

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ №2**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

*Проректор по учебной работе*

*К.м.н.,доц. .... Жарылкасинова Г.Ж*

*« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.*

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

**СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

**Область знаний - 510000 «Здравоохранение»**

**Направление образования:**

5510700 – Высшее сестринское дело

Трудоемкость в часах – 765

В том числе:

Лекции – 40

Практические занятия – 343

Клинических занятия-382

Самостоятельная работа – 429

Бухара – 2019 г.

**Составители:**

**Негматуллаева М.Н.**- д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 Бухарского медицинского института

**Туксанова Д.И.** - доктор медицинских наук зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2

**Ахмедов Ф.К.** – **PhD.**, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №2

**Рецензенты :**

**Ўроқов Ш.Т** – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой «Хирургической болезни, анестезиология и реаниматологии» Бухарского медицинского института

**Каримова Н.Н.** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1

Рабочая программа составлена на основе типовой учебной программы и учебного плана по направлению \_\_\_\_\_, обсуждена и утверждена на \_\_\_\_\_научно методическом Совете

БУХМИ протокол № от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

Методист :

Жумаева Ш .Б.

## ***АННОТАЦИЯ***

Данное учебное пособие предназначено, для преподавания студентам, по предмету «сестринское дело в акушерстве» в рамках подготовки медсестры с высшим образованием. Пособие предназначено для получения глубоких теоретических знаний и навыков, своевременной диагностики и профилактики, оказания своевременной доврачебной и догоспитальной помощи. Обобщены данные о тактике ведения родов, профилактике наиболее часто встречающихся акушерских состояний и заболеваний

## СТРУКТУРА

### РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

#### 1. Введение

##### 1.1. Цели и задачи дисциплины

##### 1.2. Требования к знаниям, умениям и навыкам студентов

В соответствии с указанными целями и задачами после окончания изучения дисциплины акушерство студент должен **знать**:

#### 2. Объем учебной нагрузки

Трудо Емкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).				Самосто- ятельная рабѐта
	Всего	Лекции	Практические занятия	Клинические занятия	
1194	765	40	343	382	429

#### 3. Лекционный курс

##### 3.1. Тематические планы лекционных занятий

№	Название темы лекций	Количество часов
1	Особенности организации сестринского процесса в акушерстве.	2
2	Физиологическая беременность. Физиологические изменения в организме беременных. Питание и гигиена беременных. Биохимические показатели при физиологической беременности. Гравидограмма.	2
3	Биохимические показатели при физиологической беременности. Физиологическое акушерство. Физиологические роды.	2
4	Организация сестринского процесса в родах и послеродовом периоде. Партограмма. Физиологические роды. Причины наступления и регуляция родовой деятельности. Клиника и механизм периодов родов. Послеродовый период. Грудное вскармливание.	2
5	Синдром рвоты и тошноты в акушерстве.	2
6	Гипертензивный синдром в акушерстве.	2
7	Кровотечение во 2 половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предлежание плаценты. Клиника, классификация, диагностика ПП и ПОНРП. Роль ВКМ при активном патронаже беременных с высоким риском. Физиологическая кровопотеря, клинические признаки кровотечения. Определение артериального давления и	2

	пульса.	
8	Синдром кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде.	2
9	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве.	2
10	Иммуноконфликтная беременность.	2
11	Синдром болей в акушерстве. (анатомический и клинический узкий таз)	2
12	Синдром гипертермии в послеродовом периоде.	2
13	Особенности организации сестринского процесса в гинекологии Нормальный менструальный цикл и его регуляция.	2
14	Нарушение менструальной функции. Аменорея. АМК	2
15	Кровотечение I половины беременности.	2
16	Воспалительные заболевания женских половых органов.	2
17	Фоновое и предраковое заболевания.	2
18	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.	2
19	Бесплодный брак.	2
20	Бесплодный брак.	2
	<b>Всего:</b>	40 часов.

#### 4. Практические/клиническое занятия

##### 4.1. Тематические планы практических/клинических занятий

###### Название темы практических/клинических занятий

№	Краткое содержание практического/клинического материала.	Лекционный занятия	практических занятий	клинических занятий	всего
1	Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы обследования беременных женщин.	2	2	2	6
2	Роль ВКМ в сфере акушерства. Организация сестринского процесса при родах и в послеродовом периоде.		2	4	6
3	Методы обследования беременных женщин.	2	2	2	6
4	Патронаж в акушерстве.		2	4	6
5	Физиологическая беременность. Физиологические изменения в организме беременных.		3	3	6
6	Биохимические показатели при физиологической беременности.	2	2	2	6
7	Гравидограмма. Психофизиологическая подготовка. Антенатальной наблюдение.	2	2	2	6
8	Методы диагностики в акушерстве. Организация сестринского процесса в родах и послеродовом периодах.		3	3	6
9	Партограмма.		2	4	6

10	Методы диагностики в акушерстве. Организация сестринского процесса в родах и послеродовом периодах.		3	3	6
11	Физиологические роды. Причины наступления и регуляция родовой деятельности.		2	4	6
12	Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания		2	4	6
13	Роды в тазовом предлежании.		3	3	6
14	Грудное вскармливание.		3	3	6
15	Признаки отделения плаценты. Методы отделения плаценты. Утеротонические препараты. Активное ведение 3 периода.		2	4	6
16	Послеродовый период. Роль медсестры с высшим образованием в ведение послеродового периода.		2	4	6
17	Грудное вскармливание.		3	3	6
18	Синдром рвоты и тошноты в акушерстве.	2	2	2	6
19	Рвота беременных, признаки, степень тяжести, классификация, клиника, диагностика и лечение. Роль медсестры с высшим		3	3	6
20	Питание и гигиена беременных.		3	3	6
21	Современные взгляды на этиопатогенез гипертензивного синдрома. Ведение групп высокого риска. Классификация гипертензивных состояний при беременности. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.	2	2	2	6
22	Современные методы лечения и принципы гипертензивного синдрома. Профилактика гипертензивного синдрома. Беременные с высоким риском на гипертензивный синдром. Гипотензивные препараты. .		3	3	6
23	Беременные с высоким риском на гипертензивный синдром. Гипотензивные препараты.		3	3	6
24	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Анемия и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ.	2	2	2	6
25	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Пиелонефрит и беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ.		3	3	6
26	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. (бронхит, пневмония, бронхиал астма) касалликлари. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у		2	4	6

	беременных женщин с ЭГЗ.				
27	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин с ЭГЗ.		3	3	6
28	Беременность и TORCH инфекция. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий у беременных женщин		3	3	6
29	Иммуноконфликтная беременность. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при иммуноконфликтной беременности.	2	2	2	6
30	Резус фактор в акушерстве. иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода.		3	3	6
31	Невынашивание беременности. Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика. Лечение угрозы преждевременных родов.		2	4	6
32	Перенашивание беременности. Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика.		3	3	6
33	Фетоплацентарная недостаточность. Фетоплацентарная недостаточность, синдром внутриутробной задержки развития плода, экстремальные состояния у плода.		3	3	6
34	Синдром кровотечения в акушерстве. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.	2	2	2	6
35	Кровотечение во II половине беременности. Методы остановки кровотечения. Первичная помощь. Профилактика осложнений. Роль ВКМ при профилактике акушерских кровотечений.		3	3	6
36	Кровотечения в третьем периоде и послеродовом периоде. Неправильное прикрепление плаценты и нарушение рождения последа. Гипо- ва атония матки. Этиология, патогенез, клиника Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях.		3	3	6
37	<b>Синдром кровотечения в акушерстве.</b> Физиологическая кровотеря, клинические признаки кровотечения.		2	4	6
38	Синдром кровотечения в акушерстве. Определение артериального давления и пульса.		3	3	6
39	Причины кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.	2	2	2	6
40	Интимное и истинное прикрепление плацента. Ущемление плаценты. Профилактика осложнений. Роль ВКМ при профилактике акушерских кровотечений.		3	3	6

41	Атония и гипотония матки, задержка частей плаценты. Этиология, диагностика, тактика, профилактика. Методы остановки кровотечения. Первичная помощь.		3	3	6
42	Синдром кровотечения в акушерстве. Геморрагический шок. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, Профилактика осложнений. Роль ВКМ при профилактике акушерских кровотечений.		3	3	6
43	Синдром кровотечения в акушерстве. ДВС — синдром. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, Профилактика осложнений. Роль ВКМ при профилактике акушерских кровотечений.		2	3	6
44	<b>Синдром кровотечения в акушерстве.</b> Причины кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде. Ведение 3 и раннего послеродового периода.		3	3	6
45	Признаки отделения плаценты. Методы отделения плаценты. Утеротонические препараты.		3	3	6
46	Неудовлетворительный прогресс родов. Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ. Узкий таз, этиология, виды, диагностика. Диспропорция таза и головки плода. Дистоция плечиков. Причины функционального узкого таза и симптомы. Осложнения со стороны матери и ребенка и ее профилактика.		3	3	6
47	<b>Узкий таз в современном акушерстве.</b> Понятие об "анатомическом" узком тазе. Этиология, виды, классификация, диагностика узкого таза. Особенности течения родов при плоском узком тазе. Особенности течения родов при поперечносуженном тазе. Особенности течения родов при общеравномерносуженном тазе. Осложненное течение родов при аномалиях костей таза.	2	2	2	6
48	<b>Узкий таз в современном акушерстве.</b> Понятие об "клиническом" узком тазе. Этиология, виды, классификация, диагностика узкого таза. Особенности течения родов при плоском узком тазе. Особенности течения родов при поперечносуженном тазе. Особенности течения родов при общеравномерносуженном тазе. Осложненное течение родов при аномалиях костей таза.		3	3	6
49	Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.		3	3	6
50	Синдром травматизма в родах. Разрывы промежности, матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки.		2	4	6
51	Синдром травматизма в родах. матки, шейки матки и родовых путей. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых путей и матки.		3	3	6
52	Синдром травматизма в родах. Разрывы матки, Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при травматизме родовых		3	3	6



	путей и матки.				
53	Общее понятие об акушерских операциях		2	4	6
54	Асептика и антисептика. Обезболивание. Инструменты.		3	3	6
55	Методы операции кесарево сечения. Патофизиология воспалительного процесса. Возбудители послеродовых		2	4	6
56	Акушерские операции. Акушерские шипцы.		3	3	6
57	Акушерские операции.Вакуум экстракция.		3	3	6
58	Краниотомия. Эмбриотомия.		2	4	6
59	Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.		3	3	6
60	Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о TORCH – инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.		3	3	6
61	Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод. Профилактика вич инфекции от матери ребенку..		3	3	6
62	Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения.Антиретровирусная терапия у ВИЧ – позитивных беременных		2	4	6
63	Методы родоразрешения (элективная кесарево сечение), безопасное ведение родов. Безопасное кормление новорожденного.		3	3	6
64	Высокая температура в послеродовом периоде. сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий	2	2	2	6
65	Высокая температура в послеродовом периоде.Послеродовой эндометрит, сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий		3	3	6
66	Высокая температура в послеродовом периоде. Мастит.Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий.		3	3	6
67	Тромбофлебит. Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий.		3	3	6
68	Сепсис.Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий.		3	3	6
69	История развития акушерства и её философия.	2	2	2	6
70	Роль ВКМ в сфере гинекологии.		3	3	6
71	Анатомия женских половых органов		3	3	6
72	Физиология женских половых органов		2	4	6
73	Пропедевтика гинекологических больных.		3	3	6

74	Современные методы последования в гинекологической практике.		3	3	6
75	Дополнительные методы обследования (УТТ, лапароскопия, гистероскопия, лабораторные обследования)магниторезонанс, томография.		3	3	6
76	Тесты функциональной диагностики.		3	3	6
77	Менструационный цикл. Регуляция месруационного цикла.Яичниковый цикл.	2	2	2	6
78	Регуляция менструального цикла. Маточный и яичниковый цикл.		3	3	6
79	Нарушение менструального цикла.		3	3	6
80	Аменорея. Клиника, диагностика, принципы лечения.		3	3	6
81	Аменорея. Роль ВМК		3	3	6
82	Гормональный гемостаз.		2	4	6
83	Гипоменструал синдром.		3	3	6
84	Нейроэндокринный синдром. Этиология, клиника, диагностика.		3	3	6
85	Климактерический синдром. Роль ВМК.		3	3	6
86	Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК. Ювенильный кровотечение.		3	3	6
87	Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК. Кровотечения в периоде репродуктивное возрасте.		3	3	6
88	Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК. Кровотечения в периоде возрасте Климактерические возрасте.		3	3	6
89	Общее понятие об акушерских операциях.		2	4	6
90	Кровотечение I половины беременности, причины кровотечения. Аборты.	2	2	2	6
91	После абортный контрацепция.		3	3	6
92	Кровотечение I половины беременности.Внематочная беременность. Причины. Виды внематочной беременности.		3	3	6
93	Кровотечение I половины беременности. Пузырный занос, хорионэпителиома. Этиопатогенез, клиника диагностика, методы обследования.		3	3	6
94	Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. внематочной беременности. Роль ВМК		3	3	6
95	Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. Кисты и кистомы. Роль ВМК		3	3	6
96	Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. Острый воспалительный процесс малого таза.		3	3	6
97	Тазовые боли. Апоплексия. Роль ВМК		3	3	6
98	Тазовые боли. Перфорация матки. Роль ВМК		3	3	6

99	Воспалительные заболевания женских половых органов. (Вульвит, вульвовагинит). Роль ВМК	2	2	2	6
100	Воспалительные заболевания женских половых органов. (Кольпит,эндоцервицит). Роль ВМК.		3	3	6
101	Воспалительные заболевания женских половых органов. (эндометрит, сальпингоофарит). Роль ВМК.		3	3	6
102	Воспалительные заболевания женских половых органов. (параметрит). Роль ВМК.		3	3	6
103	Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.		3	3	6
104	Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика.TORCH – инфекции		3	3	6
105	Миома матки. Классификация миома матки. Симптомалогия. Ддиагностика. Осложнения.		2	4	6
106	Симптомная миома матки роль ВМК.		3	3	6
107	Миома матки и ее профилактики.		3	3	6
108	Эндометриоз. Экстрогенитальный эндометриоз. Роль ВМК.		3	3	6
109	Эндометриоз. Генитальный эндометриоз. Роль ВМК.		2	4	6
110	Синдром кровотечение Кровотечение I половины беременности, причины кровотечения.		3	3	6
111	Этиопатогенез, клиника,, диагностика Угражающий выкидыш.		3	3	6
112	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Роль ВМК.	2	2	2	6
113	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Роль ВМК.		3	3	6
114	Фоновое и предраковое заболевания. Роль ВМК	2	2	2	6
115	Фоновое и предраковое заболевания. Роль ВМК		3	3	6
116	Рак шейки и тела матки. Роль ВМК		3	3	6
117	Синдром яичниковой недостаточность. Роль ВМК		3	3	6
118	Бесплодие брак.Женское и мужское бесплодие.	2	2	2	6
119	Женское и мужское бесплодие. Этиология, диагностика и лечения.		3	3	6
120	Роль ВКМ в охране репродуктивного здоровья.		3	3	6
121	Понятие о здоровм образе жизни. Подготовка девушек к половой жизни, гигиена половой жизни.		3	3	6
122	Понятие о материнской смерности.		3	3	6
123	Современные методы контрацепции. Виды контрацепции. Принципы консультации Виды контрацепции. Принципы консультации	2	2	2	6
124	Современные методы контрацепции. ОК.		3	3	6

<b>125</b>	Современные методы контрацепции. ИК.		3	3	6
<b>126</b>	Современные методы контрацепции. ВМС		3	3	6
<b>127</b>	Современные методы контрацепции. Биологический методы контрацепция		3	2	5
<b>128</b>	Понятие о репродуктивном периоде. Роль ВКМ в оздоровлении женщин фертильного возраста.		3	2	5
	<b>Всего:</b>	40	343	382	765

## 5.2. Содержание тем лабораторных занятий

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

## 6. Самостоятельная работа студентов

### 6.1. Тематические планы самостоятельной работы студентов

<b>№</b>	<b>Темы</b>	<b>Часы</b>
<b>1</b>	Анатомия женских половых органов (наружный).	<b>5</b>
<b>2.</b>	Анатомия женских половых органов (внутренний).	<b>4</b>
<b>3.</b>	Современные методы последования в гинекологической практике.	<b>4</b>
<b>4.</b>	Разбор формы истории болезни. Курация гинекологических больных.	<b>4</b>
<b>5.</b>	Причины наступления и регуляция родовой деятельности.	<b>4</b>
<b>6.</b>	Принципы безопасного материнства	<b>4</b>
<b>7.</b>	Партнерский роды.	<b>4</b>
<b>8.</b>	10 принципов грудного вскармливания.	<b>4</b>
<b>9.</b>	Биохимические показатели при физиологической беременности.	<b>4</b>
<b>10.</b>	Лабораторный диагностика в акушерству.	<b>4</b>
<b>11.</b>	Биохимические показатели при физиологической беременности.	<b>4</b>

12.	Оценка состояния и определение нужд беременных женщин.	4
13.	Оценка состояния плода.	4
14.	Аntenатальной наблюдение.	4
15.	Строение плаценты и функции.	4
16.	Партограмма	4
17.	Физиологические изменения в организме беременной женщины.	4
18.	Особенности сестринского процесса в акушерстве. Методы	4
19.	Ранний послеродовой период. Курация больных.	4
20.	Карта беременных.	4
21.	Наружные акушерские обследования ( метод наружного акушерского обследования по Леопольд-Левецкому, аускультация плода).	4
22.	Партограмма.500 приказ.	4
23.	Организация сестринского процесса в родах и послеродовом периодах.	4
24.	Оценка по шкале Апгар.	4
25.	Первичная обработка новорожденного.принципы обработки пуповины.	4
26.	Ранний токсикозы беременных. Курация больных.	4
27.	Ранний токсикозы беременных. Диагностика. Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение.	4
28.	Ранний токсикозы беременных.Опасные симптомы во время беременности.	4
29.	Ранний токсикозы беременных.Наружные акушерские обследования.	4
30.	Ранний токсикозы беременных.Биохимические показатели	4
31.	Ранний токсикозы беременных. Инструментальное обследование	4
32.	Ранний токсикозы беременных.Биохимические показатели	4
33.	Ранний токсикозы беременных. Рвота беременных, признаки, степень тяжести, классификация, клиника, диагностика и лечение. Роль ВМК	4
34.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Курация больных. Анамнез.	4
35.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Анамнез. История болезни.	4
36.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Наружные акушерские обследования.	4
37.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Анамнез. История болезни.	4

38.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Инструментальное обследование	4
39.	Гипертензивный синдром в акушерстве. Роль ВМК.	4
40.	Синдром кровотечения в акушерстве. Курация больных. Роль ВМК.	4
41.	Синдром кровотечения в акушерстве. Анамнез. Роль ВМК.	4
42.	Синдром кровотечения в акушерстве. Наружные акушерские обследования.	4
43.	Синдром кровотечения в акушерстве. Инструментальное обследование	4
44.	Синдром кровотечения в акушерстве. Биохимические показатели.	4
45.	Синдром кровотечения в акушерстве. Роль ВМК	4
46.	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Курация больных. Анемия.	4
47.	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Анамнез. История болезни. Наружные акушерские обследования.	4
48.	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Инструментальное обследование.	4
49.	Синдром гипертермия, болей и общего недомогания в акушерстве. Роль ВМК	4
50.	ЭГЗ (пневмония, гломерулонефрит). Роль ВМК.	4
51.	Иммуноконфликтная беременность. Роль ВМК.	4
52.	Определение группы крови и резуса.	4
53.	Биохимические анализы в гемолитической болезни..	4
54.	Синдром кровотечения в акушерстве. ПОНРП. Роль ВМК.	4
55.	Неправильное прикрепление плаценты и нарушение рождения последа.	4
56.	Активное ведение 3 периода родов. Роль ВМК	4
57.	Гипо- ва атония матки. Этиология, патогенез, клиника Сестринский диагноз, лечение, профилактика и роль мед.сестры в проведении реабилитационных мероприятий при акушерских кровотечениях	4
58.	Активная и пассивная фазы родов. Партограмма.	4
59.	Разрыв матки. Роль ВМК.	4
60.	Синдром травматизма в родах. РОПМ. РОПМ. Роль ВМК. Ручное отделение и выделение последа и ручное обследование полости матки в послеродово периоде. Показания и осложнения в послеоперационном периоде.	4
61.	Лактостаз. Роль ВМК.	4

62.	Мастит. Роль ВМК.	4
63.	Методы обследования гинекологических больных	4
64.	Нормальный менструальный цикл и его регуляция.	4
65.	Нарушение менструальной функции	4
66.	АМК.	4
67.	Аменорея. Роль ВМК.	4
68.	Гормональный гемостаз	4
69.	Общее понятие об акушерских операциях.	4
70.	Общее понятие об акушерских операциях. Роль ВМК	4
71.	Артифициальный аборт.	4
72.	Артифициальный аборт. Диагностика и принципы ведения беременных в различных стадиях аборта. Профилактика аборта.	4
73.	Синдром боли. Острый живот.	4
74.	Внематочной беременности. Клиника, диагностика.	4
75.	Доброкачественные опухоли яичников.	4
76.	Острый воспалительный процесс малого таза.	4
77.	Миома матки симптоматология. диагностика.	4
78.	Симптомная миома матки.	4
79.	Симптомная миома матки.	4
80.	Профилактика миомы матки.	4
81.	Кровотечение I половины беременности, причины кровотечения.	4
82.	Угрожающий выкидыш. Этиопатогенез, клиника, диагностика.	4
83.	Гипертермия, синдром боли.	4
84.	Гипертермия, синдром боли.	4
85.	Воспалительные заболевания женских половых органов.	4
86.	Воспалительные заболевания женских половых органов.	4
87.	Воспалительные заболевания женских органов. Пути проникновения и распространения инфекции.	4
88.	Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика. TORCH – инфекции. Хламидия.	4
89.	Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика. TORCH – инфекции. Корь.	4

90.	Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика. TORCH – инфекции. ЦМВ	4
91.	Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика. TORCH – инфекции.	4
92.	Синдром недостаточность яичника.	4
93	Климактерический синдром.	4
94	Бесплодный брак.	4
95.	Женское и мужское бесплодие. Классификация женского бесплодия, трубное и эндокринное бесплодие..	4
96.	Женское и мужское бесплодие. Методы обследования диагностика, принципы лечения.	4
97.	Роль ВКМ в охране репродуктивного здоровья	4
98.	Понятие о материнской смерности..	4
99.	Понятие о репродуктивном периоде. Роль ВКМ в оздоровлении женщин фертильного возраста.	4
100.	Современные методы контрацепции.	4
101.	Современные методы контрацепции.	4
102.	Современные методы контрацепции.показание, противопоказание.	4
103.	Роль ВКМ в оздоровлении женщин фертильного возраста.	4
104.	Виды контрацепции .Ок	4
105.	Виды контрацепции ИК	4
106.	Виды контрацепции. ВМС	4
107.	Виды контрацепции. Экстренная контрацепция.	4

## 6.2. Содержание тем СРС

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

- № лабораторного занятия
- № соответствующей темы лекции
- Название темы лабораторного занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий
- Названия тем выделяются жирным шрифтом
- Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)
- 

## 7. Перечень практических навыков



## 8. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в **целом по дисциплине** распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

По семестрам баллы распределяются в зависимости от продолжительности изучения предмета.

