирующая тахикардия
 - г) все перечисленные
 - д) ни один из перечисленных
9. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой
- а) скудные кровянистые выделения из половых путей
 - б) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
 - в) при влагалищном исследовании - увеличение и болезненность придатков
 - г) верно б) и в)

- д) верно все перечисленное
10. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой
- внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
 - иррадиация боли в плечо
 - тошнота (или рвота)
 - верно а) и в)
 - верно все перечисленное
- 11. Медицинская реабилитация больной, оперированной по поводу перекрута ножки опухоли яичника, состоит в проведении**
- противовоспалительной рассасывающей терапии
 - коррекции функции оставшегося яичника
 - контрацепции мужским механическим средством
 - всего перечисленного
 - ничего из перечисленного
12. Возможным источником кровотечения из яичника является
- желтое тело
 - фолликулярная киста яичника
 - киста желтого тела
 - все перечисленное
 - ничего из перечисленного
13. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности
- гемотрансфузия, операция
 - консультация терапевта, анестезиолога, операция
 - ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция
 - операция, гемотрансфузия
 - применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция
14. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать
- с самопроизвольным выкидышем малого срока
 - с обострением хронического сальпингоофорита
 - с дисфункциональным маточным кровотечением
 - верно а) и б)
 - со всем перечисленным
- 15. Шоковый индекс - это**
- отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
 - отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
 - отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0.5
 - отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0.5
 - ничего из перечисленного

Темы самостоятельных работ

№	Темы самостоятельных работ	часы

1.	Личная гигиена беременных и родильниц. Рацион питания кормящих . Амбулаторное ведение родильниц. Осложнения и диагностика их. Послеродовая депрессия.	6
2.	Совместное пребывание матери и дитя. 10 принципов грудного вскармливания. Гипогалактия. Техника прикладывания к груди. Противопоказания к грудному вскармливанию.	6
3	Диагностика асфиксии новорождённого и методы реанимации. Уход новорождённого.	6
4	Охрана репродуктивного здоровья женщин с ССЗ. Планирование семьи.	6
5	Охрана репродуктивного здоровья женщин с заболеваниями почек. Планирование семьи.	6
6	Ведение беременности с перерастянутой маткой (Многоводие, многоплодие) Диф. Диагностика. Ведение.	6
7	Ведение беременности у юных, возрастных первородящих.	6
8	Охрана репродуктивного здоровья женщин с сахарным диабетом и с заболеваниями печени. Планирование семьи.	6
9	Охрана репродуктивного здоровья женщин с анемией. Планирование семьи.	6
10	Охрана репродуктивного здоровья женщин с гипертензивными заболеваниями в анамнезе. Планирование семьи.	6
11	Кисты и кистомы яичников. Диагностика и ведение.	6
12	Охрана репродуктивного здоровья женщин с антифосфолипидным синдромом. Планирование семьи.	6
13	Скрининговые программы по раннему выявлению рака молочной железы и ш\ матки. Вакцинация.	6
14	Нормальный менструальный цикл и её регуляция. НМОЦ.	6
15	Желтуха у беременных. Диф. Диагностика. Ведение. Виды редких форм токсикозов. Тактика ВОП.	6
16	Тромбоэмболические осложнения беременности. ДВС- синдром.	5
17	Охрана репродуктивного здоровья женщин с ИППП. Планирование семьи. Планирование семьи	5
18	Генитальные травмы. Диф. Диагностика. Ведение после операции.	5
19	Острый живот в гинекологии. Диф. Диагностика. Ведение	5
20	ПОНРП. ПП. Геморрагический шок.	5
21	Коагулопатические кровотечения. ДВС.	5
22	Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Травмы мягких тканей родовых путей.	5
23	Роль резус фактора в акушерстве. Осложнения во время беременности. Резус-конфликт.	5
24	Неправильные положения плода.	5
25	Ведение женщин с рубцом на матке. Кесарево сечение.	5
26	Оздоровление и женщин климактерического периода. Профилактика остеопороза.	5
27	Роль витамина Д в репродуктивной системы женщин.	5
	Итого	150

Перечень практических навыков

18. Определение срока беременности и родов
19. Определение предполагаемой массы плода
20. Осмотр в зеркалах
21. Бимануальный осмотр
22. Наружный акушерский осмотр
23. Взятие мазка по Папаниколау.
24. Измерение базальной температуры.
25. Определение симптома «зрчка»
26. Определение растяжимости слизи шейки матки
27. Введение ВМС
28. Удаление ВМС
29. Определение чистоты влагалища.
30. Неотложная помощь при эклампсии
31. Прижатие брюшной аорты
32. Активное ведение 3 периода родов
33. Первичная обработка культи пуповины
34. Обработка глаз новорожденного
18. Первичное прикладывание новорожденного к груди.