Критерием оценивания практических занятий является текущая оценка, состоящая из контроля подготовленности студента к занятию и оценки качества выполнения задания.

### Фойдаланиладиган адабиётлар рўйхати

#### *Асосий :*

1. Сестринское дело в акушерстве (учебное пособие). М.Н. Негматул-лаева, Г.А. Ихтиярова, Н.Н. Каримова, Л.В. Саркисова. Ташкент. 2011
2. Кадирова А.А., Джаббарова Ю.К. Акушерлик. Дарслик. Ташкент 1993, 43 бет.
3. Аюпова Ф.М. Акушерлик дарслиги узб. тилида. 2008 йил 415 бет.
4. Краснов А. Ф.-“Сестринское дело” Москва – 2000 г. (I – III том). Электронный учебник

#### *Кўшимча:*

1. Акушерство ва гинекологиядан маърузалар. Клиник маърузалар Г.Н. Савелева тахрири остида. М; Медистина 2000й., 48 бет
2. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007

4. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2009
8. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2009
9. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2009.
10. Клиническое руководство по ведению нормальных родов. Т 2009.
11. Антенатальный уход (Учебно-методическое пособие). Т. 2010
12. www. Зиё. Нет
13. Соране <http://www.упдате-софтваре.ком/Сочране/дефавлт.ТМ>
14. ПубМед, Медлине - [www.нсби.нлм.ни.гов/ПубМед](http://www.нсби.нлм.ни.гов/ПубМед)
15. Сайт "Интернет-сообщества исследователей в области медицины и биологии" <http://www.бмн.ком/>
16. Медсонсулт - [www.мдсонсулт.ком](http://www.мдсонсулт.ком)
17. “акушерлик ва гинекологияда ҳамширалик иши” ўқув услубий мажмуаси 3- курс ОХИ акушерлик иши йўналиши талабалари учун. Бухоро-2019.

### ***Интернет сайтлари***

[бухми@маил.ру](mailto:бухми@маил.ру)

[зиёнет.уз](http://зиёнет.уз)

[@висенна.уз](http://@висенна.уз)

**Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти**

[www.обгйнбухми.народ.ру](http://www.обгйнбухми.народ.ру)

Интернет сайтлар манзиллари:

[www.меди.ру](http://www.меди.ру), [www.медлинкс.ру](http://www.медлинкс.ру), [www.обгйн.нет](http://www.обгйн.нет), [www.медссапе.ком](http://www.медссапе.ком),

[www.медланд.ру](http://www.медланд.ру), [www.мед-либ.ру](http://www.мед-либ.ру), [www.спеслит.спб.ру](http://www.спеслит.спб.ру), [www.сочране.орг](http://www.сочране.орг),

[www.ксмед.ру/пат/гйнесологй](http://www.ксмед.ру/пат/гйнесологй), [www.медсан.ру](http://www.медсан.ру), [www.медтм.ру/гйн.хтмл](http://www.медтм.ру/гйн.хтмл),

[www.дир.русмедсерв.ком/индекс/спесалиитй](http://www.дир.русмедсерв.ком/индекс/спесалиитй), [www.хеалтхуа.ком/нармс/гйнаесологй](http://www.хеалтхуа.ком/нармс/гйнаесологй)

## Тема №1. Особенности организации сестринского процесса в акушерстве. Определение сестринского дела (цель, роль, и функция).

Время занятия-240 мин	Кол-во студентов: до 10-12
Форма занятия	Практическое занятие
План практического занятия:	1.Введение 2.Теоретическая часть 3.Практическая часть - курация больных - алгоритм практических навыков на муляжах - разбор истории болезни 4.Аналитическая часть - ситуационная задача - тестовый контроль  - обучающая игра
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями гинекологических болезней и уход за гинекологическими больными.
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

### Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		<b>10</b>
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры, слайды,	Опрос , объяснение	<b>50</b>

	видеофильмы и др.)		
3	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация	Курация больного	<b>80</b>
4	Подведение итогов обсуждения		<b>20</b>
5	Интерактивные игры.(слабое звено)	Деловые игры клинические ситуационные задачи	<b>20</b>
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	<b>50</b>
7	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	<b>10</b>

## **Особенности организации сестринского процесса в акушерстве. Определение сестринского дела (цель, роль, и функция).**

Во второй половине нынешнего столетия сестры стали признавать необходимость в определении и описании уникальной функции сестринского дела. Большинство людей, о которых когда-либо заботились сестры, знают на своем опыте, что сестринское дело вносит свою особую лепту в заботе об их здоровье и этот вклад качественно отличается от вклада другого персонала здравоохранения и социальных работников. Такое практическое знание заставляет людей поверить, что сестринское дело является существенным компонентом системы здравоохранения.

Сестринское дело отличается большой разнообразностью, и суть его заключается в реагировании на различные потребности и контексты сестринского ухода.

Изучение целей и ценностей сестринского дела показывает, какие общие черты сестринского дела имеет с другими профессиями здравоохранения и что его отличает от них.

Цели сестринского дела в различной степени разделяют и другие работники здравоохранения.

**К таким целям относятся:**

- помощь человеку, семье, группе в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья и благополучия в контексте их социального и экологического окружения;

- укрепление и сохранение позитивного здоровья;

- максимальное вовлечение человека в заботу о своем здоровье;

- предотвращение нарушений состояния здоровья;

- облегчение или снижение до минимума отрицательного воздействия плохого здоровья или болезни на личность;

- удовлетворение потребностей людей физической, немощностью или смерти;

- убеждения и ценности, на которых основывается сестринское дело, становятся все более важными также и для других работников здравоохранения.

**Они включают:**

- признание и уважение личности каждого человека;

- убеждение в том, что люди являются сложной целостностью (холизм);

- признание факторов, влияющих на человеческий опыт в отношении здоровья болезни;

- признание потребности в укреплении и сохранении здоровья на протяжении жизни;

- убеждение в том, что люди имеют право на участие в принятии решений относительно получаемого ухода.

Практическое сестринское и акушерское дело должно сосредоточиться на:

- в укреплении и сохранении здоровья и профилактике заболеваний;

- привлечение индивидуумов, семей и общин к оказанию помощи и представлению им возможности в большей мере отвечать за свое здоровье;

- активной работе по уменьшению неравенства в службах здравоохранения и удовлетворению потребностей всего населения, в особенности тех его слоев, которые получают неадекватную помощь;

- в межотраслевом и межсекторальном сотрудничестве;

- в обеспечении качества обслуживания и соответствующем использовании технологии;

- в изменении структуры и ориентации основных программ сестринского образования для подготовки сестер, которые смогут по-новому работать как в больнице, так и на коммунальном уровне.

Сестринское дело в акушерстве одновременно является искусством и наукой, которые требуют понимания и применения знаний и навыков, присущих данной дисциплине. Знания и методы работы медицинских сестер с высшей квалификацией основываются на достижениях гуманитарных, физических, социальных, медицинских и биологических наук.

### **Имеются четыре функции сестры:**

**Первая** заключается в представлении сестринского ухода и управлении им, будь то профилактика, лечение, реабилитация или поддержка человека, семьи или группы. Эта работа наиболее эффективна, если основана на серии логических шагов, а именно:

- оценка потребностей человека, семьи или группы и определение имеющихся и необходимых для этого ресурсов;

- определение потребностей, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода, а также тех проблем, решение которых следует передать в руки других профессиональных работников;

- установление первоочередности потребностей здоровья, которые могут быть удовлетворены посредством сестринского ухода в определенном порядке;

- планирование и оказание необходимого сестринского ухода;

- вовлечение индивидуума во все аспекты ухода и поощрение участия населения в заботу о самих себе и самоопределение во всех вопросах, касающихся здоровья;

- документирование сделанного на каждом этапе сестринского процесса и использование этой информации для оценки результатов сестринского ухода с точки зрения индивидуума, семьи, группы, общины или самой сестры, которая принимала в этом участие, а также системы, в рамках которой была оказана помощь;

- использование принятых и уместных культурных, этических и профессиональных стандартов.

**Вторая функция** сестринского дела заключается в обучении пациентов и профессионалов здравоохранения.

*Сюда входят:*

- оценка знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;

- подготовка и предоставление нужной информации на соответствующем уровне;

- организация компаний пропаганды здоровья и участие в них;

- оценка результатов подробных просветительных программ;

- помощь сестрам и другому персоналу в приобретении новых знаний и навыков;

- применение принятых о соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов.

**Третья функция** заключается в исполнение роли эффективного члена медико-санитарной бригады:

- сотрудничество с индивидуумами, семьями, общинами и другими работниками здравоохранения в целях планирования, организации, управления и оценки сестринского ухода, как компонента единой системы службы здравоохранения;
- выполнение функции лидера сестринской бригады, в которую могут входить другие сестры, вспомогательный персонал и пользователи сестринского ухода;
- переадресование работы и функции сестры другому сестринскому персоналу и поддержка их деятельности;
- ведение переговоров с пациентом по претворению плана ухода за ним;
- сотрудничество с другими людьми в межотраслевых и межсекторальных бригадах при планировании, разработке, координации и оценке службы здравоохранения;
- сотрудничество с другими профессиональными в целях создания надежной и гармоничной рабочей обстановки, способствующей нормальной работе бригады;
- активное участие в разработке политики и планирования программы, в определении приоритетов и распределении ресурсов;
- участие в подготовке докладов руководству на местном, региональном и национальном уровне.

**Четвертая функция** заключается в развитии сестринской практики через критическое мышление и исследование, а именно:

- внедрение новаторских методов работы для достижения лучших результатов;
- определение областей исследований для расширения знаний и развития навыков сестринской практики или образование и участие, если потребуется, в таких исследованиях;
- использование приемлемых и уместных культурных, этических и профессиональных стандартов для осуществления руководства сестринскими исследованиями.

### **Сестринский процесс.**

Сестринский процесс – это особый способ мышления и действия, используемый для определения, предотвращения действительных или потенциальных проблем со здоровьем и в содействии здоровому образу жизни.

Первым, кто описал уход за больными, как процесс был Холл (1961). Термин сестринский процесс для обозначения этапов сестринского ухода впервые использовали Джонсон(1959), Орландо(1961) и Виденбах (1963). В начале своего развития сестринский процесс имел три этапа, в настоящее время их насчитывается пять.

Пользуясь сестринским процессом как основой, Американская Ассоциация медсестер в 1973 году разработала стандарты для оценки качества ухода, который

предоставляют медсестры. Следующие характеристики описывают природу сестринского процесса и расширяют его определение.

1. Сестринский процесс (динамический и циклический уход) – это постоянная оценка изменяющихся реакций больной на уход в целях необходимого пересмотра плана ухода за больным. Ранее завершенные этапы постоянно пересматриваются для точности и соответствия.
2. Сестринский процесс, сконцентрированный на пациента, включает план ухода за больными, основан на нуждах и состоянии пациента, организуется в рамках проблем пациента, а не в соответствии с интересами ухода.
3. Сестринский процесс – целенаправленные действия по уходу, рассматривающиеся и основывающиеся больше на принципах, чем на традиции («Мы всегда делали так»). Выбираются такие порядки по уходу за больными, какие необходимые для достижения цели пациента.
4. Сестринский процесс - гибкий процесс по уходу за больными может быть применен к клиентам любого возраста, с любым медицинским диагнозом и в любой момент болезни или здорового состояния.
5. Сестринский процесс, ориентированный на проблему. Это значит, что планы по уходу организуются в соответствии с проблемами пациента. Конечно же, сестринский процесс не сможет устранить все проблемы пациента. Тогда целью сестринского процесса становится облегчение их до возможности предела, поддержание сил пациента.
6. Сестринский процесс - мыслительный процесс. Он привлекает интеллектуальные способности для решения проблем и принятия решения. Сестры используют критическое мышление для систематического и логического применения знаний по уходу, что дает ей возможность определить их значение и спланировать соответствующий уход.
7. Сестринский процесс, ориентированный на действия, не заканчивается составлением плана по уходу, а продолжается, выполняя и оценивая этот план.

**Существует пять главных этапов, составляющих сестринский процесс (ОДПВИ)**





- 1. Оценка (сбор факторов)** – сестра собирает информацию, необходимую для определения проблем больной и планирования ухода. Данные собираются посредством осмотра клиентов и опроса их семьи, а также с помощью их медицинских карт и других источников. На этом этапе никаких заключений о данных не ставится.
- 2. Диагностика (В чем проблема?).** Во время диагностики сестра анализирует собранные данные, а затем определяет состояние больной, а также реальные и потенциальные проблемы его здоровья. Диагнозы записываются в виде точных формулировок о состоянии и этиологии (или причины) здоровья. Выявленные проблемы приоритизируются и составляют основу для оставшихся этапов.
- 3. Планирование. Чего вы ожидаете? Как этого добиться?** На этом этапе сестра работает с больной для установки целей по предотвращению, коррекции или облегчению проблем со здоровьем. Затем она определяет действия, которые должны привести к достижению этих целей. Стадия планирования заканчивается, когда проблемы, цели и порядок ухода записан в плане по уходу за больной.
- 4. Выполнение (осуществление, передача и документирование).** Сестра передает план ухода другим членам команды медицинской помощи, например другой смене. Действия по уходу, указанные в плане, выполняются или передаются другим. Последним действием на данном этапе является запись проведенного ухода и реакции больной в соответствующих документах.
- 5. Итоговый анализ (Имеется ли результат?).** На этом этапе сестра определяет состояние клиента в качестве критерия, используя цели ухода. После выполнения действия по уходу по реакциям больной она определяет, какие действия были полезными, а какие нет. Сестринский процесс цикличен: сестра постоянно должна пересматривать предыдущие этапы оценки, диагностики, планирования и выполнения для определения того, что эффективно и что следует изменить.

Необходимые качества и отношения медсестры способствуют успешному использованию сестринского процесса. Эти качества, в дальнейшем, вы можете развивать знанием, старанием и практикой.

*Интеллектуальные (мыслительные) способности*, используемые в сестринском процессе, это творческое и критическое мышление, решение проблем и принятие решений.

*Коммуникабельность* включает вербальные и невербальные виды деятельности, используемые в общении человека с человеком. Реализация ухода происходит во взаимоотношениях сестры и больной. Развитие доверительных взаимоотношений зависит от умения общаться – слушать и выражать сочувствие, проявлять интерес и передавать информацию.

*Проницательность и интуиция* необходимы для нахождения новых и лучших способов исполнения своей деятельности.

Соответствующее осуществление сестринского процесса содействует сотрудничеству членов команды по уходу за больными, так они работают вместе над осуществлением плана ухода. Общение улучшается, когда все члены команды чтят систематический, организованный подход. Если командная работа прогрессирует, и каждый чувствует удовлетворение от выполнения эффективного, персонального ухода, то рабочая атмосфера становится положительной.

Первым этапом сестринского процесса является оценка – систематический сбор важных данных о пациенте, которые используются медсестрами для определения проблем

здоровья, планирования ухода и оценки результатов. Данные классифицируются на субъективные и объективные. Субъективные данные называются скрытыми, или симптомами, объективные – открытыми, признаками.

Субъективные данные могут быть получены только из беседы больной. Они включают мысли, уверенность, чувства, восприятие, понимание пациента как самого себя, как и своего здоровья.

Объективные данные могут быть выявлены кем-то другим, но не пациентом. Обычно их получают при наблюдении и осмотре пациента. На первом этапе медсестра с высшей квалификацией собирает, утверждает, записывает, упорядочивает данные по категориям.

**Опрос производится по следующему плану:**

- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.
- Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.
- Наследственность, перенесённые заболевания (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные гинекологические заболевания), заболевания мужа.
- Характер функций половой системы:
  - а) Менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивногенеративной), г) секреторной.

- Наличие болей и их характер.
- Последняя менструация
- Первое шевеление плода
- Условия быта и труда.
- Развитие настоящей беременности.

Пациент является первичным источником данных, все другие – вторичным.

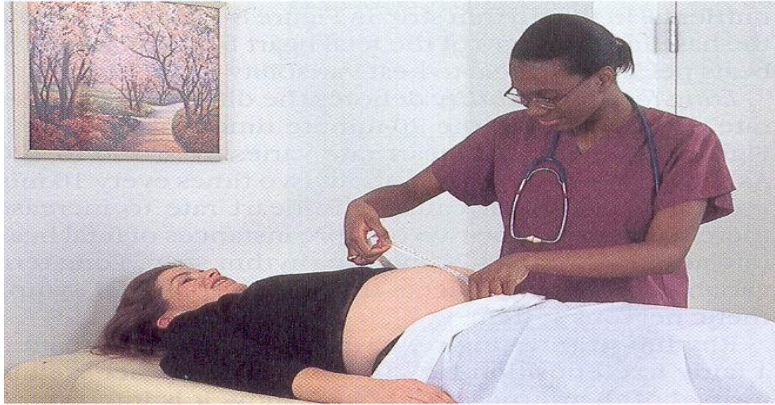
Второй этап – диагностика используется для диагностической аргументации при итоговом анализе и составлении заключений о статусе здоровья пациента. Медицинские сестры проверяют эти заключения с пациентом, выбирают стандартизированные метки и заносят их в план ухода. На данном этапе сестра должна выполнять акушерские исследования:

- Метод Леопольда-Левицкого
- Пельвиометрия
- Выслушивание сердцебиения плода
- Определение предполагаемого веса плода
- Вагинальный осмотр



## ***Рисунок 2***

Качество собранных во время оценки данных влияет на точность диагноза уходу. Диагностика также влияет на стадии планирования, выявленные при диагнозе, должны находиться в фокусе планируемого ухода за пациентом. Будучи точно и аккуратно определенными, они помогают медсестре в выработке соответствующих задач и указаний по уходу.



## ***Рисунок 3***

Сестринские диагнозы способствуют индивидуальному уходу за конкретным пациентом. Даже если пациенты с одинаковым медицинским состоянием нуждаются в схожем уходе медицинской сестры, приоритеты этого ухода могут быть различными для каждого пациента. Сестринский диагноз используется для того, чтобы сконцентрировать внимание на индивидуальных нуждах пациента.

В третьем этапе в сестринском деле является планирование.

На основании данных о пациенте и его семье медицинская сестра устанавливает цели из диагностического заключения и определяет деятельность по уходу, необходимую для достижения этих целей. Целью конечным продуктом этой стадии является целостный письменный план ухода, приведенный в соответствие с проблемами и состоянием пациента.

Планирование может осуществляться любой медсестрой, которая работает с пациентом. Оно делается, как только поступает новая информация и оценивается реакция больной на проводимое лечение. Начальный план лечения индивидуализируется по мере того, как медсестра узнает пациента.

Планирование также осуществляется при составление плана по уходу в начале каждого дня. В ежедневном планировании следует использовать поступающие данные по оценке для выполнения, следующего плана:

1. Определить, изменилось ли состояние больного.
2. Определить приоритеты в уходе за больным.
3. Установить, на какие проблемы сфокусировать внимание в течение смены.
4. Скоординировать деятельность так, чтобы уметь решать проблемы при каждом контакте с больными.

Четвертый этап сестринского процесса- выполнение (реализация действия) – это стадия работы медицинской сестры, в которой она выполняет действия, необходимые для достижения целей по состоянию здоровья пациента. Видами действия на этой стадии являются делегирование и производство записей. Заканчивается 4 этап, когда действия медсестры и результирующие реакции пациента занесены в схему пациента.

**Постоянная сестринская документация состоит из следующих форм:**

1. Первоначальная исчерпывающая сестринская оценка (базы данных на момент приема).
2. Индивидуализированный план ухода.
3. Карты лечения.
4. Итоговая запись при выписке пациента.

Таким образом, итоговый анализ повышает эффективность лечения за счет прекращения неэффективных вмешательств и позволяет медицинской сестре сконцентрироваться на действиях, которые оказались более эффективными. Только благодаря итоговому анализу прогресса пациента медсестра может продолжить, изменить или прекратить выполнение плана.

Наконец, увязывая вмешательства медсестры с улучшением состояния пациента, итоговая оценка демонстрирует работодателям и потребителям, что медицинские сестры играют важную роль в лечении пациента.

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшим образованием должны работать в соответствии с Приказом МЗ Руз №500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций» и № 81 от 3.03.06 г « О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедиализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его

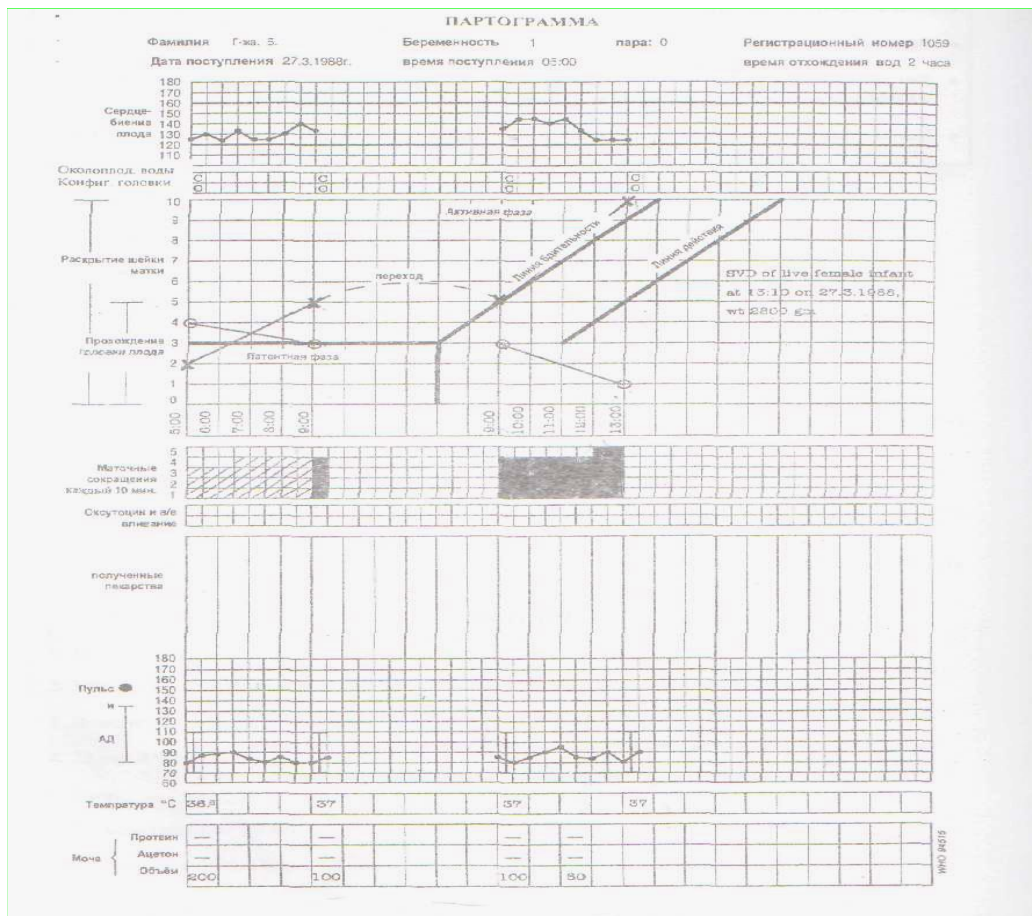
реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

**Основные принципы партограммы заключается в следующем:**

- ✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;
- ✓ это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

В такое сочетания характеристик делает партограмму весьма ценной.

Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.



**Рисунок 4**

**Записи в партограмме** – в верхней части записывается следующая

информация:

***Роженица:***

- ✓ имя;
- ✓ акушерские данные (количество родов, беременностей в анамнезе);
- ✓ регистрационный номер;
- ✓ дата поступления;
- ✓ время поступления принимается за ноль. Фактическое время дня указывается;
- ✓ под линией времени;
- ✓ время разрыва околоплодного пузыря.

***Плод:***

- ✓ частота сердечных сокращений;
- ✓ околоплодные воды: прозрачные (С), окрашенные кровью (В) или окрашенные меконием (М) или околоплодный пузырь целый (I);
- ✓ шейка матки: раскрытие в см, отмечается знаком X на диаграмме продвижение головки плода: ((ведущей поверхности головки плода), определяемое пальпированием пятью пальцами области живота, отмечается знаком 0 на диаграмме). Пальпирование живота производится перед каждым вагинальным осмотром.
- ✓ Формирование головки плода: этот процесс записывается следующим образом: кости черепа разъединены соединительной тканью, которая легко прощупывается (0); кости слегка соприкасаются друг с другом (+); кости находятся друг на друга (++); кости значительно находятся друг на друга (+++).

***Раскрытие шейки матки***

- ✓ Это наиболее важный показатель течения родов. Раскрытие обозначается на графике знаком «X»;
- ✓ Сокращения (схватки);
- ✓ Частота (выраженная как число сокращений за 10 минут);
- ✓ Длительность в секундах;

***Окситоцин:***

- ✓ Дозировка может записываться для каждого периода в один час;
- ✓ Лекарственные препараты и В/В растворы;
- ✓ Место для информации;
- ✓ Кровяное давление, пульс и температура;
- ✓ Кровяное давление и пульс – рекомендуется записывать каждый час или чаще;
- ✓ Температура – рекомендуется записывать через каждые 3 – 4 часа.

***Моча:***

- ✓ Количество;
- ✓ Анализы (кровь, белок и ацетон);

- ✓ Записывается после каждой порции мочи.

Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов

делаются в соответствующих точках вдоль линии бдительности. В идеальной ситуации роды затем протекают медленнее, данная кривая зависимости раскрытия от времени будет перемещаться в направлении линии действия. Линия действия на партограмме будет на 4 часа сдвинута вправо от линии бдительности. Если наносимая линия пересекает Линию действия, то необходимо подумать о соответствующем вмешательстве.

Представляется, что методика осмотров играет большую роль, нежели их частота. На партограмме можно видеть, что время проведения аускультации сердца плода имеет большое значение для истинного отображения частоты сердечных сокращений плода. Это положение иллюстрируется (очень кратко) на примере вариантов частоты сердечных сокращений.

Периодическая аускультация более приемлема и предпочтительна.

Целью партограммы является формирование общей картины состояния матери и ребенка, поэтому необходимо всестороннее наблюдение.

Наиболее важной частью партограммы является наблюдение за раскрытием шейки матки в зависимости от времени, а также продвижением предлежащей части (обычно головки) плода. Очень важно отметить, что вагинальный осмотр при родах должен сопровождаться наблюдением за положением предлежащей части. Также необходимо сказать, что многие ошибки ведения родов совершаются именно из – за отсутствия такого наблюдения.

Как юридический документ, записи, относящиеся к пациенту, могут быть представлены в судебное заседание как доказательство по ряду факторов.

Последним, пятым этапом сестринского процесса является итоговый анализ. В контексте сестринского процесса он концентрируется, прежде всего, на прогрессе пациента в достижении целей относительно его здоровья. Медсестра сравнивает фактические

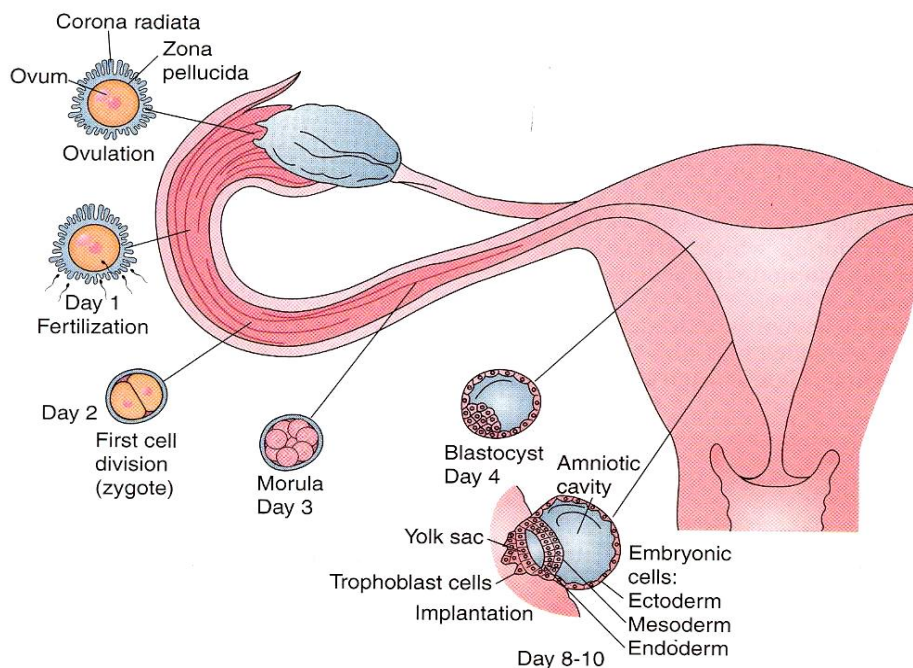
результаты с предсказанными результатами, определенными на стадии планирования, и делает заключение о том, достигнуты они или нет. Данные для итогового анализа собираются при наблюдении за поведением пациента и его ответных реакций, разборе планов лечения и записей бесед с пациентом, его семьей, друзьями, а также с другими членами бригады медицинских работников.

Итоговый анализ может быть непрерывным, прерывным и окончательным. Непрерывный итоговый анализ выполняется во время или непосредственно после вмешательства, что позволяет делать медсестре самые последние изменения. Прерывный анализ проводится в специально определенное время и указывает на величину прогресса в достижении результатов, позволяет исправить любое несоответствие в лечении пациента, а также изменить план лечения, если это необходимо. Он продолжается до тех пор, пока цель пациентки в отношении её здоровья не оказывается достигнутой или пока пациент не выпишется из больницы. Окончательный анализ указывает на состояние пациента в момент его выписки. Он включает проведение последующего лечения и описание достигнутого состояния, особенно в отношении возможностей самостоятельного лечения.

## Тема №2

### Роль ВМК в сфере акушерства. Организация сестринского процесса при родах и послеродовом периоде.

Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток, в результате образуется клетка, являющаяся началом нового организма. Оплодотворение обычно происходит в ампулярной части маточной трубы. С момента оплодотворения начинается беременность. Сразу начинается процесс дробления, сначала на две дочерние клетки, затем на четыре, и так деление происходит в геометрической прогрессии до образования клетки, напоминающей тутовую ягоду.





Вскоре после оплодотворения начинается дробление зиготы. В процессе дробления образуется два вида бластомеров: одни более крупные и темные, другие – мелкие и светлые. Скопление более крупных и темных клеток, располагающихся в центре морулы, получило название эмбриобласт. Из него впоследствии образуются клетки зародыша и некоторых внезародышевых частей. Светлые мелкие клетки постепенно обрастают эмбриобласт и окружают его со всех сторон. Этот наружный слой дает начало трофобласту – специфической рано дифференцирующейся ткани, которая позднее обеспечивает имплантацию и питание зародыша.

Дробящееся яйцо передвигается по трубе и на 8 – 10 день после оплодотворения попадает в полость матки.

К моменту проникновения в матку наружный слой клеток морулы превращается в трофобласт, внутренний – в эмбриобласт.

При прохождении через маточные трубы между зачатком трофобласта и эмбриобласта образуется небольшая полость, заполненная жидкостью, т.е. образуется бластоциста. Именно в этой стадии развития плодного яйца происходит процесс его внедрения в слизистую (децидуальную) оболочку матки – имплантация.

В стадии бластоцисты для плодного яйца характерно то, что часть клеток, более крупных по своим размерам, образуют эмбриобласт, из которого в дальнейшем развивается эмбрион, а другая часть более мелких клеток, расположенная на периферии плодного яйца, формирует питающую оболочку зародыша – трофобласт.

Трофобласт выделяет протеолитические, гликолитические и другие ферменты, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки. Плодное яйцо оседает на ее поверхности, обычно на передней или задней стенке на уровне труб, трофобласт расплавляет покровный эпителий, железы, клетки стромы и сосуды слизистой оболочки матки и постепенно погружается в глубину функционального слоя слизистой оболочки. Имплантация протекает быстро: в течение 24 часов бластоциста погружается в слизистую оболочку более чем наполовину, а за 40 часов – полностью. Когда яйцо полностью внедряется в слизистую оболочку, отверстие над ним зарастает, процесс имплантации заканчивается.

### ***Развитие зародышевых оболочек.***

После имплантации начинается быстрое развитие зародыша и его оболочек. На трофобласте образуются выросты (ворсины), которые вначале не имеют сосудов и называются первичными ворсинами. Эти выросты значительно увеличивают поверхность соприкосновения зародыша с эмбриотрофом. Наружный слой трофобласта, образующий ворсины, утрачивает клеточные границы, превращаясь в плазмодиотрофобласт – синцитий. Внутренний слой трофобласта сохраняет клеточное строение – цитотрофобласт. В течение первых недель развития синцитий обладает выраженной способностью к проникновению в материнские ткани, поэтому он называется имплантационным синцитием. Впоследствии инвазивные свойства синцития снижаются, и возрастает способность к всасыванию питательных веществ (резорбционный синцитий).

Наружная оболочка яйца называется ворсинчатой оболочкой или хорионом. Между ворсинами и слизистой оболочкой матки находится тканевый распад и циркулирует

материнская кровь, излившаяся из разрушенных сосудов слизистой оболочки; отсюда к зародышу поступают питательные вещества и кислород. Пространство между ворсинами и окружающей слизистой оболочкой называется первичным межворсинчатым пространством. Оно окружает все яйцо; в более поздних стадиях развития межворсинчатое пространство остается только в области плаценты и называется вторичным межворсинчатым пространством.

Одновременно с трофобластом развивается эмбриобласт; развитие его начинается еще в маточной трубе, но происходит особенно усиленно после имплантации в матку. После имплантации клетки, окружающие полость бластоцисты, превращаются в мезобласт.

В одном сегменте бластоцисты образуется скопление клеток, в котором выделяются два узелка: эктобластический (эктобласт) и энтобластический (энтобласт). В центре этих узелков вскоре образуется полость, вследствие чего эктобластический узелок превращается в эктобластический пузырек, а энтобластический узелок – в энтобластический пузырек. Эктобластический пузырек связан при помощи ножки с трофобластом; из него образуется амниотическая полость. Стенки этой полости превращаются в амнион – водную оболочку. Эктобластический пузырек расположен ближе к центру. Он превращается в желточную полость.

Клетки эктобласта и энтобласта, расположенные между амниотическими и желточными пузырьками, образуют зачаток зародыша.

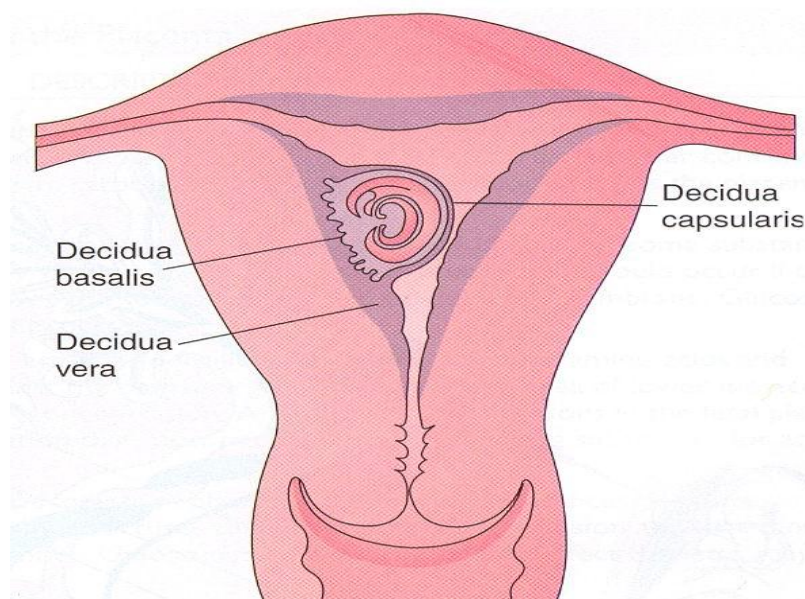
По мере увеличения полости экзоцелома клетки мезенхимы оттесняются с одной стороны к хориону (трофобласту), с другой – к амниотическому и желточному пузырькам и к зародышу, расположенному между ними. Стенки пузырьков и хорион становятся двухслойными. Зародышевый зачаток состоит теперь из трех зародышевых лепестков: эктодермы, мезодермы и энтодермы. Из этих трех лепестков образуются все ткани и органы плода.

Амниотический пузырек быстро увеличивается вследствие накопления в нем прозрачной жидкости, стенка его (амнион) приближается к ворсинчатой оболочке и, наконец, примыкает к ней. Полость бластоцисты при этом исчезает. Зародыш, располагавшийся между амнионом и желточным пузырьком, начинает вворачиваться в полость амниона и постепенно полностью погружается в него. По мере увеличения амниотической полости желточный пузырек уменьшается, желточные сосуды запустевают, стенки подвергаются атрофии. Одновременно с развитием оболочек из заднего конца первичной кишки зародыша образуется вырост – аллантоис. Аллантоис подходит к ворсинчатой оболочке по той же ножке, которая соединяла амниотический пузырек с трофобластом. По аллантоису идут сосуды из тела зародыша к ворсинчатой оболочке; эти сосуды врастают в каждую ворсину хориона. Так происходит важнейший процесс – васкуляризация хориона. С этого момента развивается аллантоидное кровообращение зародыша, обеспечивающее более интенсивный обмен между ним и организмом матери.

После завершения начальных стадий развития плод окружен амниотической жидкостью и тремя оболочками: децидуальной, ворсинчатой и водной. Децидуальная оболочка (материнская) образуется из слизистой оболочки матки, ворсинчатой и водной – плодовые.

Децидуальной оболочкой называется видоизмененный в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки; децидуальная оболочка называется также отпадающей оболочкой потому, что она во время родов отторгается и изгоняется из полости матки вместе с другими оболочками и плацентой.

После имплантации слизистая оболочка матки значительно утолщается, становится сочной, железы ее наполняются секретом, дифференцировка компактного и спонгиозного слоев выражена еще больше. Компактный слой состоит главным образом из децидуальных клеток, имеющих крупные размеры, округлую или полигональную форму; децидуальные клетки богаты гликогеном, они также содержат белки, мукополисахариды, обладают фагоцитарными свойствами и возможно, вырабатывают гормоны (пролактин и др.).



**Рисунок 7**

Спонгиозный (губчатый) слой состоит из множества разросшихся желез, между которыми располагаются прослойки стромы и сосуды.

Яйцо, внедрившееся в компактный слой, со всех сторон окружено элементами децидуальной оболочки. В соответствии с положением яйца децидуальная оболочка делится на три части:

- 1) вся слизистая (децидуальная) оболочка, выстилающая полость матки;
- 2) часть, покрывающая яйцо со стороны полости матки;
- 3) часть, расположенная между яйцом и стенкой матки.

По мере развития плода, последняя оболочка утолщается, в ней развиваются многочисленные сосуды.

Ворсинчатая оболочка, или хорион, развивается из трофобласта и мезобласта. Ворсины вначале не имеют сосудов, но уже в конце 1 месяца в них врастают сосуды из аллантаоиса. Первоначально ворсины покрывают равномерно всю поверхность плодного яйца. На 2 месяце беременности начинается атрофия ворсин в той части хориона, которая прилегает оболочке, покрывающей яйцо со стороны полости матки. На противоположной стороне хориона превращается в плодовую часть плаценты.

Водная оболочка или амнион, представляет собой замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами. С ростом беременности амниотическая полость быстро увеличивается, амнион прилегает к хориону, выстилает внутреннюю поверхность плаценты, переходит на пуповину, покрывая ее в виде футляра, сливается в области пупка с наружными покровами зародыша. Амнион – тонкая оболочка, состоящая из эпителия и соединительнотканной оболочки, имеющей несколько слоев, образовавшихся из мезенхимы. Эпителий амниона участвует в образовании и обмене околоплодных вод. Амнион и гладкий хорион принимают участие в обеспечении оптимального состава околоплодных вод.

**Органогенез** – это процесс образования органов и тканей. Результатом органогенеза может быть формирование животного, обладающего всеми основными признаками взрослого организма – прямое развитие. Существуют организмы, эмбриональное развитие которых заканчивается формированием личинки, имеющей специальные личиночные органы, отсутствующие во взрослом состоянии.

### **Строение плаценты.**

Плацента является важнейшим органом, при помощи которого происходят дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. Плацента заменяет функцию легких, органов пищеварения, почек, кожи и других органов плода.

Плацента формируется из базальной части децидуальной оболочки и сильно разросшихся ворсин ветвистого хориона. Ворсины хориона, составляющие главную массу плаценты, представляют собой древовидные, многократноветвящиеся образования. Сосуды, проходящие в крупных ворсинах, делятся по мере разветвления ворсин; в конечных ворсинах, проходят только петли капилляров. По мере развития беременности количество ворсин возрастает, что способствует увеличению пограничной поверхности соприкосновения между током крови матери и плода.

Материнская часть плаценты представляет собой утолщенную часть децидуальной оболочки, располагающейся под разросшимися ворсинами хориона (плодовая часть плаценты). В материнской части плаценты образуются углубления, в которые погружены ворсины и где циркулирует омывающая их материнская кровь.

Материнская кровь, омывающая ворсины, не свертывается и не смешивается с кровью плода, протекающей по сосудам, располагающимся внутри ворсин. Между кровью матери, омывающей ворсины и кровью плода, протекающей в сосудах ворсин, происходит постоянный активный обмен веществ. Из крови матери в кровь плода проникают кислород, питательные и другие необходимые для развития и жизнедеятельности плода вещества. В кровь матери поступают продукты обмена и углекислый газ, подлежащие удалению из организма плода.

Плацента выполняет внутрисекреторную функцию. В цитотрофобласте синтезируется хориональный гонадотропин, количество которого особенно велико в первые месяцы беременности. Продукция гонадотропина продолжается несколько месяцев. Совместно с плацентарным пролактином хориональный гонадотропин способствует развитию и функциональной активности желтого тела.

В плаценте образуется хориональный соматомаммотропин (соматотропный плацентарный лактоген), эстрогенные гормоны, преимущественно эстриол. Синтез гормонов происходит в синцитии и цитотрофобласте. Синтез эстрогенов резко возрастает (эстрадиол, эстрон), усиливающие возбудимость и сократительную деятельность матки. Начиная с 3 – 4 месяца беременности, в плаценте образуется прогестерон. К этому времени прекращается внутрисекреторная функция желтого тела и функцию этой железы (синтез прогестерона) начинает выполнять плацента.

Имеются данные о выделении из ткани плаценты кортизола, адренкортикотропного, тиреотропного и других гормонов, но синтез их в плаценте не доказан. В ткани плаценты обнаружены окситоцин, вазопрессин, гистамин, ацетилхолин, простагландины.

По внешнему виду плацента похожа на округлую, толстую, мягкую лепешку. В конце беременности и к моменту родов диаметр плаценты достигает 15 – 18 см, толщина – 2 – 3 см, масса – 500 – 600 гр.

### **Влияние вредных факторов на плод.**

На плод его развитие большое влияние оказывают вредные факторы внешней среды, лекарственные препараты, никотин, алкоголь, наркотики.

Хотя плацента является защитным барьером для плода, доказано, что через нее проходят многие химические вещества: ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода, угарный газ, хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфин, хинин, атропин, антибиотики, сульфаниламидные препараты, сердечные средства и другие. Многие из этих веществ действуют на плод токсически, даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

Патогенные микробы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, могут проникнуть к плоду; через плаценту переходят вирусы – возбудители гриппа, кори, краснухи и др. заболеваний. Основные исходы вредного влияния: выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, мертворождаемость, уродства.

## **Тема №3**

### **Методы обследования беременных женщин.**

**1. Оценка (сбор факторов)** – сестра собирает информацию, необходимую для определения проблем больной и планирования ухода. Данные собираются посредством осмотра клиентов и опроса их семьи, а также с помощью их медицинских карт и других источников. На этом этапе никаких заключений о данных не ставится.

**2. Диагностика (В чем проблема?).** Во время диагностики сестра анализирует собранные данные, а затем определяет состояние больной, а также реальные и потенциальные

проблемы его здоровья. Диагнозы записываются в виде точных формулировок о состоянии и этиологии (или причины) здоровья. Выявленные проблемы приоритизируются и составляют основу для оставшихся этапов.

6. **Планирование. Чего вы ожидаете? Как этого добиться?** На этом этапе сестра работает с больной для установки целей по предотвращению, коррекции или облегчению проблем со здоровьем. Затем она определяет действия, которые должны привести к достижению этих целей. Стадия планирования заканчивается, когда проблемы, цели и порядок ухода записаны в плане по уходу за больной.
7. **Выполнение (осуществление, передача и документирование).** Сестра передает план ухода другим членам команды медицинской помощи, например другой смене. Действия по уходу, указанные в плане, выполняются или передаются другим. Последним действием на данном этапе является запись проведенного ухода и реакции больной в соответствующих документах.
8. **Итоговый анализ (Имеется ли результат?).** На этом этапе сестра определяет состояние клиента в качестве критерия, используя цели ухода. После выполнения действия по уходу по реакциям больной она определяет, какие действия были полезными, а какие нет. Сестринский процесс циклический: сестра постоянно должна пересматривать предыдущие этапы оценки, диагностики, планирования и выполнения для определения того, что эффективно и что следует изменить.

Необходимые качества и отношения медсестры способствуют успешному использованию сестринского процесса. Эти качества, в дальнейшем, вы можете развивать знанием, старанием и практикой.

***Интеллектуальные (мыслительные) способности***, используемые в сестринском процессе, это творческое и критическое мышление, решение проблем и принятие решений.