4.1. Список учебников и учебных пособий.

Основная литература:

2. Нажмутдинова Д.К., Юлдашева Д.Ю., Садикова Д.Р., Шодиева Х.Т. “Акушерлик ва гинекологиядаги инновацион амалиётлар”. Ўқув қўлланма. -Ташкент. “RIO TMA” нашриёти. 2019 й.
2. Gabbarova Y.Q., Aurova F.M. “Akusherlik”. Дарслик. - Тошкент “Мехридаре” нашриёти. 2013 й.
3. Aurova F.M., Gabbarova Y.Q. “Ginekologiya”. Дарслик. - Тошкент. “Мехридаре” нашриёти. 2015 й.

Дополнительная литература:

25. Под редакцией В.Е. Радзинского и А.М. Фукса. « Акушерство». Учебник. -Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2016 г.
26. Под редакцией В.Е. Радзинского и А.М. Фукса. « Гинекология». Учебник. -Москва. ГОЭТАР-Медиа. 2014 г.
27. Стандарт антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико санитарной помощи. Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан. UNFPA. 2016г.
28. Шехтман М.М. «Экстрагенитальная патология и беременность». Учебник. - Москва. Медицина. 2005 г.
29. Под редакцией Г.М. Савельевой. «Гинекология». Учебник. -Москва. Медицина. 2009 г.
30. Нажмутдинова Д.К. и соавт. “Передовые практики в акушерстве и гинекологии”. Практическое руководство. - Ташкент. Vaktriapress. 2017 г.
31. Медицинские критерии приемлимости для использования методов контрацепции. 5-е издание.UNFPA. 2015 г.
32. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. - Ташкент. UNFPA 2008 г.
33. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. - Ташкент. UNFPA. 2008 г.

34. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. - Ташкент. UNFPA 2008г.
35. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
36. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
37. Неонатология. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
38. Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007г.
39. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. - Ташкент. 2004 г.
40. Приказ МЗ № 500 от 13 ноября 2003г. «О реорганизации работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профи лактике внутрибольничных инфекций».
41. Приказ МЗ № 74 от 18 марта 2009 г. «О профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери ребенку в учреждениях системы Министерства здравоохранения».
42. Приказ МЗ № 137 от 18 мая 2012г. «Об организации и обеспечения антенатального ухода и оказания медицинской помощи беременным в учреждениях первичной медико санитарной помощи».
43. “Modernviewspurulent–septiccomplicationinobstetrics”Монография Негматуллаева М.Н., Туксанова Д.И., Ахмедов Ф.К. 2019 й. Германия.
44. «Гинекологияа хамширалик иши» электрон дарслик Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Ахмедов Ф.К., Тошева И.И., Исматова М.И. 2018й. Тошкент.
45. «Акушерлик ва гинекология» Укув кулланма. Ихтиярова Г.А., Ашурова Н.Г., Аслонова М.Ж. 128бет «Бухоро нашриёти» -2019й.
46. “Гинекологияда кон кетишлар” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М. Тошкент. 2017й.
47. “Гинекологияда гормонал терапия” Укув кулланма. Рахматуллаева М.М., Ихтиярова Г.А. Тошкент. 2019й.
48. “Акушерлик ва гинекология” фанидан укув услубий мажмуа. 6- курс даволаш ва тиббий педагогика факультетлари талабалари учун. Бухоро-2019

Сайты интернета:

12. www.tma.uz
13. www.zyonet.uz
14. www.medi.ru
15. www.medlinks.ru
16. www.obgyn.net
17. www.medscape.com
18. www.med-lib.ru
19. www.bsmi.uz
20. www.cochrane.org
21. www.medi.ru, www.medlinks.ru, www.obgyn.net, www.medscape.com
22. www.medland.ru, www.med-lib.ru, www.speclit.spb.ru, www.cochrane.org
www.ksmed.ru/pat/gynecology, www.medsan.ru, www.medtm.ru/gyn.html