***Коммуникабельность*** включает вербальные и невербальные виды деятельности, используемые в общении человека с человеком. Реализация ухода происходит во взаимоотношениях сестры и больной. Развитие доверительных взаимоотношений зависит от умения общаться – слушать и выражать сочувствие, проявлять интерес и передавать информацию.

***Проницательность и интуиция*** необходимы для нахождения новых и лучших способов исполнения своей деятельности.

Соответствующее осуществление сестринского процесса содействует сотрудничеству членов команды по уходу за больными, так они работают вместе над осуществлением плана ухода. Общение улучшается, когда все члены команды чтят систематический, организованный подход. Если командная работа прогрессирует, и каждый чувствует удовлетворение от выполнения эффективного, персонального ухода, то рабочая атмосфера становится положительной.

Первым этапом сестринского процесса является оценка – систематический сбор важных данных о пациенте, которые используются медсестрами для определения проблем здоровья, планирования ухода и оценки результатов. Данные классифицируются на субъективные и объективные. Субъективные данные называются скрытыми, или симптомами, объективные – открытыми, признаками.

Субъективные данные могут быть получены только из беседы больной. Они включают мысли, уверенность, чувства, восприятие, понимание пациента как самого себя, как и своего здоровья.

Объективные данные могут быть выявлены кем-то другим, но не пациентом. Обычно их получают при наблюдении и осмотре пациента. На первом этапе медсестра с высшей квалификацией собирает, утверждает, записывает, упорядочивает данные по категориям.

**Опрос производится по следующему плану:**

- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.
- Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.
- Наследственность, перенесённые заболевания (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные гинекологические заболевания), заболевания мужа.
- Характер функций половой системы:
  - а) Менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивногенеративной), г) секреторной.
- Наличие болей и их характер.
- Последняя менструация
- Первое шевеление плода
- Условия быта и труда.
- Развитие настоящей беременности.

Пациент является первичным источником данных, все другие – вторичным.

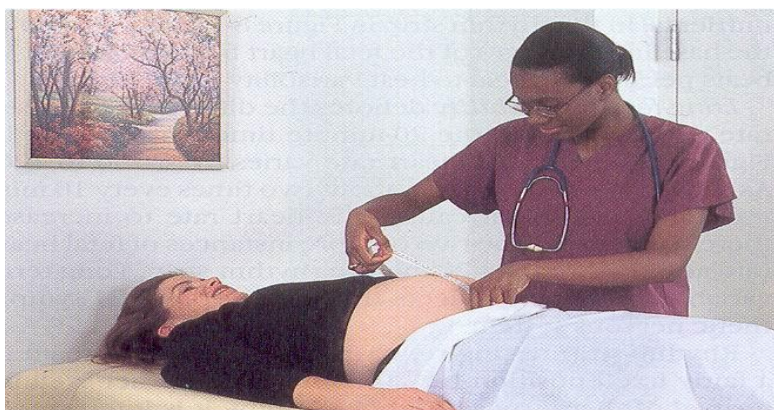
Второй этап – диагностика используется для диагностической аргументации при итоговом анализе и составлении заключений о статусе здоровья пациента. Медицинские сестры проверяют эти заключения с пациентом, выбирают стандартизированные метки и заносят их в план ухода. На данном этапе сестра должна выполнять акушерские исследования:

- Метод Леопольда-Левицкого
- Пельвиометрия
- Выслушивание сердцебиения плода
- Определение предполагаемого веса плода
- Вагинальный осмотр

Качество сбора  
Диагностика т  
находиться в  
определенными  
уходу.



гноза уходу.  
озе, должны  
и аккуратно  
указаний по



**Рисунок 3**

Сестринские диагнозы способствуют индивидуальному уходу за конкретным пациентом. Даже если пациенты с одинаковым медицинским состоянием нуждаются в схожем уходе медицинской сестры, приоритеты этого ухода могут быть различными для каждого пациента. Сестринский диагноз используется для того, чтобы сконцентрировать внимание на индивидуальных нуждах пациента.

В третьем этапе в сестринском деле является планирование.

На основании данных о пациенте и его семье медицинская сестра устанавливает цели из диагностического заключения и определяет деятельность по уходу, необходимую для достижения этих целей. Целью конечным продуктом этой стадии является целостный письменный план ухода, приведенный в соответствие с проблемами и состоянием пациента.

Планирование может осуществляться любой медсестрой, которая работает с пациентом. Оно делается, как только поступает новая информация и оценивается реакция больной на проводимое лечение. Начальный план лечения индивидуализируется по мере того, как медсестра узнает пациента.

Планирование также осуществляется при составление плана по уходу в начале каждого дня. В ежедневном планировании следует использовать поступающие данные по оценке для выполнения, следующего плана:

5. Определить, изменилось ли состояние больного.
6. Определить приоритеты в уходе за больным.
7. Установить, на какие проблемы сфокусировать внимание в течение смены.
8. Скоординировать деятельность так, чтобы уметь решать проблемы при каждом контакте с больными.

Четвертый этап сестринского процесса- выполнение (реализация действия) – это стадия работы медицинской сестры, в которой она выполняет действия, необходимые для достижения целей по состоянию здоровья пациента. Видами действия на этой стадии являются делегирование и производство записей. Заканчивается 4 этап, когда действия медсестры и результирующие реакции пациента занесены в схему пациента.

**Постоянная сестринская документация состоит из следующих форм:**

5. Первоначальная исчерпывающая сестринская оценка (базы данных на момент приема).
6. Индивидуализированный план ухода.



7. Карты лечения.
8. Итоговая запись при выписке пациента.

Таким образом, итоговый анализ повышает эффективность лечения за счет прекращения неэффективных вмешательств и позволяет медицинской сестре сконцентрироваться на действиях, которые оказались более эффективными. Только благодаря итоговому анализу прогресса пациента медсестра может продолжить, изменить или прекратить выполнение плана.

Наконец, увязывая вмешательства медсестры с улучшением состояния пациента, итоговая оценка демонстрирует работодателям и потребителям, что медицинские сестры играют важную роль в лечении пациента.

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшим образованием должны работать в соответствии с Приказом МЗ Руз №500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций» и № 81 от 3.03.06 г « О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедикализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

#### **Основные принципы партограммы заключается в следующем:**

- ✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;
- ✓ это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

В такое сочетание характеристик делает партограмму весьма ценной. Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

## **Тема №4**

### **Патронаж в акушерстве.**

#### **Сестринский процесс.**

Сестринский процесс – это особый способ мышления и действия, используемый для определения, предотвращения действительных или потенциальных проблем со здоровьем и в содействии здоровому образу жизни.

Первым, кто описал уход за больными, как процесс был Холл (1961). Термин сестринский процесс для обозначения этапов сестринского ухода впервые использовали Джонсон(1959), Орландо(1961) и Виденбах (1963). В начале своего развития сестринский процесс имел три этапа, в настоящее время их насчитывается пять.

Пользуясь сестринским процессом как основой, Американская Ассоциация медсестер в 1973 году разработала стандарты для оценки качества ухода, который предоставляют медсестры. Следующие характеристики описывают природу сестринского процесса и расширяют его определение.

8. Сестринский процесс (динамический и циклический уход) – это постоянная оценка изменяющихся реакций больной на уход в целях необходимого пересмотра плана ухода за больным. Ранее завершённые этапы постоянно пересматриваются для точности и соответствия.
9. Сестринский процесс, сконцентрированный на пациента, включает план ухода за больными, основан на нуждах и состоянии пациента, организуется в рамках проблем пациента, а не в соответствии с интересами ухода.
10. Сестринский процесс – целенаправленные действия по уходу, рассматривающиеся и основывающиеся больше на принципах, чем на традиции («Мы всегда делали так»). Выбираются такие порядки по уходу за больными, какие необходимые для достижения цели пациента.
11. Сестринский процесс - гибкий процесс по уходу за больными может быть применен к клиентам любого возраста, с любым медицинским диагнозом и в любой момент болезни или здорового состояния.
12. Сестринский процесс, ориентированный на проблему. Это значит, что планы по уходу организуются в соответствие с проблемами пациента. Конечно же, сестринский процесс не сможет устранить все проблемы пациента. Тогда целью сестринского процесса становится облегчение их до возможности предела, поддержание сил пациента.
13. Сестринский процесс - мыслительный процесс. Он привлекает интеллектуальные способности для решения проблем и принятия решения. Сестры используют критическое мышление для систематического и логического применения знаний по уходу, что дает ей возможность определить их значение и спланировать соответствующий уход.
14. Сестринский процесс, ориентированный на действия, не заканчивается составлением плана по уходу, а продолжается, выполняя и оценивая этот план.

**Существует пять главных этапов, составляющих сестринский процесс (ОДПВИ)**

1. Оценка (сбор факторов) – **сестра собирает информацию, необходимую для определения проблем больной и планирования ухода. Данные собираются посредством осмотра клиентов и опроса их семьи, а также с помощью их медицинских карт и других источников. На этом этапе никаких заключений о данных не ставится.**

2. **Диагностика (В чем проблема?).** Во время диагностики сестра анализирует собранные данные, а затем определяет состояние больной, а также реальные и потенциальные проблемы его здоровья. Диагнозы записываются в виде точных формулировок о состоянии и этиологии (или причины) здоровья. Выявленные проблемы приоритизируются и составляют основу для оставшихся этапов.

9. **Планирование. Чего вы ожидаете? Как этого добиться?** На этом этапе сестра работает с больной для установки целей по предотвращению, коррекции или облегчению проблем со здоровьем. Затем она определяет действия, которые должны привести к достижению этих целей. Стадия планирования заканчивается, когда проблемы, цели и порядок ухода записан в плане по уходу за больной.

10. **Выполнение (осуществление, передача и документирование).** Сестра передает план ухода другим членам команды медицинской помощи, например другой смене. Действия по уходу, указанные в плане, выполняются или передаются другим. Последним действием на данном этапе является запись проведенного ухода и реакции больной в соответствующих документах.

11. **Итоговый анализ (Имеется ли результат?).** На этом этапе сестра определяет состояние клиента в качестве критерия, используя цели ухода. После выполнения действия по уходу по реакциям больной она определяет, какие действия были полезными, а какие нет. Сестринский процесс цикличен: сестра постоянно должна пересматривать предыдущие этапы оценки, диагностики, планирования и выполнения для определения того, что эффективно и что следует изменить.

Необходимые качества и отношения медсестры способствуют успешному использованию сестринского процесса. Эти качества, в дальнейшем, вы можете развивать знанием, старанием и практикой.

**Интеллектуальные (мыслительные) способности**, используемые в сестринском процессе, это творческое и критическое мышление, решение проблем и принятие решений.

**Коммуникабельность** включает вербальные и невербальные виды деятельности, используемые в общении человека с человеком. Реализация ухода происходит во взаимоотношениях сестры и больной. Развитие доверительных взаимоотношений зависит от умения общаться – слушать и выражать сочувствие, проявлять интерес и передавать информацию.

**Проницательность и интуиция** необходимы для нахождения новых и лучших способов исполнения своей деятельности.

Соответствующее осуществление сестринского процесса содействует сотрудничеству членов команды по уходу за больными, так они работают вместе над

осуществлением плана ухода. Общение улучшается, когда все члены команды чтят систематический, организованный подход. Если командная работа прогрессирует, и каждый чувствует удовлетворение от выполнения эффективного, персонального ухода, то рабочая атмосфера становится положительной.

Первым этапом сестринского процесса является оценка – систематический сбор важных данных о пациенте, которые используются медсестрами для определения проблем здоровья, планирования ухода и оценки результатов. Данные классифицируются на субъективные и объективные. Субъективные данные называются скрытыми, или симптомами, объективные – открытыми, признаками.

Субъективные данные могут быть получены только из беседы больной. Они включают мысли, уверенность, чувства, восприятие, понимание пациента как самого себя, как и своего здоровья.

Объективные данные могут быть выявлены кем-то другим, но не пациентом. Обычно их получают при наблюдении и осмотре пациента. На первом этапе медсестра с высшей квалификацией собирает, утверждает, записывает, упорядочивает данные по категориям.

**Опрос производится по следующему плану:**

- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.
- Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.
- Наследственность, перенесённые заболевания (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные гинекологические заболевания), заболевания мужа.
- Характер функций половой системы:
  - а) Менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивногенеративной), г) секреторной.
- Наличие болей и их характер.
- Последняя менструация
- Первое шевеление плода
- Условия быта и труда.
- Развитие настоящей беременности.

Пациент является первичным источником данных, все другие – вторичным.

Второй этап – диагностика используется для диагностической аргументации при итоговом анализе и составлении заключений о статусе здоровья пациента. Медицинские сестры проверяют эти заключения с пациентом, выбирают стандартизированные метки и заносят их в план ухода. На данном этапе сестра должна выполнять акушерские исследования:

- Метод Леопольда-Левицкого
- Пельвиометрия
- Выслушивание сердцебиения плода
- Определение предполагаемого веса плода
- Вагинальный осмотр

Качество собранных во время оценки данных влияет на точность диагноза ухodu. Диагностика также влияет на стадии планирования, выявленные при диагнозе, должны находиться в фокусе планируемого ухода за пациентом. Будучи точно и аккуратно определенными, они помогают медсестре в выработке соответствующих задач и указаний по уходу.

Сестринские диагнозы способствуют индивидуальному уходу за конкретным пациентом. Даже если пациенты с одинаковым медицинским состоянием нуждаются в схожем уходе медицинской сестры, приоритеты этого ухода могут быть различными для каждого пациента. Сестринский диагноз используется для того, чтобы сконцентрировать внимание на индивидуальных нуждах пациента.

В третьем этапе в сестринском деле является планирование.

На основании данных о пациенте и его семье медицинская сестра устанавливает цели из диагностического заключения и определяет деятельность по уходу, необходимую для достижения этих целей. Целью конечным продуктом этой стадии является целостный письменный план ухода, приведенный в соответствие с проблемами и состоянием пациента.

Планирование может осуществляться любой медсестрой, которая работает с пациентом. Оно делается, как только поступает новая информация и оценивается реакция больной на проводимое лечение. Начальный план лечения индивидуализируется по мере того, как медсестра узнает пациента.

Планирование также осуществляется при составление плана по уходу в начале каждого дня. В ежедневном планировании следует использовать поступающие данные по оценке для выполнения, следующего плана:

9. Определить, изменилось ли состояние больного.
10. Определить приоритеты в уходе за больным.
11. Установить, на какие проблемы сфокусировать внимание в течение смены.
12. Скоординировать деятельность так, чтобы уметь решать проблемы при каждом контакте с больными.

Четвертый этап сестринского процесса- выполнение (реализация действия) – это стадия работы медицинской сестры, в которой она выполняет действия, необходимые для достижения целей по состоянию здоровья пациента. Видами действия на этой стадии являются делегирование и производство записей. Заканчивается 4 этап, когда действия медсестры и результирующие реакции пациента занесены в схему пациента.

#### **Постоянная сестринская документация состоит из следующих форм:**

1. Первоначальная исчерпывающая сестринская оценка (базы данных на момент приема).
2. Индивидуализированный план уходу.
3. Карты лечения.
4. Итоговая запись при выписке пациента.

Таким образом, итоговый анализ повышает эффективность лечения за счет прекращения неэффективных вмешательств и позволяет медицинской сестре сконцентрироваться на действиях, которые оказались более эффективными. Только

благодаря итоговому анализу прогресса пациента медсестра может продолжить, изменить или прекратить выполнение плана.

Наконец, увязывая вмешательства медсестры с улучшением состояния пациента, итоговая оценка демонстрирует работодателям и потребителям, что медицинские сестры играют важную роль в лечении пациента.

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшим образованием должны работать в соответствии с Приказом МЗ Рuz №500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций» и № 81 от 3.03.06 г « О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедикализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

#### **Основные принципы партограммы заключается в следующем:**

- ✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;
- ✓ это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

В такое сочетания характеристик делает партограмму весьма ценной.

Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и

тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

## **Тема:5. Физиологическая беременность.**

Материнство – это позитивный опыт для большинства женщин. Это значит, что большинство женщин и их семьи испытывают чувство счастья, гордости и возвышенные эмоции во время беременности, родов и послеродового периода. Однако в современном мире много матерей умирает из-за проблем, связанных с беременностью, а еще больше женщин страдает от болезней и нетрудоспособности.

Одной из Стратегий ВОЗ «Здоровье в 21-м веке» является обеспечение здорового начала жизни. Инициатива ВОЗ «Безопасное материнство» была разработана, чтобы помочь добиться этой цели, и позже в 2004 г. переросла в программу «Сделаем материнство безопаснее». Основные принципы и ценности эффективных перинатальных технологий были разработаны группой экспертов ВОЗ из Европейского региона во время встреч в Венеции в 1998 г. и в Вероне в 2003 г. Эти принципы в последствии получили широкую поддержку, распространение и реализацию во всех странах региона.

Фундаментальный принцип эффективного перинатального ухода: женщине отводится главная роль во всех решениях, связанных с безопасной беременностью и безопасными родами. Наилучшая модель охраны здоровья базируется на трех столпах: безопасность, доказательная медицина и потребности пациента.

Программы по антенатальному уходу разработаны с тем, чтобы найти способы снижения материнской и перинатальной смертности, а также перинатальной заболеваемости.

Роль медицинских работников, занятых в сфере родового ухода, заключается в том, чтобы:

Поддерживать психологическую адаптацию женщины к беременности, родам, кормлению грудью и родительской роли.

Следить за течением беременности, чтобы обеспечить здоровье и благополучие как матери, так и плода.

Обследовать всех женщин и выявлять признаки возможных осложнений.

Предоставлять женщинам важную информацию об их здоровье: здоровое питание, отказ от курения, профилактика ВИЧ, планирование семьи, предотвращение насилия.

Прежде всего, женщину необходимо **информировать относительно тревожных симптомов**, возникающих во время беременности, в том числе о появлении осложнений.

Дородовые занятия играют важную роль в предоставлении женщине и ее семье информации и о беременности и родах.

***В Республике Узбекистан» каждая беременная женщина должна осуществить минимум 7 плановых дородовых визитов (до 12 нед., в 16 нед., 28 нед., 30 нед., 34 нед., 36 нед., 38 нед.) или чаще, при необходимости для консультирования и обследования.***

Назначение фолиевой кислоты с целью предотвращения дефектов нервной трубки, полное обследование и надлежащие консультирование женщин, страдающих сахарным диабетом, еще до начала беременности должны быть своевременными. Кроме того, можно дать рекомендации по здоровому питанию и изменению образа жизни (например, курящим женщинам).

Гравидограмма

Консультативные/клинические навыки АНУ  
Этапы обследования беременной на 1

приеме (до 12 недель гестации):

1. Подготавливается к приему пациентки и сопровождающих ее лиц: необходимые документы; место медосмотра; инструменты и перчатки.
2. Приветствует пациентку, представляется ей.
3. Заполняет или знакомится с данными амбулаторной карты: - имя и фамилия пациентки; - её возраст; - данные о её месте проживания и работы; - состоит ли в браке.
4. Обращает внимание на внешний вид и поведение беременной (нет ли симптомов угнетенного состояния, страха, беспокойства и др.)
5. Расспрашивает пациентку о её общем соматическом анамнезе и жалобах
6. Расспрашивает пациентку, и сделайте пометки в амбулаторной карте о перенесенных гинекологических заболеваниях и течении предыдущих беременностей.
7. Расспрашивает и делает пометки в амбулаторной карте о характере и дате последней менструации.
8. Объясняет все процедуры, которые будут проведены.
9. Проводит необходимые исследования:  
измерение А/Д (если диастолическое А/Д превышает 90 мм. рт. ст. от начального уровня до 20 недели беременности, необходима оценка и консультация специалиста);  
анализ мочи (исследование на бессимптомную бактериурию, наличие белка, глюкозы, кетоновых тел);  
взвешивание (Определить Индекс Массы Тела (ИМТ) = вес (кг)/рост (м<sup>2</sup>). Приемлемые границы от 18 до 35. Если ИМТ ≥35 или ≤18, дается соответствующая рекомендация по диете или направляет для дальнейшего обследования (не следует акцентировать внимание на увеличение веса женщины при нормальном ИМТ и назначать ограничительные диеты);  
УЗ исследование рекомендуется в ранних сроках при наличии, каких либо веских причин для такого рода исследований. УЗ исследование с целью определения нарушений анатомического развития плода, обычно не рекомендуется раньше 18 недель, а при исследовании сердца - около 22 недель беременности);  
Назначение сдачи анализов: кровь на сифилис - RW, гепатиты В и С, после **информированного согласия женщины** - добровольное тестирование на ВИЧ/СПИД, общий анализ крови, группа и резус-фактор, кровь на сахар, общий анализ мочи, анализ выделений из 3х точек, анализ кала на определение паразитов.
10. Осматривает ноги беременной на предмет выявления отеков и варикозного расширения вен.





11. Проводит исследование органов гениталий:  
Осмотр наружных половых органов:  
Осмотр при помощи зеркал;  
Бимануальное исследование.
12. Проводит исследования молочных желез.
13. На основании данных анамнеза и результатов объективных, лабораторных и инструментальных исследований определяет срок беременности. При наличии патологических отклонений - формулирует диагноз.
14. Подсчитывает предполагаемую дату родов: к дате последней менструации (первому дню) добавляет 7 дней и вычитает 3 месяца.
15. Результаты всех осмотров вносит в родовую карточку женщины. Записи должны быть аккуратными, с подписью лица, проводившего обследование беременной.
16. Обучает заполнять домашнюю карту беременной
17. Профилактически назначает 60 мг железа и 1 мг фолиевой кислоты.
18. Назначает время и дату следующего посещения
19. Следуя правилам профилактики инфекции обрабатывает смотровой стол, инструменты и перчатки.

**Консультативные и клинические навыки по ведению физиологической беременности (последующие визиты):**

1. Приветствует пациентку, просит расположиться поудобнее
2. Расспрашивает о самочувствии женщины, жалобах, ощущениях за период, прошедший со времени предыдущего посещения.
3. Обращает внимание на внешний вид и поведение пациентки
4. Обращает внимание на цвет кожных покровов.
5. Объясняет все процедуры, которые будут произведены.
6. Пальпирует область берцовых костей для определения наличия отеков.
7. Измеряет сантиметровой лентой окружность голени вокруг лодыжек.
8. Измеряет АД на обеих руках.
9. Интерпретирует анализ мочи.
10. Повторяет общий анализ мочи и крови в 30-32 недели
11. В 14-20 недель проводит УЗ исследование для исключения аномалий развития плода (если есть риск)
12. Проводит акушерское исследование:  
исследует молочные железы;  
определяет высоту стояния дна матки;  
проводит пальпацию живота;  
выслушивает сердцебиение плода;  
- определяет шевеления или движения плода.
13. Проводит анализ влагалищных выделений.
14. Результаты исследований вносит в амбулаторную карту беременной.
15. При появлении отклонений от физиологических параметров проведенных исследований назначает консультацию специалиста для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
16. Делает пометки в карте беременной.
17. Беседует с пациенткой, отвечает на интересующие её вопросы.
18. Назначает дату и время следующего посещения.
19. Благодарит за приход.
20. Соблюдает правила профилактики инфекции во время и после приема пациентки.

**Уход во время беременности**

1. Приветствует пару уважительно и доброжелательно.
2. Представляется им. Рассказывает родителям об их будущем ребёнке, начиная от зачатия и до рождения. Используя наглядные материалы, рассказывает о физиологических изменениях, происходящих в организме женщины во время беременности и об её ощущениях при этом: в эндокринной системе; метаболизме; дыхательной системе:

желудочно-кишечной системе; в мочевыделительной системе; в репродуктивной системе; в молочных железах; в костной системе.

### **3. Гигиена беременных.**

Учит пациентку тому, как можно облегчить так называемые «маленькие» жалобы при беременности:

#### **тошноту:**

нужно есть меньше, но чаще:

по возможности завтракать в постели, а затем полежать 15 минут прежде, чем встать; есть на завтрак продукты, содержащие белки (мясо, яйца); молочные продукты (кефир, простоквашу, сыр, курт) и др:

избегать прием трудно перевариваемых продуктов, таких как жиры, варенная цветная капуста;

есть больше твердой пищи, чем жидкой;

пить газированную воду, но в разумных пределах, она облегчает пищеварение, но увеличивает аппетит и содержит соли, что может привести к излишнему прибавлению массы тела.

#### **изжогу, запоры:**

- не надо есть много;

- есть часто и дробно:

-не употреблять высококалорийные и кислые продукты:

- физические упражнения;

- включать в рацион питания продукты, богатые клетчаткой (овощи, фрукты, хлеб грубого помола, зёрна злаков и др.)

- утром натощак и в течение дня выпивать несколько стаканов жидкости.

#### **одышку:**

следует сократить до минимума физические усилия;

если дышать становится совсем трудно, необходимо обратиться к врачу.

сопровождаются ли ощущением тяжести, жара, «мурашек», боли в ногах, отеками и судорогами;

состояние усугубляется при долгом стоянии, усталости, а также в жаркую погоду и, особенно в конце дня.

### **4. Рассказывает о правильном питании женщины во время беременности и после нее.**

Рацион питания беременных должен быть разнообразным

В первом триместре важно обеспечить поступление в организм полноценного белка (нежирные сорта мяса, мясо курицы, яйца).

Тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий) употреблять не стоит. Растительное масло содержит витамин Е. необходимый для развития беременности.

Следует ограничить количество вводимых с пищей рафинированных сахаров, кондитерских изделий, конфет, варенья. Полезные для беременной углеводы содержатся в растительной клетчатке (хлеб из муки грубого помола, разнообразные фрукты и овощи).

Уточните суточный рацион и калорийность пищи, так называемая «пирамида» питания. необходимое количество в суточном рационе микроэлементов.

### **5. Разъясните о необходимости подготовки к кормлению грудью, подготовке сосков.**

**6. Научите антенатальным упражнениям, позволяющим улучшить функцию внутренних органов. В системе психофизической подготовки к родам существует комплекс специальных упражнений, которые способствуют более благоприятному течению беременности, родов и послеродового периода. Упражнения во время беременности необходимо проводить под контролем врача.**

Дыхательные упражнения:

- Грудное дыхание. А. дыхание с задержкой. Б. поверхностное дыхание.

В. прерывистое дыхание.

- Брюшное дыхание. А. полное дыхание. Мышечные упражнения.

### **7. Освещает вопросы сексуальной жизни в период беременности.**

**8. Убеждает родителей в необходимости вести здоровый образ жизни для благополучного исхода беременности: о вреде курения; о вреде алкоголя; о вреде наркотиков.**

9. Разъясняет супругу о необходимости создания благоприятного психологического климата в семье для беременной женщины.

10. Учит беременную вести домашние записи матери.

11. Обучает пару, как распознать ранние тревожные симптомы наиболее встречающихся осложнений во время беременности:

- анемию;
- гипертензивные нарушения во время беременности;
- кровянистые выделения из половых путей;
- замедление внутриутробного развития плода;
- дистресс плода.

12. Внимательно выслушивает и исчерпывающе отвечает на все возникшие у пациентов вопросы.

13. Просит коротко повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.

14. Назначает дату следующего занятия.

#### **Основные лечебные мероприятия**

Назначение препаратов йода 200 мг/сут в течение всей беременности

Фолиевой кислоты 1 мг/сут до 12 недель беременности

При выявлении анемии и в регионах анемией назначить 60 мг железа/сут

#### **Следующие группы женщин будут нуждаться в дополнительном уходе:**

- женщины с наличием заболеваний сердца, почек, гипертензии, психиатрическими, гематологическими проблемами, эпилепсией, диабетом, злокачественными новообразованиями, аутоиммунными заболеваниями, ВИЧ и другими экстрагенитальными заболеваниями.
- женщины с недостатком психологической поддержкой во время беременности
- женщины в возрасте старше 35 и младше 20 лет
- в случае если индекс массы тела ИМТ <18,5 или >32,3 кг/м<sup>2</sup>
- женщины, перенесшие кесарево сечение
- женщины с преэклампсией, HELLP- синдромом или эклампсией в анамнезе
- женщины с двумя и более самопроизвольными абортами в анамнезе
- женщины, у которых в анамнезе случались преждевременные роды или самопроизвольное прерывание беременности во втором триместре
- женщины с психическими заболеваниями или послеродовым психозом в анамнезе
- женщины, у которых хотя бы одна из предыдущих беременностей закончилась мертворождением или произошла смерть ребенка в неонатальном периоде
- женщины, родившие ребенка с генетическими или врожденными аномалиями
- женщины, родившие детей, степень зрелости которых не соответствовала гестационному сроку
- женщины с бесплодием в анамнезе и после ЭКО
- женщины с настоящей многоплодной беременностью

Важно проводить обследование женщин с мертворождением в анамнезе на предмет носительства ЦМВ

#### **Показания к госпитализации**

В случае впервые выявленного ЭГЗ, требующего наблюдения и лечения, а также суб- и декомпенсированных стадий ЭГЗ - госпитализация с решением вопроса о целесообразности пролонгирования беременности.

## **Тема: 6: Биохимические показатели при физиологической беременности.**

### **БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ**

Обмен веществ между органами и тканями происходит через кровь, поэтому в плазме содержатся в разных концентрациях как поступающие извне вещества, так и синтезирующиеся в организме.

## ОБОСНОВАНИЕ

Проведение биохимического анализа крови позволяет получить представление о белковом, липидном, углеводном, водно-электролитном обмене, кислотности среды, содержании микроэлементов и витаминов. Одни показатели характеризуют состояние организма в целом, другие — функции отдельных органов и систем (например, органоспецифические ферменты).

Во время наблюдения за беременной обычно определяют только показатели, отражающие белковый, углеводный обмен, функции печени, почек, метаболизм железа, электролитного баланса.

Белки и белковые фракции. Их концентрация зависит в основном от соотношения между скоростью синтеза и выведения из организма. Синтез белков плазмы крови осуществляется преимущественно в клетках печени и ретикулоэндотелиальной системы. Многочисленные физиологические функции белков определяют важность изучения этого показателя. У беременных в связи с возможными потерями белка с мочой из-за развития гестационных осложнений необходимо определять общий белок и его фракции.

Концентрация общего белка в сыворотке крови зависит от содержания двух основных белковых фракций — альбумина и глобулинов. Альбумин составляет около 60% общего белка, он на 65–80% обуславливает онкотическое давление плазмы и выполняет функцию транспортировки многих биологически активных веществ, в частности гормонов, холестерина, билирубина, кальция и др. Концентрация сывороточного альбумина во время беременности уменьшается на 10–60%, что связано с увеличением ОЦК и гемодилюцией. Основную часть глобулинов составляют белки острой фазы воспаления, компоненты комплемента, иммуноглобулины. Закономерно, что гиперпротеинемия чаще связана с гиперглобулинемиями, а гипопропротеинемия обычно обусловлена гипоальбуминемией.

Показатели азотистого обмена. Мочевина — конечный продукт метаболизма белков в организме, её выведение происходит посредством клубочковой фильтрации и тубулярной секреции. Уровень содержания мочевины в сыворотке крови зависит от соотношения процессов образования и выведения, этот показатель в первую очередь характеризует работу почек. Пониженная концентрация мочевины в плазме крови особого диагностического значения не имеет, повышенная (азотемия) — в большинстве случаев свидетельствует о нарушении выделительной функции почек.

Креатинин — конечный продукт распада креатина, играющего важную роль в энергетическом обмене мышечной и других тканей. Концентрация креатинина в сыворотке крови зависит от его образования и выведения путём клубочковой фильтрации. В отличие от мочевины он не реабсорбируется в почках, в меньшей степени зависит от уровня катаболизма, поэтому в большей мере отражает степень нарушения выделительной и фильтрационной функции почек. Уменьшение содержания креатинина в сыворотке крови диагностического значения не имеет.

Повышение уровня креатинина в крови — очевидный признак почечной недостаточности.

Глюкоза — основной субстрат энергообразования и структурный элемент любой клетки. Поступает в кровь из кишечника после расщепления пищевых углеводов и образуется в организме из гликогена. Содержание глюкозы отражает состояние углеводного обмена. Наиболее часто гипергликемию регистрируют у больных СД.

Определение этого показателя в гестационном периоде особенно важно в связи с тем, что при беременности происходит физиологическое понижение толерантности к глюкозе из-за снижения чувствительности к инсулину, его усиленного распада и увеличения свободных жирных кислот. Эти изменения, связанные с влиянием ПЛ, эстрогенов, прогестерона и кортикостероидов, напоминают патогенез СД, поэтому беременность рассматривают как диабетогенный фактор. В связи с этим у беременных возможно возникновение переходящего нарушения толерантности к глюкозе — гестационного СД. У женщин, перенесших СД беременных, риск развития СД II типа в 3–6 раз выше, чем у женщин, не болевших гестационным СД.

Показатели пигментного обмена. После разрушения эритроцитов в селезёнке происходит превращение Hb, миоглобина, цитохромов в свободный (несвязанный, непрямой, неконъюгированный) билирубин. Последний, связываясь с альбуминами, транспортируется в печень. В гепатоцитах он преобразуется в связанный (прямой, конъюгированный) билирубин, выделяющийся в составе желчи в желчный пузырь и далее в ЖКТ. Лишь небольшая его часть всасывается в нижних отделах толстой кишки и выводится почками с мочой в виде уробилина. Большая часть билирубина, достигшего подвздошной и толстой кишок, окисляется до стеркобилиногена, выделяющегося с калом. Определение концентрации различных форм билирубина в крови и моче позволяет сделать заключение об интенсивности процессов гемолиза, функции гепатоцитов и транспорте желчи. Серьёзные нарушения этих процессов сопровождаются гипербилирубинемией, проявляющейся желтухой. Она появляется при уровне билирубина в крови выше 27–34 мкм/л. Однако если концентрация соответствует верхней границе нормы или незначительно превышает её, на это необходимо обращать внимание, так как билирубин токсичен (в первую очередь для клеток головного мозга).

Ферменты. Наибольшее значение имеет активность аминотрансфераз, характеризующая изменения в печени, так как её изменения связаны с возможностью развития во время беременности таких осложнений, как преэклампсия, холестаз беременных и острая жировая дистрофия печени. Самое большое количество аланин аминотрансферазы (АЛТ) находится в печени (значительно меньше — в сердце и скелетной мускулатуре), поэтому изменение активности фермента — первый признак патологии именно этого органа. Аспартат аминотрансферазу (АСТ) можно обнаружить во всех тканях человека (сердце, печень, скелетной мускулатуре, поджелудочной железе, лёгких и т.д.). Наиболее значительное повышение активности АСТ происходит при поражении сердечной мышцы. Одновременное определение в крови активности АСТ и АЛТ более информативно и позволяет вычислить коэффициент де Ритиса (АСТ/АЛТ), в норме равный 1,33. При заболеваниях печени он ниже этой величины, при патологии сердца — выше.

Щелочная фосфатаза (ЩФ) присутствует в слизистой оболочке кишечника, остеобластах, стенках желчных протоков печени, плаценте и лактирующей молочной железе. Костная ЩФ повышена в период роста или при развитии патологических процессов в костях. Активность печёночной ЩФ особенно возрастает при нарушении транспорта желчи, но может возникнуть и при повреждении гепатоцитов. Во время беременности активность ЩФ постепенно увеличивается и достигает пика к моменту родов. Высокие значения активности ЩФ могут быть у женщин с преэклампсией, что связано с повреждением плаценты. Также активность этого фермента повышается при холестазах беременных и острой жировой дистрофии печени. Пониженная активность ЩФ у беременных может свидетельствовать о недостаточном развитии плаценты и отмечается при фетоплацентарной недостаточности (ПН).

Общий холестерин. Он поступает в организм с пищей и синтезируется в печени. Холестерин — компонент клеточных мембран, предшественник стероидных гормонов и желчных кислот. Концентрации холестерина и триглицеридов в крови характеризуют состояние липидного обмена в организме. Концентрация холестерина выше 6,5 ммоль/л — фактор риска развития атеросклероза. Во время беременности вследствие угнетения активности липазы под влиянием эстрогенов и гиперинсулинемии происходит увеличение концентрации липидных фракций. Повышение уровня холестерина приводит к увеличению литогенности желчи.

Электролитный баланс. Электролитный баланс зависит от концентрации в плазме различных ионов.

· Калий — основной внутриклеточный катион, играющий важную роль в мышечных сокращениях, деятельности сердца, проведении нервных импульсов и обмене веществ. Гипокалиемией считают концентрацию калия ниже 3,5 ммоль/л, могут появиться тошнота, рвота, мышечная слабость, в том числе дыхательной мускулатуры (поверхностное дыхание), атония кишечника и мочевого пузыря, сердечная слабость. Гиперкалиемия (концентрация калия выше 5 ммоль/л) — более опасное состояние, так как часто возникают сердечные аритмии. При нарастании концентрации калия наступает внутрижелудочковая блокада с мерцанием желудочков.

· Натрий — основной катион внеклеточной жидкости, играющий главную роль в поддержании осмотического давления. Постоянство концентрации натрия в организме в основном регулирует почки.

: Кальций уменьшает способность тканевых коллоидов связывать воду, участвует в построении скелета, свёртывании крови и деятельности нервномышечных структур. Метаболизм кальция находится под контролем паратиреоидного гормона, кальцитонина и активных метаболитов витамина D. Одно из наиболее распространённых заболеваний, связанных с нарушением обмена кальция, — остеопороз.

: Фосфор участвует в клеточном энергетическом обмене и образовании костей. Обмен этого элемента тесно связан с обменом кальция и регулируется паратиреоидным гормоном, кальциферолом, кальцитонином и инсулином.

: Магний — это второй по концентрации внутриклеточный катион, участвующий в функционировании нервномышечного аппарата и сердца. В организме играет роль антагониста кальция.

: Хлориды имеют большое значение в поддержании КОС и баланса воды в организме. Увеличение содержания хлоридов — признак обезвоживания. Обмен хлора регулируется гормонами коркового вещества надпочечников и щитовидной железы.

Показатели метаболизма железа. Основная часть железа сыворотки крови (75–80%) входит в состав Hb и миоглобина и участвует в транспорте и депонировании кислорода. Постоянство содержания железа в организме обеспечивается в основном регуляцией его всасывания в ЖКТ в связи с ограниченной способностью выделения этого элемента организмом. Концентрация железа в сыворотке крови зависит от резорбции его в ЖКТ, накопления в кишечнике, селезёнке и красном костном мозге, от синтеза и распада Hb и его потеря организмом. Снижение уровня железа в крови сопровождается все железодефицитные состояния (гипосидероз, железодефицитную анемию). Ранняя диагностика гипосидероза включает определение концентрации железа в сыворотке, общей железосвязывающей способности сыворотки, трансферрина и ферритина в сыворотке. Изучение этих показателей также позволяет проводить дифференциальную диагностику железодефицитной анемии с другими формами анемий. При гипосидерозе повышение содержания трансферрина сочетается с понижением концентрации железа в сыворотке крови и повышением общей железосвязывающей способности сыворотки.

### **ЦЕЛЬ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ**

Наблюдение за состоянием организма женщины во время физиологически протекающей беременности и при развитии осложнений.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**

Исследование проводят по следующим показаниям:

- контроль состояния беременной в ходе диспансерного наблюдения;
- контроль течения осложнений беременности и эффективности проводимой терапии;
- контроль течения сопутствующих заболеваний и эффективности проводимой терапии.

### **ПОДГОТОВКА К ИССЛЕДОВАНИЮ**

Особой подготовки исследование не требует. Забор крови производят обычно утром натощак.

### **МЕТОДИКА**

Место забора крови обрабатывают марлевым тампоном, смоченным в этиловом спирте, затем протирают сухим стерильным марлевым тампоном. Забирают около 5 мл венозной крови и помещают в сухую пробирку.

### **ИНТЕРПРЕТАЦИЯ (РАСШИФРОВКА) РЕЗУЛЬТАТОВ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ**

В табл. 10-3 представлены нормы лабораторных показателей у беременных.

Таблица 10-3. Нормы лабораторных показателей у беременных

Показатель	Небеременные женщины	Беременные женщины		
		I триместр	II триместр	III триместр
Общий белок, г/л	71,0	66,0	64,0	62,0
Альбумин, г/л	34,0	32,0	28,0	25,6
Глобулины, г/л:				
a1-глобулины	0,36	0,40	0,44	0,51
a2-глобулины	0,68	0,70	0,77	0,87
b-глобулины	1,01	0,96	1,2	1,4
g-глобулины	0,97	0,73	0,69	0,68
Альбумин/глобулин	1,32	1,26	1,06	0,84
Мочевина, ммоль/л	4,5	4,5	4,3	4,0
Креатинин, мкмоль/л	73,0	65,0	51,0	47,0

Глюкоза, ммоль/л	4,5–5,0	4,2	3,9	3,8
Билирубин, мкмоль/л	3,4–17,1	—	—	—
Билирубин прямой, мкмоль/л	0–3,4	—	—	3,0
Билирубин непрямой, мкмоль/л	3,4–13,7	—	—	—
АЛТ, МЕ/л	7–40	—	—	—
АСТ, МЕ/л	10–30	—	—	—
ЩФ, МЕ	25	26	50	75
Натрий, ммоль/л	142,0	139,0	137,0	134,0
Калий, ммоль/л	4,8	4,9	4,8	4,0
Хлор, ммоль/л	107,0	102,0	98,0	99,0
Кальций, ммоль/л	4,9	4,5	4,1	4,1
Магний, ммоль/л	2,2	2,0	1,7	1,4
Фосфор, ммоль/л	2,0	1,57	1,53	1,47
Железо, мкмоль/л	13–32	21	14,6	10,6

Причины гипопроотеинемии:

· Недостаточное введение белка:

- Длительное голодание.
- Продолжительное соблюдение безбелковой диеты.

· Повышенные потери белка:

- Заболевания почек.

- Гестоз.

- Кровопотеря.

- Ожоги.

- Новообразования.

- СД.

- Асцит.

· Нарушение образования белка в организме:

- Недостаточная функция печени (гепатиты, циррозы, токсические повреждения печени).

- Нарушение всасывания белка (энтериты, энтероколиты, панкреатиты).

- Длительное лечение глюкокортикоидами.

· гемодилюция:

- Беременность (в основном гипоальбуминемия).

- Значительные инфузии.

Причины гиперпротеинемии:

· Дегидратация:

- Обширные ожоги.

- Тяжёлая травма.

- холера.

· Инфекции:

- Острые инфекции — результат дегидратации и синтеза белков острой фазы.

- Хронические инфекции — повышенное образование иммуноглобулинов.

- Парапротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема).

Причины азотемии:

- Надпочечные, приводящие к повышенному образованию азотистых шлаков в организме:

- Потребление большого количества белка в пище.

- Воспалительные процессы.

- Обезвоживание в результате рвоты, диареи и др.

· Почечные:

- Острые и хронические гломерулонефриты.

- Хронические пиелонефриты.
- Нефросклерозы.
- Синдром длительного сдавления.
- АГ со злокачественным течением.
- Гидронефроз, выраженный поликистоз, туберкулёз почки.
- Амилоидный или амилоиднолипоидный нефроз.
- Острая почечная недостаточность (ОПН).
- Подпочечные, включающие состояния, при которых имеется препятствие в мочевыводящих путях:
- Мочекаменная болезнь.
- Опухоли.

Причины повышения креатинина:

- ОПН и ХПН.
- Гипертиреоз.
- Акромегалия или гигантизм.
- СД.
- Мышечная дистрофия.
- Обширные ожоги.
- Кишечная непроходимость.

Причины гипергликемии:

- СД.
- Гестационный СД.
- Повышение гормональной активности щитовидной железы, коры и мозгового слоя надпочечников, гипофиза.
- Травмы и опухоли мозга.
- Эпилепсия.
- Поражение ЦНС.
- Сильное эмоциональное и психическое возбуждение.

Причины гипогликемии:

- Длительное голодание.
- Нарушение всасывания углеводов (заболевания желудка и кишечника, демпингсиндром).
- Хронические заболевания печени, приводящие к нарушению синтеза гликогена и уменьшению печёночного депо углеводов.
- Нарушение секреции контринсулярных гормонов:
  - Гипопитуитаризм.
  - Хроническая недостаточность коры надпочечников.
  - Гипотиреоз.
- Передозировка или неоправданное назначение инсулина и пероральных гипогликемических препаратов.
- Заболевания, протекающие с «функциональной» гиперинсулинемией:
  - Ожирение.
  - СД 2 типа лёгкой степени.
- Заболевания ЦНС: менингиты и менингоэнцефалиты различной этиологии.
- Органический гиперинсулинизм:
  - Инсулинома.
  - Гиперплазия β-клеток островков поджелудочной железы.

Причины непрямой гипербилирубинемии:

- Гемолитические анемии.
- Наследственные заболевания, в основе которых лежит генетический дефект ферментов печени, связывающих свободный билирубин (синдром Жильбера, Криглера–Найяра).
- Приём некоторых лекарственных препаратов (хлорамфеникол и т.д.), отравление мухомором, бензолом.

Причины прямой гипербилирубинемии:

- Повреждение гепатоцитов:
  - Гепатиты (вирусные, токсический, алкогольный, лекарственный).
  - Цирроз печени.
  - Метастазы в печень.
  - Инфекционный мононуклеоз.
- Нарушение оттока желчи:
  - Холестит.
  - Холангит.
  - Желчекаменная болезнь.
  - Холестаз беременных.
  - Острая жировая дистрофия печени.
  - Опухоли (холангиокарцинома, рак фатерова соска, рак поджелудочной железы, лимфомы, лимфогранулематоз, метастазы в лимфатические узлы ворот печени).
  - Пороки развития желчных путей (стриктуры, атрезия, кисты желчных протоков).
  - Наследственные заболевания, приводящие к нарушению экскреции билирубина в желчь (синдром Дабина–Джонсона, Ротора).

Причины повышения активности АЛТ:

- Гепатиты (вирусные, токсический, алкогольный, лекарственный).
- Нарушение оттока желчи:
  - Холестит.
  - Холангит.
  - Желчекаменная болезнь.
  - Холестаз беременных.
  - Острая жировая дистрофия печени.
  - Опухоли (холангиокарцинома, рак фатерова соска, рак поджелудочной железы, лимфомы, лимфогранулематоз, метастазы в лимфатические узлы ворот печени).
  - Пороки развития желчных путей (стриктуры, атрезия, кисты желчных протоков).
  - Инфаркт миокарда.

Причины повышения холестерина:

- Заболевания печени.
- Внутри и внепечёночный холестаз.

- Холестаз беременных.
- Гломерулонефрит.
- Нефротический синдром.
- ХПН.
- Гипотиреоз.
- Гипертоническая болезнь.
- Ишемическая болезнь сердца.
- СД.
- Подагра.
- Наследственные дислипотеинемии (полигенная гиперхолестеринемия, семейная комбинированная гиперлипидемия и т.д.).

Причины снижения холестерина:

- Недостаточность питания.
- Гипертиреоз.
- Синдром мальабсорбции.
- Сидеробластная, мегалобластная анемия, талассемия.
- Хронические обструктивные болезни лёгких (ХОБЛ).
- Цирроз печени.
- Злокачественные опухоли печени.

Причины гипокалиемии:

- Потеря жидкости через ЖКТ, в том числе в результате рвоты и диареи.
- Длительное лечение осмотическими диуретиками или салуретиками, а также диабетическая глюкозурия.
- Стрессовые состояния, сопровождающиеся повышенной активностью надпочечников, болезнь Кушинга.
- Уменьшение потребления калия в послеоперационном и посттравматическом периодах в сочетании с задержкой натрия в организме (ятрогенная гипокалиемия).
- Продолжительный ацидоз или алкалоз, изза чего может быть нарушена функция почек и возникает калийурия.
- Длительное применение глюкокортикоидов.
- Дилуционная гипокалиемия при регидратации.
- ХПН.

Причины гиперкалиемии:

- Понижение экскреции калия почками при ОПН и ХПН, а также окклюзии почечных сосудов.
- Острая дегидратация.
- Обширные травмы, ожоги или крупные операции.
- Тяжёлый метаболический ацидоз и шок.
- Хроническая надпочечниковая недостаточность (гипоальдостеронизм).
- Олигурия или анурия любого генеза.
- Диабетическая кома.
- Приём калийсберегающих диуретиков (триамтерена, спиронолактона).
- Неконтролируемое введение калия.

Причины гипонатриемии:

- Длительный приём диуретиков.
- СД.
- Недостаточность коры надпочечников (болезнь Аддисона).
- Частая рвота и диарея.
- Низкое содержание соли в пище.
- Применение антибиотиков группы аминогликозидов, стероидных препаратов.
- Заболевания почек:
  - Острый и хронический пиелонефрит.
  - Поликистоз почек.
  - Обтурация мочевыводящих путей.
  - ХПН.

Причины гипернатриемии:

- Дегидратация.
- Несахарный диабет.
- Почечные заболевания с олигурией.
- Гиперальдостеронизм.
- Продолжительная рвота и понос без возмещения жидкости.
- Солевая нагрузка.

Причины гипокальциемии:

- Почечная недостаточность.
- Гипопаратиреоз.
- Тяжёлая гипомagneмия.
- Гипермагнемия.
- Острый панкреатит.
- Некроз скелетных мышц.
- Недостаток витамина D.
- Распад опухоли.

Причины гиперкальциемии:

- Гиперпаратиреоз.
- Злокачественные новообразования (метастазы в кости, заболевания крови: миеломная болезнь, лимфома, лимфосаркома).

Причины гипофосфатемии:

- Нарушение всасывания в кишечнике.
- Дефицит витамина D.
- Внутривенные инфузии глюкозы.
- Дыхательный алкалоз, особенно у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ).
- Гиперпаратиреоз.



Причины гиперфосфатемии:

- Почечная недостаточность.
- Гипопаратиреоз.
- Передозировка витамина D.
- Метаболический и респираторный ацидоз.
- Распад опухолей.

Причины гипомагниемии:

- Нарушение всасывания в кишечнике:
- Неполноценное питание.
- Продолжительная диарея.
- Энтероколиты.
- Кишечная непроходимость.
- Алкоголизм.
- Усиленная экскреция магния почками:
- Полиурия при заболеваниях почек.
- Гиперкальциемия.
- Приём мочегонных средств.
- СД.
- Беременность.

Причины гипохлоремии:

- Повышенное потоотделение.
- Диарея.
- Рвота.
- ХПН и ОПН.
- Неконтролируемая терапия диуретиками.
- Гипокалиемический метаболический алкалоз.
- Диабетический ацидоз.
- Почечный диабет.
- Заболевания надпочечников с нарушением образования минералокортикоидов.

Причины дефицита железа:

- Однообразное питание с низким содержанием животных белков и зелени.
- Нарушение всасывания:
- Недостаток витамина С.
- Заболевания желудка и кишечника (атрофические процессы, удаление части желудка, воспалительные процессы).
- Злокачественные заболевания.
- Беременность.

Причины повышения сывороточного железа:

- Наследственные и приобретённые гемохроматозы.
- Экзогенный или эндогенный сидероз.
- Гипопластические, гемолитические и мегалобластные анемии.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ

В качестве альтернативных методов можно использовать:

- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Пробу Реберга–Тареева.

Автор: Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И.

## **Тема:7. Гравидограмма. Антенатальный уход.**

### **Антенатальный уход**

В последние годы взгляды на антенатальный уход и уход во время родов значительно изменились. Существуют восемь главных Целей развития тысячелетия (ЦРТ), сформулированных ВОЗ в Докладе о состоянии здравоохранения в мире (2005 г.).

Цель 1: Преодолеть крайнюю бедность и голод

Цель 2: Достичь глобального начального образования

Цель 3: Способствовать гендерному равенству и делегированию полномочий женщинам

Цель 4: Уменьшить процент детской смертности

Цель 5: Улучшить здоровье матерей

Цель 6: Бороться с распространением ВИЧ/СПИДа, малярии и туберкулеза

Цель 7: Обеспечить устойчивость окружающей среды

Цель 8: Развивать глобальное партнерство для всеобщего развития

Несмотря на то, что только три цели прямо связаны с перинатальным уходом, другие также имеют связь с системой здравоохранения.

Материнство – это позитивный опыт для большинства женщин. Это значит, что большинство женщин и их семьи испытывают чувство счастья, гордости и возвышенные эмоции во время беременности, родов и послеродового периода. Однако в сегодняшнем мире много матерей умирает из-за проблем, связанных с беременностью, а еще больше женщин страдает от болезней и нетрудоспособности.

Одной из Стратегий ВОЗ «Здоровье в 21-м веке» является обеспечение здорового начала жизни. Инициатива ВОЗ «Безопасное материнство» была разработана, чтобы помочь добиться этой цели, и позже в 2004 г. переросла в программу «Сделаем материнство безопаснее». Основные принципы и ценности эффективных перинатальных технологий были разработаны группой экспертов ВОЗ из Европейского региона во время встреч в Венеции в 1998 г. и в Вероне в 2003 г. Эти принципы в последствии получили широкую поддержку, распространение и реализацию во всех странах региона.

Фундаментальный принцип эффективного перинатального ухода: женщине отводится главная роль во всех решениях, связанных с безопасной беременностью и безопасными родами. Наилучшая модель охраны здоровья базируется на трех столпах: безопасность, доказательная медицина и потребности пациента.

Программы по антенатальному уходу разработаны с тем, чтобы найти способы снижения материнской и перинатальной смертности, а также перинатальной заболеваемости.

Роль медицинских работников, занятых в сфере дородового ухода, заключается в том, чтобы:

Поддерживать психологическую адаптацию женщины к беременности, родам, кормлению грудью и родительской роли.

Следить за течением беременности, чтобы обеспечить здоровье и благополучие как матери, так и плода.

Обследовать всех женщин и выявлять признаки возможных осложнений.

Предоставлять женщинам важную информацию об их здоровье: здоровое питание, отказ от курения, профилактика ВИЧ, планирование семьи, предотвращение насилия.

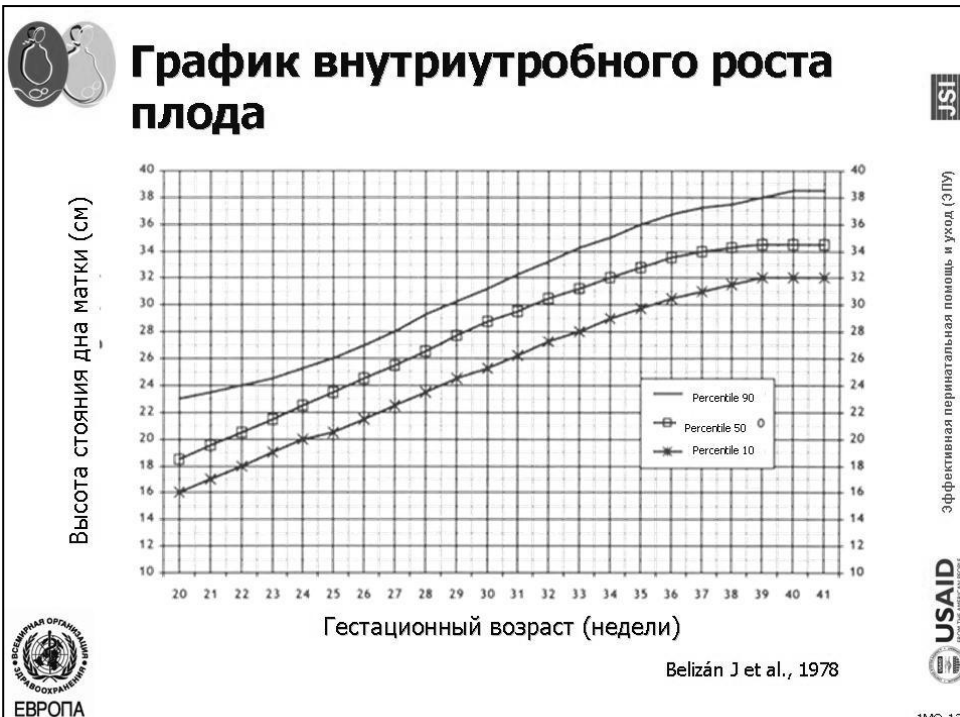
Прежде всего, женщину необходимо **информировать относительно тревожных симптомов**, возникающих во время беременности, в том числе о появлении осложнений.

Дородовые занятия играют важную роль в предоставлении женщине и ее семье информации и о беременности и родах.

**В Республике Узбекистан» каждая беременная женщина должна осуществить минимум 7 плановых дородовых визитов (до 12 нед., в 16 нед., 28 нед., 30 нед., 34 нед., 36 нед., 38 нед.) или чаще, при необходимости для консультирования и обследования.**

Назначение фолиевой кислоты с целью предотвращения дефектов нервной трубки, полное обследование и надлежащие консультирование женщин, страдающих сахарным диабетом, еще до начала беременности должны быть своевременными. Кроме того, можно дать

рекомендации по здоровому питанию и изменению образа жизни (например, курящим женщинам).  
Гравидограмма



## **Консультативные/клинические навыки АНУ**

### **Этапы обследования беременной на 1 приеме (до 12 недель гестации):**

1. Подготавливается к приему пациентки и сопровождающих ее лиц: необходимые документы; место медосмотра; инструменты и перчатки.
2. Приветствует пациентку, представляется ей.
3. Заполняет или знакомится с данными амбулаторной карты: - имя и фамилия пациентки; - её возраст; - данные о её месте проживания и работы; - состоит ли в браке.
4. Обращает внимание на внешний вид и поведение беременной (нет ли симптомов угнетенного состояния, страха, беспокойства и др.)
5. Расспрашивает пациентку о её общем соматическом анамнезе и жалобах
6. Расспрашивает пациентку, и сделайте пометки в амбулаторной карте о перенесенных гинекологических заболеваниях и течении предыдущих беременностей.
7. Расспрашивает и делает пометки в амбулаторной карте о характере и дате последней менструации.
8. Объясняет все процедуры, которые будут проведены.
9. Проводит необходимые исследования:  
измерение А/Д (если диастолическое А/Д превышает 90 мм. рт. ст. от начального уровня до 20 недели беременности, необходима оценка и консультация специалиста);  
анализ мочи (исследование на бессимптомную бактериурию, наличие белка, глюкозы, кетоновых тел);  
взвешивание (Определить Индекс Массы Тела (ИМТ) = вес (кг)/рост (м<sup>2</sup>). Приемлемые границы от 18 до 35. Если ИМТ  $\geq 35$  или  $\leq 18$ , дается соответствующая рекомендация по диете или направляет для дальнейшего обследования (не следует акцентировать внимание на увеличение веса женщины при нормальном ИМТ и назначать ограничительные диеты);  
УЗ исследование рекомендуется в ранних сроках при наличии, каких либо веских причин для такого рода исследований. УЗ исследование с целью определения нарушений анатомического развития плода, обычно не рекомендуется раньше 18 недель, а при исследовании сердца - около 22 недель беременности);  
Назначение сдачи анализов: кровь на сифилис - RW, гепатиты В и С, после **информированного согласия женщины** - добровольное тестирование на ВИЧ/СПИД, общий анализ крови, группа и резус-фактор, кровь на сахар, общий анализ мочи, анализ выделений из 3х точек, анализ кала на определение паразитов.
10. Осматривает ноги беременной на предмет выявления отеков и варикозного расширения вен.
11. Проводит исследование органов гениталий:  
Осмотр наружных половых органов:  
Осмотр при помощи зеркал;  
Бимануальное исследование.
12. Проводит исследования молочных желез.
13. На основании данных анамнеза и результатов объективных, лабораторных и инструментальных исследований определяет срок беременности. При наличии патологических отклонений - формулирует диагноз.
14. Подсчитывает предполагаемую дату родов: к дате последней менструации (первому дню) добавляет 7 дней и вычитает 3 месяца.
15. Результаты всех осмотров вносит в родовую карточку женщины. Записи должны быть аккуратными, с подписью лица, проводившего обследование беременной.

16. Обучает заполнять домашнюю карту беременной
17. Профилактически назначает 60 мг железа и 1 мг фолиевой кислоты.
18. Назначает время и дату следующего посещения
19. Следуя правилам профилактики инфекции обрабатывает смотровой стол, инструменты и перчатки.

**Консультативные и клинические навыки по ведению физиологической беременности (последующие визиты):**

1. Приветствует пациентку, просит расположиться поудобнее
2. Расспрашивает о самочувствии женщины, жалобах, ощущениях за период, прошедший со времени предыдущего посещения.
3. Обращает внимание на внешний вид и поведение пациентки
4. Обращает внимание на цвет кожных покровов.
5. Объясняет все процедуры, которые будут произведены.
6. Пальпирует область берцовых костей для определения наличия отеков.
7. Измеряет сантиметровой лентой окружность голени вокруг лодыжек.
8. Измеряет АД на обеих руках.
9. Интерпретирует анализ мочи.
10. Повторяет общий анализ мочи и крови в 30-32 недели
11. В 14-20 недель проводит УЗ исследование для исключения аномалий развития плода (если есть риск)
12. Проводит акушерское исследование:  
исследует молочные железы;  
определяет высоту стояния дна матки;  
проводит пальпацию живота;  
выслушивает сердцебиение плода;  
- определяет шевеления или движения плода.
13. Проводит анализ влагалищных выделений.
14. Результаты исследований вносит в амбулаторную карту беременной.
15. При появлении отклонений от физиологических параметров проведенных исследований назначает консультацию специалиста для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.
16. Делает пометки в карте беременной.
17. Беседует с пациенткой, отвечает на интересующие её вопросы.
18. Назначает дату и время следующего посещения.
19. Благодарит за приход.
20. Соблюдает правила профилактики инфекции во время и после приема пациентки.

**Уход во время беременности**

1. Приветствует пару уважительно и доброжелательно.
2. Представляется им. Рассказывает родителям об их будущем ребёнке, начиная от зачатия и до рождения. Используя наглядные материалы, рассказывает о физиологических изменениях, происходящих в организме женщины во время беременности и об её ощущениях при этом: в эндокринной системе; метаболизме: дыхательной системе: желудочно-кишечной системе; в мочевыделительной системе; в репродуктивной системе; в молочных железах; в костной системе.
3. Гигиена беременных.  
Учит пациентку тому, как можно облегчить так называемые «маленькие» жалобы при беременности:  
**тошноту:**  
нужно есть меньше, но чаще:  
по возможности завтракать в постели, а затем полежать 15 минут прежде, чем встать;  
есть на завтрак продукты, содержащие белки (мясо, яйца); молочные продукты (кефир, простоквашу, сыр, курт) и др:  
избегать прием трудно перевариваемых продуктов, таких как жиры, варенная цветная капуста;  
есть больше твердой пищи, чем жидкой;

пить газированную воду, но в разумных пределах, она облегчает пищеварение, но увеличивает аппетит и содержит соли, что может привести к излишнему прибавлению массы тела.

**изжогу, запоры:**

- не надо есть много;
- есть часто и дробно;
- не употреблять высококалорийные и кислые продукты;
- физические упражнения;
- включать в рацион питания продукты, богатые клетчаткой (овощи, фрукты, хлеб грубого помола, зёрна злаков и др.)
- утром натощак и в течение дня выпивать несколько стаканов жидкости.

**одышку:**

следует сократить до минимума физические усилия;  
если дышать становится совсем трудно, необходимо обратиться к врачу.  
сопровождаются ли ощущением тяжести, жара, «мурашек», боли в ногах, отеками и судорогами;  
состояние усугубляется при долгом стоянии, усталости, а также в жаркую погоду и, особенно в конце дня.

**4.** Рассказывает о правильном питании женщины во время беременности и после нее. Рацион питания беременных должен быть разнообразным

В первом триместре важно обеспечить поступление в организм полноценного белка (нежирные сорта мяса, мясо курицы, яйца).

Тугоплавкие жиры (бараний, свиной, говяжий) употреблять не стоит. Растительное масло содержит витамин Е. необходимый для развития беременности.

Следует ограничить количество вводимых с пищей рафинированных сахаров, кондитерских изделий, конфет, варенья. Полезные для беременной углеводы содержатся в растительной клетчатке (хлеб из муки грубого помола, разнообразные фрукты и овощи).

Уточните суточный рацион и калорийность пищи, так называемая «пирамида» питания. необходимое количество в суточном рационе микроэлементов.

**5.** Разъясните о необходимости подготовки к кормлению грудью, подготовке сосков.

**6.** Научите антенатальным упражнениям, позволяющим улучшить функцию внутренних органов. В системе психофизической подготовки к родам существует комплекс специальных упражнений, которые способствуют более благоприятному течению беременности, родов и послеродового периода. Упражнения во время беременности необходимо проводить под контролем врача.

Дыхательные упражнения:

- Грудное дыхание. А. дыхание с задержкой. Б. поверхностное дыхание.
- В. прерывистое дыхание.
- Брюшное дыхание. А. полное дыхание. Мышечные упражнения.

**7.** Освещает вопросы сексуальной жизни в период беременности.

**8.** Убеждает родителей в необходимости вести здоровый образ жизни для благополучного исхода беременности: о вреде курения; о вреде алкоголя; о вреде наркотиков.

**9.** Разъясняет супругу о необходимости создания благоприятного психологического климата в семье для беременной женщины.

**10.** Учит беременную вести домашние записи матери.

**11.** Обучает пару, как распознать ранние тревожные симптомы наиболее встречающихся осложнений во время беременности:

- анемию;
- гипертензивные нарушения во время беременности;
- кровянистые выделения из половых путей;
- замедление внутриутробного развития плода;
- дистресс плода.

**12.** Внимательно выслушивает и исчерпывающе отвечает на все возникшие у пациентов вопросы.

**13.** Просит коротко повторить инструкции, чтобы убедиться в правильности усвоенной информации.

14. Назначает дату следующего занятия.

#### **Основные лечебные мероприятия**

Назначение препаратов йода 200 мг/сут в течение всей беременности

Фолиевой кислоты 1 мг/сут до 12 недель беременности

При выявлении анемии и в регионах анемией назначить 60 мг железа/сут

#### **Следующие группы женщин будут нуждаться в дополнительном уходе:**

- женщины с наличием заболеваний сердца, почек, гипертензии, психиатрическими, гематологическими проблемами, эпилепсией, диабетом, злокачественными новообразованиями, аутоиммунными заболеваниями, ВИЧ и другими экстрагенитальными заболеваниями.
- женщины с недостатком психологической поддержкой во время беременности
- женщины в возрасте старше 35 и младше 20 лет
- в случае если индекс массы тела ИМТ <18,5 или >32,3 кг/м<sup>2</sup>
- женщины, перенесшие кесарево сечение
- женщины с преэклампсией, HELLP- синдромом или эклампсией в анамнезе
- женщины с двумя и более самопроизвольными абортами в анамнезе
- женщины, у которых в анамнезе случались преждевременные роды или самопроизвольное прерывание беременности во втором триместре
- женщины с психическими заболеваниями или послеродовым психозом в анамнезе
- женщины, у которых хотя бы одна из предыдущих беременностей закончилась мертворождением или произошла смерть ребенка в неонатальном периоде
- женщины, родившие ребенка с генетическими или врожденными аномалиями
- женщины, родившие детей, степень зрелости которых не соответствовала гестационному сроку
- женщины с бесплодием в анамнезе и после ЭКО
- женщины с настоящей многоплодной беременностью

Важно проводить обследование женщин с мертворождением в анамнезе на предмет носительства ЦМВ

#### **Показания к госпитализации**

В случае впервые выявленного ЭГЗ, требующего наблюдения и лечения, а также суб- и декомпенсированных стадий ЭГЗ - госпитализация с решением вопроса о целесообразности пролонгирования беременности.

## **Тема 8. Методы диагностики в акушерстве. Организация сестринского процесса.**

### **Основные методы диагностики в акушерстве и гинекологии**

Основные задачи клинического обследования беременных — оценка их соматического здоровья и акушерского статуса, а главное — выявление факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и родов и ухудшить здоровье плода\новорожденного. Без клинического обследования беременных невозможна правильная оценка факторов риска развития перинатальной патологии и акушерских осложнений.

При клиническом обследовании беременной женщины или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное акушерское обследование.

### **ОПРОС**

Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода. При опросе выясняют следующие сведения:

- Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.
- Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу:  
юная первородящая — до 18 лет, возрастная (пожилая, старая)  
первородящая — свыше 30 лет.
- Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).
- Причина обращения к врачу акушеру-гинекологу.
- Условия труда и быта. Профессия. При наличии профессиональной вредности в целях исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины.
- Условия жизни: количество человек, проживающих с беременной, материальная обеспеченность, жилищные условия, наличие животных в квартире.
- Перенесённые соматические и инфекционные заболевания: детские инфекции — ветряная оспа, краснуха, корь, коклюш, эпидемический паротит, скарлатина; заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринной системы, ЖКТ, мочеполовой, дыхательной системы; рахит, ревматизм, дифтерия, дизентерия, вирусный гепатит, тиф, туберкулёз, токсоплазмоз, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), онкологические заболевания и др.
- Перенесённые переливания препаратов крови, аллергические реакции, операции, травмы (сотрясения головного мозга, переломы и др.).
- Эпидемиологический анамнез.
- Привычные интоксикации (курение табака, употребление алкоголя, наркотиков).
- Менструальная и половая функция.
- Репродуктивная функция: количество предыдущих беременностей, продолжительность, течение, многоплодные беременности, исходы (роды и аборт), интервалы между беременностями, осложнения в родах, осложнения после родов и абортов, масса новорождённого (новорождённых), развитие и здоровье имеющихся в семье детей. Акушерский анамнез дает ценную информацию для прогнозирования акушерских осложнений, особенностей течения беременности и родов. Осложнения предыдущих беременностей и родов, короткий интергенетический интервал повышают риск осложнений. В случае наличия рубца на матке после КС, энуклеации миоматозного узла, ушивания перфорационного отверстия необходимо уточнить срок перенесённой операции, вид КС (корпоральное или в нижнем маточном сегменте), характер течения послеоперационного периода.
- Перенесённые заболевания половых органов: воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, маточных  
трубах, яичниках; ИППП.
- Семейный анамнез:

- ✧ состояние здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулёз, алкоголизм, венерические заболевания, курение и др.);
- ✧ наследственность (многоплодные беременности, СД, онкологические и психические заболевания, гипертоническая болезнь, наличие в семье детей с врождёнными и наследственными заболеваниями и др.);
- ✧ возраст и состояние здоровья мужа, группа и резус-принадлежность его крови, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости — эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог.

При наличии показаний проводят медико-генетическое консультирование.

Первичный осмотр беременной терапевтом и другими специалистами без ознакомления с выпиской из амбулаторной карты недопустим. Он возможен только в тех случаях, когда женщина не имеет амбулаторной карты по месту жительства.

Объективное исследование беременной включает:

- термометрию;
- антропометрию (измерение роста, определение массы тела);
- измерение АД для диагностики АГ;
- определение телосложения и пельвиометрию;
- осмотр кожных покровов;
- осмотр и пальпацию молочных желёз;
- осмотр и пальпацию живота;
- пальпацию лонного сочленения;
- исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, нервной и эндокринной систем;
- рутинные исследования, проводимые врачами других специальностей.

Определение росто-весовых показателей является необходимым условием для

диагностики ожирения и выявления скрытых отеков. Чем раньше выполнена антропометрия, тем более достоверными будут данные для сравнения по мере

прогрессирования беременности.

Аналогичная закономерность относится и к измерению АД, так как в поздние сроки беременности



дифференциальная диагностика гипертонической болезни и гестоза усложняется. Обязательно следует установить значение АД до беременности, так как диагностика АГ во время беременности основана на сравнении данных с исходными (до беременности или в ее начале). Так, повышение систолического АД на 30 мм рт. ст. и более по сравнению с исходными показателями и повышению диастолического АД на 15 мм рт. ст. указывают на АГ. Особенно важно это учитывать у женщин с гипотонией до беременности, когда абсолютные цифры АД при гестозе невысоки.

#### АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

- наружное акушерское исследование;
- внутреннее акушерское исследование;
- дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование включает: осмотр, пельвиометрию, а после 20-недельного срока и измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.

Внутреннее акушерское исследование включает: осмотр наружных половых органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное исследование.

#### Наружное акушерское исследование

##### Акушерские измерения

Для косвенной оценки внутренних размеров малого таза проводят пельвиометрию.

Значения наружных размеров таза в норме:

- *distantia spinarum* 25–26 см;
- *distantia cristarum* 28–29 см;
- *distantia trochanterica* 31–32 см;
- *conjugata externa* 20–21 см;
- *conjugata diagonalis* 12,5–13 см.

Наиболее важно уже при первом осмотре определить *conjugata vera* (истинную конъюгату), то есть прямой размер входа в малый таз (в норме 11–12 см).

Достоверные данные может дать ультразвуковое измерение, однако в связи с недостаточной распространённостью этого метода в настоящее время по-прежнему используют косвенные методы определения истинной конъюгаты:

- из значения *conjugata externa* вычитают 9 см и получают приблизительный размер истинной конъюгаты;

- по вертикальному размеру ромба Михаэлиса (он соответствует значению истинной конъюгаты);

- по размеру Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки), который равнозначен истинной конъюгате;

- по значению диагональной конъюгаты — расстояние от нижнего края лобкового симфиза до наиболее выдающейся точки крестцового мыса (12,5–13 см).

Определяют при вагинальном исследовании. При нормальных размерах таза

мыс недостижим. В случае достижения мыса из величины диагональной конъюгаты вычитают индекс Соловьёва и получают размер истинной конъюгаты.

Ряд авторов на основании сопоставления данных измерений индекса Соловьёва

(1/10 окружности кисти в области лучезапястного сустава) и истинной конъюгаты предлагают вычитать из величины диагональной конъюгаты 1/10 окружности кисти. Например, при диагональной конъюгате 11 см и окружности лучезапястного сустава 16 см надо вычесть 1,6 — размер истинной конъюгаты составит 9,4 см (первая степень сужения таза), при окружности кисти 21 см вычитают 2,1, в этом случае размер истинной конъюгаты равен 8,9 см (вторая степень сужения таза).

При отклонении одного или нескольких размеров от указанных значений необходимо произвести дополнительные измерения таза:

- боковая конъюгата — расстояние между передней и задней остями подвздошных костей одной и той же стороны (14–15 см и больше); если боковая конъюгата составляет 12,5 см и меньше, родоразрешение невозможно;

- косые размеры малого таза:

- ✧ от середины верхнего края лобкового симфиза до задней верхней ости обеих сторон (17,5 см);

- ✧ от передней верхней ости одной стороны до задней верхней ости другой стороны (21 см);

- ✧ от остистого отростка V поясничного позвонка до передне-верхней ости каждой подвздошной кости (18 см); измеренные расстояния сравнивают попарно.

Разница между размерами каждой пары более 1,5 см свидетельствует о косом сужении таза, что может отразиться на течении родов.

Также необходимо определить угол наклона таза — угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта (измеряется тазоугломером в положении женщины стоя); обычно он равен 45–55°; отклонение его величины в ту или иную сторону может неблагоприятно сказаться на течении родов.

Измеряют лонный угол — угол между нисходящими ветвями лонной кости.

Лонный угол измеряют в положении беременной на гинекологическом кресле, при этом большие пальцы обеих рук располагают вдоль нисходящих ветвей лонной кости. В норме лонный угол равен 90–100°.

Информативно измерение размеров выхода таза:

- прямой размер (9 см) — между вершиной копчика и нижним краем лобкового

симфиза. Из полученной цифры следует вычесть 2 см (толщина костей и мягких тканей);

- поперечный размер (11 см) измеряют тазомером с перекрещивающимися ветвями или жесткой линейкой между внутренними поверхностями седалищных бугров. К полученной цифре прибавляют 2 см (толщина мягких тканей).

Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка (в конце

нормальной беременности она равна 90–100 см) и высоту стояния дна матки (ВДМ) — расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки.

В конце беременности ВДМ в среднем равна 36 см. Измерение живота позволяет акушеру определить срок беременности, приблизительную предполагаемую массу плода (перемножив значения двух указанных размеров), выявить нарушение жирового обмена, заподозрить многоводие, маловодие.

**Пальпация**

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13–15 нед), можно определить тонус матки,

величину плода, количество ОВ, предлежащую часть, а затем по мере прогрессирования беременности — членорасположение плода, его положение, позицию и вид.

При пальпации живота используют так называемые приёмы наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда):

- 1-й приём наружного акушерского исследования — определение ВДМ и части

плода, находящейся в дне.

- 2-й приём наружного акушерского исследования — определение позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек).

**Внутреннее акушерское исследование**

Внутреннее акушерское исследование производят при следующих условиях:

беременная должна лежать на спине, согнув ноги в коленных и тазобедренных суставах и разведя их в стороны; таз женщины должен быть приподнят; мочевой пузырь и кишечник опорожнены; исследование производят с соблюдением всех правил асептики.

**Осмотр наружных половых органов**

При осмотре наружных половых органов отмечают характер оволосения (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая и корытообразная, низкая); наличие патологических процессов: воспаление, опухоли, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов. При осмотре области заднепроходного отверстия обращают внимание на наличие геморроидальных узлов.

Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных ходов и выходных протоков больших желез

преддверия влагалища.

Осмотр шейки матки при помощи зеркал При исследовании используют ложкообразные или створчатые зеркала.

Определяют: окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наружного маточного зева, наличие патологических процессов на шейке матки (рубцовая деформация, эктропион, эктопия, лейкоплакия, полип цервикального канала, кондиломы) и стенках влагалища.

Акушерское влагалищное исследование в первом триместре беременности двуручное (влагалищно-брюшностеночное), а во II и III триместрах — одноручное (нет необходимости в пальпации через переднюю брюшную стенку).

В начале исследования определяют состояние промежности (её ригидность, наличие рубцов) и влагалища (ширину и длину, состояние его стенок, складчатость). Затем обследуют шейку матки: определяют её длину, форму, консистенцию, наличие на ней рубцов и разрывов, состояние наружного зева (закрыт, приоткрыт, пропускает кончик пальца, проходим для одного пальца и т.д.).

Накануне родов определяют степень зрелости шейки матки, которая является интегральным показателем готовности организма к родам.

Существует множество различных методик оценки зрелости шейки матки. Во

всех методиках принимают во внимание следующие параметры:

- консистенцию шейки матки;
- длину влагалищной части и шейечного канала матки;
- степень проходимости шейечного канала;
- расположение и направление оси шейки матки в полости малого таза;
- состояние нижнего сегмента матки и толщину стенки влагалищной части

шейки матки.

С учётом этих признаков разработаны классификации степени зрелости шейки матки (табл. 9-1) (Bishop E.H., Г.Г. Хечинашвили).

Таблица 1. Схема оценки зрелости шейки матки (Bishop E.H., 1964)

	Баллы	Признак
3	2	1

В проводной линии	Срединное	стцуК кре	Положение шейки матки по отношению к крестцу
Сглажена	см 1	см и более 2	Длина шейки матки
Мягкая	Размягчена	Плотная	Консистенция шейки матки
см 3	см 2–1	Закрыт	Открытие наружного зева
На нижнем краю лона и ниже	Между верхним и нижним краем лона	Над входом	Расположение предлежащей части

При оценке 0–5 баллов шейку матки считают незрелой, если сумма баллов более 10 — шейка матки зрелая (готова к родам) и можно применять родовозбуждение.

Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:

- Незрелая шейка матки — размягчение заметно только по периферии. Шейка матки плотновата по ходу цервикального канала, а в отдельных случаях — во всех отделах. Влагалищная часть сохранена или слегка укорочена, расположена сакрально. Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца, определяется на уровне, соответствующем середине между верхним и нижним краем лонного сочленения.
- Созревающая шейка матки размягчена не полностью, всё ещё заметен участок плотноватой ткани по ходу шейечного канала, особенно в области внутреннего зева. Влагалищная часть шейки матки слегка укорочена, у первородящих наружный зев пропускает кончик пальца. Реже шейечный канал проходим для пальца до внутреннего зева либо с трудом за внутренний зев. Между длиной влагалищной части шейки матки и длиной шейечного канала существует разница более 1 см. Заметен резкий переход шейечного канала на нижний сегмент в области внутреннего зева. Предлежащая часть пальпируется через своды недостаточно отчетливо. Стенка влагалищной части шейки матки всё ещё довольно широка (до 1,5 см), влагалищная часть шейки расположена в стороне от проводной оси таза. Наружный зев определен на уровне нижнего края симфиза или несколько выше.
- Не полностью созревшая шейка матки почти совсем размягчена, лишь в области внутреннего зева ещё определяется участок плотноватой ткани. Канал во всех случаях проходим для одного пальца за внутренний зев, у первородящих — с трудом. Отсутствует плавный переход шейечного канала на нижний сегмент. Предлежащая часть пальпируется через своды довольно отчетливо.

Стенка влагалищной части шейки матки заметно истончена (до 1 см), а сама влагалищная часть расположена ближе к проводной оси таза. Наружный зев определён на уровне нижнего края симфиза, иногда и ниже, но не доходя до уровня седалищных остей.

- Зрелая шейка матки полностью размягчена, укорочена или резко укорочена, шейный канал свободно пропускает один палец и более, не изогнут, плавно переходит на нижний сегмент матки в области внутреннего зева. Через своды достаточно отчетливо пальпируется предлежащая часть плода. Стенка влагалищной части шейки матки значительно истончена (до 4–5 мм), влагалищная часть расположена строго по проводной оси таза, наружный зев определён на уровне седалищных остей.

- 3-й приём наружного акушерского исследования — определение характера

предлежащей части и её отношения к малому тазу.

- 4-й приём наружного акушерского исследования — определение соотношения

предлежащей части со входом в малый таз.

Членорасположение плода — отношение конечностей плода к головке и туловищу. При определении положения плода (отношение продольной оси плода к продольной оси матки) различают положения:

- продольное;
- поперечное;
- косое.

Позиция плода — отношение спинки плода к правой или левой стороне матки.

Различают I (спинка обращена к левой стороне матки) и II (спинка плода обращена к правой стороне) позиции плода. Вид позиции — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде, кзади — заднем виде.

Предлежание плода — отношение крупной части плода (головки и ягодиц) ко

входу в малый таз.

Пальпацию лонного сочленения производят для выявления расхождения лонного сочленения и симфизита во время беременности. Обращают внимание на ширину лонного сочленения, его болезненность при исследовании.

### Аускультация

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности (реже с 18–20 нед). Акушерский стетоскоп отличается от обычного широкой воронкой. Сердечные тоны плода прослушиваются с той стороны живота, куда обращена спинка, ближе к головке. При поперечных положениях сердцебиение определяют на уровне пупка, ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиения плодов обычно выслушиваются отчетливо в разных отделах матки. Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритмичность и

ясность.

Частота ударов в норме 120–160 в минуту. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным. Помимо акушерского стетоскопа, для аускультации сердечных тонов плода можно применять фетальные мониторы, работающие на основании эффекта Доплера.

## ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА

### БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ РОДОВ

При задержке менструации любого генеза у женщин репродуктивного возраста и отсутствии абсолютного бесплодия врач обязан учитывать возможность беременности.

Навыком диагностики беременности должен владеть врач любой специальности. Это связано с тем, что беременность требует наблюдения специалистов, а также может накладывать значительные ограничения на арсенал лечебных и диагностических средств, традиционно безвредных в других случаях. При предположении о беременности необходима консультация акушера-гинеколога.

С акушерской точки зрения, ранняя диагностика беременности необходима для разработки оптимальной тактики ведения пациентки.

При раннем выявлении беременности врач получает ряд преимуществ:

- при подтвержденной маточной беременности возможно раннее начало профилактики сосудистых нарушений плацентарного ложа. Это [позволяет снизить риск развития](#) гестоза, плацентарной недостаточности, ЗРП и других осложнений беременности;
- при диагностике эктопической беременности до её прерывания и возникновения осложнений повышается шанс применения органосохраняющих методов лечения (реконструктивно-пластические операции, применение цитостатиков), что улучшает прогноз фертильности пациентки;
- при нежелательной беременности, выявленной в ранние сроки, предпочтение отдают щадящим методам прерывания, которые позволяют снизить риск осложнений (вакуум-аспирация, медикаментозный аборт).

При установлении беременности врач должен рассказать пациентке о признаках

возможных осложнений, таких, как самопроизвольный аборт, внематочная беременность, трофобластическая болезнь, которые вначале могут расцениваться как нормальная маточная беременность, и назначить обследование.

### «ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ» ДИАГНОСТИКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Установление беременности в ранние сроки по клиническим данным представляет определенные трудности, так как имитировать состояние беременности могут эндокринные заболевания, стрессы, прием фармакологических препаратов.

К задержке менструации могут приводить стрессы, кахексия, эндокринные нарушения (пролактинома, надпочечниковая гиперандрогения, тяжёлый гипотиреоз), приём половых гормонов, психотропных препаратов.

Знание клинических методов диагностики беременности необходимо для постановки предварительного диагноза, который требует подтверждения инструментальными и лабораторными методами.

В настоящее время «золотым стандартом» диагностики беременности любой

локализации считают сочетание двух методов:

- определения  $\beta$ -субъединицы ХГЧ;
- УЗИ с использованием трансвагинального датчика.

Ценность указанного диагностического подхода в том, что, во-первых, он практически исключает возможность ложноположительного или ложноотрицательного результата, во-вторых, не только констатирует факт наличия или отсутствия беременности, но и дает представления о течении беременности и состоянии эмбриона/плода, в-третьих, малоинвазивен и позволяет проводить серию исследований без риска для беременной и эмбриона/плода.

Хорионический гормон человека (ХГЧ) вырабатывается синцитиотрофобластом

растущего ворсинчатого хориона. Уже на 7–9-й день после зачатия (3 нед акушерского срока) обнаруживают в крови  $\beta$ -субъединицу этого гормона, что совпадает с имплантацией оплодотворенной яйцеклетки в эндометрий. Концентрация  $\beta$ -ХГЧ неуклонно растет, достигая максимума на 10-й неделе, затем его уровень снижается в 2–3 раза и остается неизменным до конца беременности. Через 2 нед после родов гормон в крови уже не обнаруживают. Кроме ранней диагностики нормально прогрессирующей маточной беременности количественное определение  $\beta$ -ХГЧ позволяет отличить нормально протекающую беременность от патологической (внематочной, прерывающейся) при количественном динамическом определении.

Уровень  $\beta$ -ХГЧ измеряют в крови (с использованием иммунологического метода) или в моче. В первом случае получают более достоверные результаты. Важно помнить, что выявление ХГЧ в крови женщины без учёта УЗИ и клинических признаков не является абсолютным подтверждением беременности.

Причинами ложноположительного качественного теста на ХГЧ могут быть:

- приём препаратов ХГЧ, используемых в схемах стимуляции суперовуляции;
- трофобластическая болезнь и хориокарцинома;
- хориокарцинома яичника (редкая форма герминогенной опухоли).

Акушерское ультразвуковое исследование

С [помощью УЗИ при трансвагинальной](#) эхографии наличие беременности можно достоверно установить в 4–5 акушерских недель (т.е. когда задержка менструации при регулярном цикле составляет от одного дня до одной недели и более).

При этом строке диагноз беременности устанавливают на основании определения в полости матки плодного яйца.

Именно в это время совершается наибольшее количество диагностических ошибок. Их количество можно снизить, если четко знать ультразвуковую структуру плодного яйца. Чаще за плодное яйцо ошибочно принимают железистый полип эндометрия, мелкий субмукозный узел миомы, наботову кисту в области перешейка или скопление жидкости в эндометрии (синдром «ложного плодного яйца»). Чтобы не допустить ошибки, необходимо убедиться в наличии следующих признаков:



- признаки децидуальных изменений в эндометрии (типичная трехслойная

структура М-эхо (эндометрия), толщина 12–15 мм);

- выявляемое образование жидкостной структуры (жидкость при УЗИ анэхогенная (черный цвет), дает эффект дорсального усиления – более светлая зона, определяемая в виде конуса непосредственно за жидкостным образованием). Этот признак позволяет плодное яйцо от полипа и субмукозного

миоматозного узла, не являющихся жидкостными образованиями;

- жидкостное образование, окружённое гиперэхогенным (светлым) контуром («венчиком»). Его изображение дает хорион, толщина которого в миллиметрах приблизительно равна сроку беременности в нед. Выявление четкого гиперэхогенного контура используется при дифференциальной диагностике плодного яйца и жидкостных образований в матке.

Начиная с 6–7 акушерских нед в амниотической полости выявляются эмбрион и желточный мешок, визуализируются сердцебиение эмбриона (СБ+), что облегчает диагностику. Поэтому в сложных диагностических случаях, когда невозможно подтвердить или опровергнуть наличие маточной беременности по УЗИ в 4–5 акушерских недель, или при подозрении на замершую беременность необходимо повторное исследование с интервалом 1–2 нед.

Диагностика беременности в более поздние сроки производится на основании визуализации плода/плодов, его двигательной активности.

Следует отметить, что при диагностике беременности положительный результат

одного из методов «золотого стандарта» не всегда свидетельствует о ее наличии, поэтому, если нет возможности проведения обследования в соответствии с «золотым стандартом», необходимо повторное исследование (УЗИ или определение ХГЧ) через несколько дней для оценки результатов в динамике. Это также позволит определить локализацию плодного яйца: при эктопической беременности значения и рост уровня ХГЧ ниже, чем при маточной, полость матки не содержит плодное яйцо, которое иногда определяется за ее пределами.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ

В [современных условиях определение](#) характерных клинических признаков беременности носит вспомогательный характер и является основанием для назначения «золотого стандарта» диагностики беременности. По диагностической ценности характерные признаки беременности могут быть разделены на три группы:

- сомнительные (предположительные) – связаны с субъективными ощущениями беременной и соматическими изменениями в ее организме;
- вероятные – признаки, определяемые при объективном исследовании органов репродуктивной системы, и положительные иммунологические тесты на беременность;
- достоверные (несомненные) – объективные признаки, связанные с наличием самого плода (определяются во второй половине беременности).

Сомнительные признаки беременности:

- перемены в аппетите (отвращение к мясу, рыбе и др.), прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам – мелу, глине и др.), тошнота, рвота по утрам;
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков;
- ощущение нагрубания молочных желёз;
- учащение мочеиспускания;
- увеличение объёма живота.

Вероятные признаки беременности:

- прекращение менструации;
- появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы;
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;
- лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови).

Выявление вероятных признаков беременности производят путем: опроса;

осмотра и пальпации молочных желез; осмотра наружных половых органов и входа во влагалище; исследования при помощи зеркал; влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования женщины.

Задержка менструации является важным признаком, особенно у женщин с регулярным циклом. Значение этого симптома увеличивается, если он сочетается с нагрубанием молочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища и особенно влагалищной части шейки матки, с изменением величины и консистенции матки.

С наступлением беременности по мере ее прогрессирования размеры матки меняются. Изменение формы матки определяют при двуручном (бимануальном) исследовании. Матка у небеременных женщин имеет грушевидную форму, несколько уплотненную в переднезаднем размере. С наступлением беременности форма матки меняется. С 5–6-недельного срока матка приобретает шаровидную форму. Начиная с 7–8 недели матка становится асимметричной, может выпячиваться один из ее углов. Примерно к 10 неделям матка вновь становится шаровидной, а к III триместру беременности приобретает овоидную форму. Условно можно пользоваться следующим правилом: в 8 нед тело матки увеличивается в 2 раза по сравнению с исходными размерами, в 10 недель — в 3 раза, в 12 нед — в 4 раза.

На наличие беременности указывают перечисленные ниже признаки.

Увеличение матки. Оно заметно на 5–6-й неделе беременности; матка вначале увеличивается в переднезаднем направлении (становится шарообразной), позднее увеличивается и поперечный ее размер.

Чем больше срок беременности, тем яснее увеличение объема матки. К концу II месяца беременности матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в конце III месяца беременности дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

Признак Горвица–Гегара. Консистенция беременной матки мягкая, причём размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления.

Признак Снегирёва. Для беременности характерна лёгкая изменчивость консистенции матки. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения плотнеет и сокращается в размере.

После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

Признак Пискачека. В ранние сроки беременности нередко имеет место асимметрия матки, зависящая от куполообразного выпячивания правого или левого угла её с 7–8 нед. Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца.

По мере роста плодного яйца выпячивание постепенно исчезает (к 10 нед).

Губарев и Гаус обратили внимание на лёгкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности. Лёгкая смещаемость шейки матки связана со значительным размягчением перешейка.

Признак Гентера. В ранние сроки беременности имеет место усиленный перегиб матки кпереди, возникающий в результате сильного размягчения перешейка, а также гребневидное утолщение (выступ) на передней поверхности матки по средней линии. Это утолщение определяют не всегда.  
Достоверные признаки беременности:

- определение (пальпация) частей плода. Во второй половине беременности при пальпации живота обнаруживают головку, спинку и мелкие части (конечности) плода;
- ясно слышимые сердечные тоны плода. При простой аускультации (акушерским стетоскопом) сердцебиение плода можно услышать после 18–20 нед;
- движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной.

Диагноз беременности является точным даже при наличии только одного

достоверного признака.

#### ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ РОДОВ

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных, по результатам объективного обследования:

- По дате последней менструации. О сроке беременности можно судить на основании учета времени, прошедшего с первого дня последней менструации до момента, когда определяется срок (при условии регулярного менструального цикла). Для вычисления срока родов нужно от даты последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней (правило Негеле).
- По овуляции. При известной дате зачатия для вычисления срока родов нужно отнять 3 месяца и отнять 7 дней (модификация правила Негеле) или прибавить 266 дней (38 недель). Кроме того, условно дату зачатия можно определить по подъёму базальной температуры, по дате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

или искусственного осеменения, по данным ультразвукового мониторинга овуляции.

- По первой явке в женскую консультацию. Учитывают данные анамнеза и осмотра при первом осмотре беременной.
- По дате первого шевеления. При определении срока беременности и родов учитывают время первого шевеления плода, которое ощущается первородящими с 20-й недели беременности, повторнородящими — примерно на 2 нед раньше. Однако это ощущение субъективно и его значение ограничено.

Для определения срока родов у первородящих к дате первого шевеления плода (20 нед) прибавляют 20 нед, у повторнородящих – к дате первого шевеления (18 нед) прибавляют 22 нед.

Для быстрого подсчёта срока беременности и родов по дате последней менструации и по первому шевелению плода выпускают специальные акушерские календари — гравидометры.

- По данным УЗИ, проведённых в разные сроки беременности.

До визуализации эмбриона срок беременности определяют по среднему внутреннему диаметру плодного яйца, вычисляя среднее значение из его продольного, передне-заднего и поперечного размеров (ультразвуковой датчик позиционируют так же, как и при определении размеров матки). С [появлением эмбриона и сердцебиения](#) плода определяющим критерием становится его копчико-теменной размер (КТР); датчик располагается таким образом, чтобы ультразвуковая волна проходила сагиттально через позвоночный столб эмбриона. После выполнения измерений данные сверяют со среднестатистическими значениями из специальных акушерских таблиц и определяют, какому сроку беременности соответствуют размеры плодного яйца и эмбриона. К концу первого триместра диагностическую ценность получает определение окружности головки и живота плода, измерение расстояния между теменными костями (бипариетальный диаметр). Во втором триместре беременности выполняют развернутую фетометрию — измеряют указанные параметры плода, а также длину трубчатых костей (бедр, костей голени, плеча, костей предплечья), стопы, размер мозжечка. Сверяя полученные значения с фетометрическими таблицами, делают заключение о том, какому сроку беременности соответствуют размеры плода.

Наиболее точно отражает срок беременности УЗИ, выполненное в первом триместре при наличии КТР. С увеличением гестационного срока размеры плода всё больше отражают состояние плода и его наследственные особенности (особенно при сроке, превышающем 27 нед).

Кроме того, срок беременности можно определить исходя из данных объективного обследования.

В 4 нед отмечается незначительное увеличение матки. В этот срок достоверное

определение беременности неинструментальными методами невозможно.

В 8 нед размер матки увеличивается в 2 раза и приблизительно соответствует размерам женского кулака.

В 12 нед асимметрия матки исчезает, дно её доходит до верхнего края лонной дуги.

Начиная с 4-го месяца беременности дно матки пальпируют через переднюю брюшную стенку и о сроке беременности судят по ВДМ (табл. 9-2). Важно помнить, что на ВДМ могут влиять размер плода, избыточное количество ОВ, двойня, неправильное положение плода и другие особенности течения беременности.

Поэтому ВДМ при определении срока беременности учитывают в совокупности с другими признаками (последняя менструация, первое шевеление и др.). ВДМ над лоном измеряют сантиметровой лентой

## Тема :№ 9.Партограмма.

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшим образованием должны работать в соответствии с Приказом МЗ Рuz №500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций» и № 81 от 3.03.06 г « О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедикализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

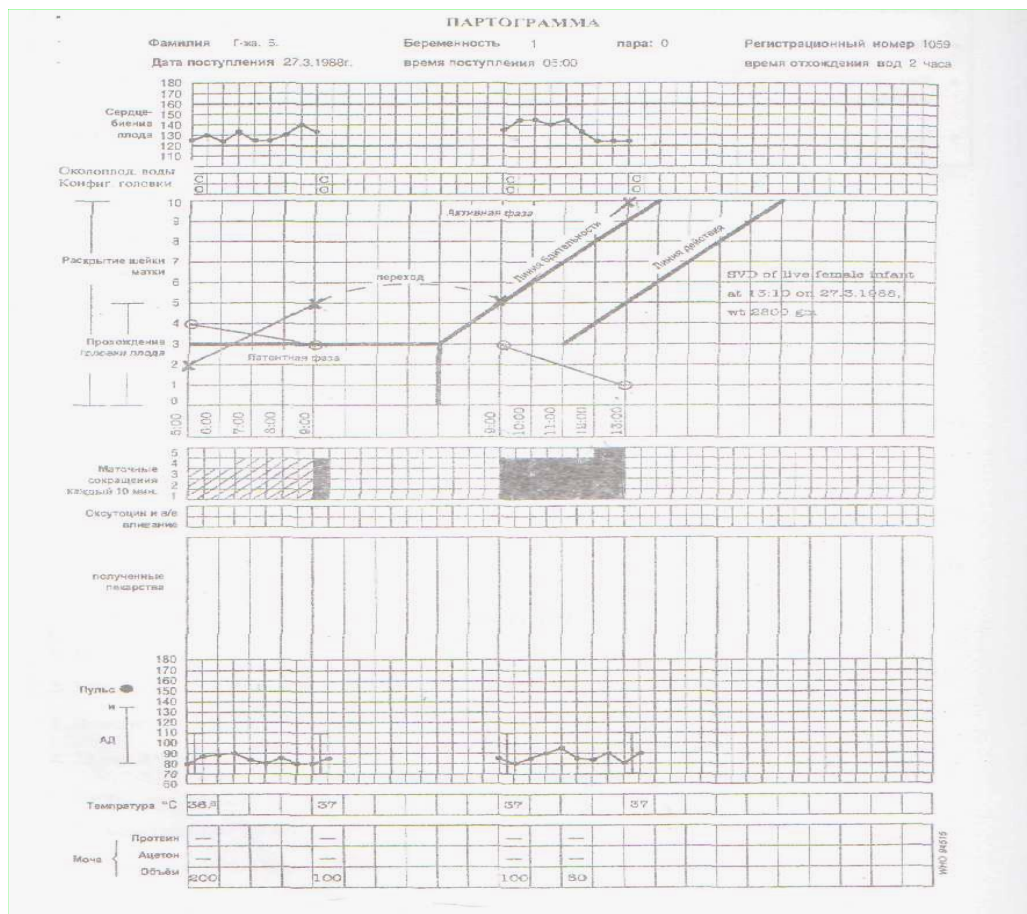
### **Основные принципы партограммы заключается в следующем:**

- ✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;
- ✓ это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

В такое сочетания характеристик делает партограмму весьма ценной.

Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

## Рисунок



Партограмма – структурное графическое представление течения родов – была принята во многих родильных отделениях всего мира. В дополнение к графическому фиксированию раскрытия шейки матки относительно времени на графике можно отмечать частоту маточных сокращений, назначение лекарств, частоту сердцебиения плода и другие важные показатели. С использованием партограмм течение родов можно представить, лишь взглянув на лист бумаги: нарушения родовой активности легко выявляется, и длинные записи становятся ненужными. Партограмму легко использовать, по ней легко обучать и эффективно обмениваться информацией о течении родов между бригадами медицинского персонала. Однако излишнее доверие к партограмме и особенно к точности протоколов действий, предпринятых в соответствии с показателями партограммы, может стать фактором для организации перегруппировки персонала, а не для помощи роженице.

## Тема № 10: Методы диагностики в акушерстве. Организация сестринского процесса.

Опрос беременной производится по определенному плану. Тщательно и правильно собранный анамнез играет важную роль в выявлении состояний угрожающих здоровью женщины и ее ребенка, заболеваний и так называемых факторов риска. Для этого необходимо уточнить социальные, бытовые, производственные условия, генетические факторы (родственный брак и его последствия, мертворождения), профессиональные вредности и привычки и т. д.

1. Следует обратить внимание на возраст женщины. У юных первобеременных моложе 18 лет и старше 30 лет, а также у пожилых женщин часто возникают осложнения беременности и родов по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста.

Перенесенные заболевания как рахит, туберкулез костей, остеомиелит, детские инфекционные заболевания, гинекологические заболевания, заболевания внутренних органов и систем, а также наследственные заболевания (психические, болезни крови), венерические заболевания, как гонорея, сифилис, СПИД и др., вредные привычки (курение), тяжелый физический труд и вредные факторы производства (вибрация, шум, химикаты, лучи, могут иметь влияние на течение и исход беременности и родов.

Менструальная функция во многом определяет состояние здоровья женщин. Следует выяснить время установления менархе, длительность, тип менструации, нарушение ее цикличности в связи с половой жизнью. Важно уточнить дату последней менструации.

Половая жизнь: с какого возраста, применение противозачаточных средств.

Акушерский анамнез включает данные о детородной функции. Надо выяснить количество беременностей и родов, течение и исход предыдущих беременностей, родов, гемотрансфузии, оперативные вмешательства при родах, течение послеродового периода, судьбу рожденных детей (живые, мертворожденные, умершие).

Следует обратить внимание на течение настоящей беременности, наличие отеков, рвоты, головных болей, болей в животе, одышку, слюнотечение и т. д., обращение к врачу, посещение женской консультации, методы лечения этих состояний.

#### **Объективные методы обследования.**

1. Осмотр: кожные покровы, видимые слизистые, телосложение, рост, вес, мышцы, особенности брюшного пресса подкожно-жировой слой, рубцы беременности, отеки, варикозно расширенные вены и др.

2. Исследование состояний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и других систем по общепринятой методике, включая исследования крови, мочи, и других биохимических, аппаратных методов исследования по показаниям.

#### **Специальное акушерское обследование состоит из наружного и внутреннего акушерского исследования.**

Измерение и пальпация живота. *Наружные акушерские методы обследования беременных следующие:*

1. Осмотр
2. Измерение таза
3. Акушерские наружные приемы
4. Выслушивание сердцебиения плода.

**Осмотр** дает врачу возможность получить данные, которые могут повлиять на дальнейшее ведение беременности и родов. Так, маленький рост или слишком крупные размеры женщины, отвислый или остроконечный живот дают основание предполагать у нее наличие узкого таза. На изменение формы таза указывает строение скелета, симметричность, искривления позвоночника, кифоз, сколиоз и др. Изменение формы

поясничного ромба указывает на деформацию таза. При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов, отеки, форму живота, молочные железы, степень развития, пигментация ареол, формы сосков, чувствительность их, выделение молозива. После осмотра производится измерение окружности живота и высоты стояния дна матки сантиметровой лентой для определения срока беременности. Затем приступают к определению размеров большого таза, размеры выхода, угол наклона таза, индекс Соловьева.

**Пальпация** — это основной метод наружного акушерского обследования. Оно производится в положении на спине с ногами согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, тем самым снижая напряжение мышц брюшной стенки. Начинают пальпацию живота с определения состояния эластичности брюшной стенки. (расхождение мышц, грыжи). Затем определяют величину матки, функциональное ее состояние (тонус). Установление наличия беременности чрезвычайно важно, поскольку определяет своевременную адекватную тактику ведения пациенток. Определение факта беременности имеет большое значение не только у женщин репродуктивного возраста, но и у пациенток климактерического периода, у девочек до наступления менархе, когда при нерегулярных менструациях или при их отсутствии не исключается возможность наступления беременности.

Ранняя диагностика беременности очень важна не только для акушеров-гинекологов, но и для врачей различных специальностей, так как гормональные, физиологические и анатомические изменения, сопровождающие беременность, могут существенно влиять на течение экстрагенитальных заболеваний

Диагностика беременности, особенно в ранние сроки, иногда представляет определенные трудности. Некоторые эндокринные заболевания, стрессы, а также прием фармакологических препаратов могут имитировать состояние беременности, вводя в заблуждение и женщину, и врача.

В связи с беременностью происходит перестройка функций всех органов и систем женщины, что сказывается на ее самочувствии (субъективный характер) и сопровождается объективно определяемыми изменениями.

Наиболее характерные признаки беременности могут быть по значимости для диагностики разделены на три группы: сомнительные, вероятные и достоверные.

**Наиболее достоверным и применяемым широко методом диагностики беременности является экспресс или лабораторная диагностика наличия хорионического гонадотропина (ХГ) в моче женщины.**

**Предположительные (сомнительные) признаки беременности.** К этим признакам относятся различного рода субъективные ощущения.

Тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита (отвращение к мясу, рыбе и др.).

Изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.).

Нарушения функции нервной системы: недомогание, раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения, головокружение и др.

Пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков, появление полос беременности Учащение мочеиспускания.



Увеличение объема живота, ощущение нагрубания молочных желез.

**Вероятные признаки беременности.** К данной группе относят объективные признаки, определяемые в половых органах, молочных железах, положительные биологические иммунологические тесты на беременность.

Прекращение менструаций (аменорея) у здоровой женщины репродуктивного возраста.

Увеличение молочных желез, их напряженность, появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы (у первобеременных).

Синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Изменение величины, формы и консистенции матки.

Из признаков, указывающих на изменение формы и консистенции матки в связи с беременностью, важнейшими являются следующие:

**1. Увеличение матки.** Определяется, начиная с 5—6-й недели беременности: матка увеличивается в переднезаднем размере (становится шарообразной), позднее — и в поперечном размере. К концу 2-го месяца беременности размеры матки соответствуют размерам гусиного яйца, в конце 3-го — дно матки находится на уровне или несколько выше симфиза.

**2. Симптом Горвица — Гегара.** Беременная матка при исследовании мягкая, размягчение особенно выражено в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании соприкасаются в области перешейка почти без сопротивления. Признак характерен для ранних сроков беременности и четко определяется через 6—8 нед от начала последней менструации.

**3. Признак Снегирева.** Для беременной матки характерна изменчивость консистенции. Мягкая беременная матка под влиянием механического раздражения во время двуручного исследования уплотняется и сокращается. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

**4. Признак Пискачека.** Для ранних сроков беременности характерна асимметрия матки, обусловленная куполообразным выпячиванием правого или левого ее угла, что соответствует месту имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца эта асимметрия постепенно исчезает.

**5. Признак Губарева и Гауса.** Указывает на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности, что связано со значительным размягчением перешейка.

**6. Признак Гентера.** Вследствие размягчения перешейка в ранние сроки беременности возникают перегиб матки кпереди и гребневидное утолщение на передней поверхности матки по средней линии. Однако это утолщение определяется не всегда.

Вероятные признаки беременности выявляют следующим образом:

а) путем пальпации молочных желез и выдавливания молозива;

б) при осмотре наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище;

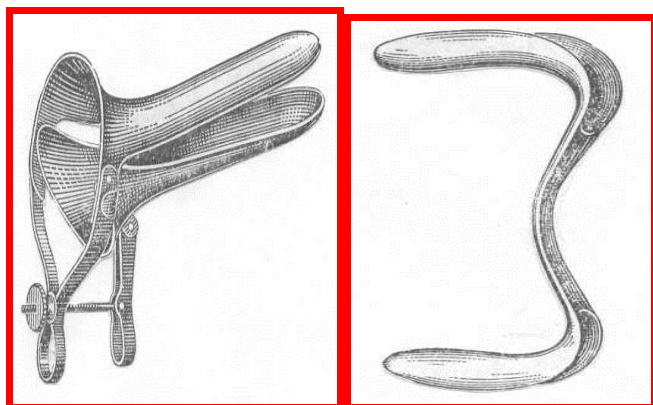
в) при исследовании с помощью зеркал;

г) путем влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования.

Осмотр наружных половых органов производят в стерильных резиновых перчатках на гинекологическом кресле или кушетке; женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены; под крестец подкладывают валик. Наружные половые органы обрабатывают одним из антисептических растворов. Большие и малые половые губы разводят II и I пальцами левой руки и осматривают слизистую оболочку входа во влагалище.

### **Исследования с помощью зеркал.**

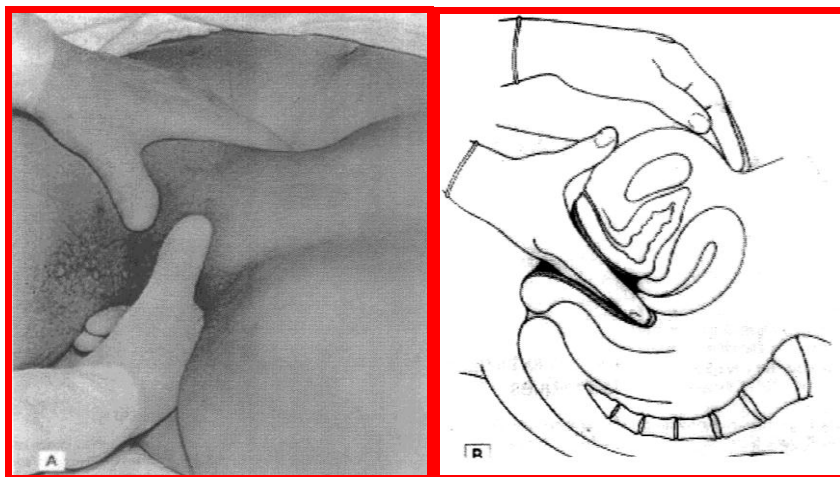
После осмотра наружных половых органов и слизистой оболочки входа во влагалище приступают к исследованию с помощью влагалищных зеркал. Данный метод исследования позволяет выявить цианоз шейки матки и слизистой оболочки влагалища, а также заболевания шейки матки и влагалища. Можно пользоваться створчатыми и ложкообразными зеркалами. Створчатое зеркало вводят до свода влагалища в сомкнутом виде, затем створки раскрывают, и шейка матки становится доступной для осмотра. Стенки влагалища осматривают при постепенном выведении зеркала из влагалища. После осмотра шейки матки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.



**Влагалищное (пальцевое) исследование беременной.** Пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы; пальцы правой руки (II и III) вводят во влагалище, I палец отводится кверху, IV и V — прижаты к ладони, упираясь в промежность. Исследуется состояние мышц тазового дна, стенок влагалища (складчатость, растяжимость,

разрыхление), сводов влагалища, шейки матки (длина, форма, консистенция) и наружного зева шейки матки (закрыт, открыт, форма круглая или щелевидная).

### **Двуручное (бимануальное) исследование беременной.**



После пальпации шейки матки приступают к двуручному исследованию. Пальцами левой руки бережно надавливают на брюшную стенку по направлению к полости малого таза навстречу пальцам правой руки, находящимся в переднем своде влагалища. Сближая пальцы обеих исследующих рук, пальпируют тело матки и определяют ее положение, форму, величину и консистенцию, после чего приступают к исследованию маточных труб и яичников. Для этого пальцы обеих рук постепенно перемещают от угла матки к боковым стенкам таза. Для определения вместимости и формы таза исследуют внутреннюю поверхность костей таза, крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза.

**Достоверные, или несомненные, признаки беременности**— это признаки, появляющиеся во второй половине беременности и свидетельствующие о наличии плода в полости матки.

1. Пальпирующиеся части плода. Во второй половине беременности при пальпации живота определяются головка, спинка и мелкие части (конечности) плода; чем больше срок беременности, тем лучше прощупываются части плода.

2. Ясно слышимые сердечные тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа сердечные тоны плода выслушиваются с начала второй половине беременности в виде ритмичных ударов, повторяющихся 120—140 раз в минуту. Иногда удаётся уловить сердцебиение плода с 18—19 нед беременности. Регистрация сердечных сокращений плода возможна и в более ранние сроки с помощью эхокардиографии (через 48 дней после первого дня последней менструации) и эхографии (с 5—6 нед беременности).

3. Движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной. Движения плода обычно определяются во второй половине беременности. (Сами беременные ощущают движение плода — первородящие с 20-й недели, а

повторнородящие с 18-ой недели, но эти ощущения к достоверным признакам беременности не относятся, так как они могут быть ошибочными – женщина может принять за движения плода перистальтику кишечника.)

Наиболее достоверную информацию при диагностике беременности получают при ультразвуковом исследовании (УЗИ). При трансабдоминальном сканировании наличие беременности можно установить с 4-5 нед, а при трансвагинальной эхографии - на 1-1.5 нед. раньше. В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании определения в полости матки плодного яйца, желточного мешка, эмбриона и его сердечных сокращений, в более поздние сроки - благодаря визуализации плода (или плодов при многоплодной беременности).

Диагноз беременности является точным даже при наличии только одного достоверного признака.

После установления факта наличия беременности необходимо провести тщательное обследование пациентки.

**Измерение.** При обследовании беременной, помимо определения ее роста, строения таза (его размеров и формы), необходимо измерять окружность живота и высоту стояния дна матки. При этом пользуются тазомером и сантиметровой лентой.

Измерение живота.

Определяют сантиметровой лентой наибольшую его окружность на уровне пупка (в конце беременности она обычно равна 90—100 см). Окружность живота больше 100 см обычно наблюдается при многоводии, многоплодии, крупном плоде, поперечном положении плода и ожирении.

Затем измеряют высоту стояния дна матки над лонным сочленением. В последние 2—3 нед беременности эта высота равна } 36—37 см, а к началу родов, когда дно матки опускается, — 34—35 см.

Высоту стояния дна матки над лонным сочленением можно определить и тазомером, с помощью которого может быть также определен и размер головки плода.

**Пальпация живота** является одним из основных методов акушерского исследования. Он производится и в положении беременной на спине с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах. Этим устраняется напряжение брюшной стенки и облегчается прощупывание органов брюшной полости, особенно матки и расположенного в ней плода. Врач садится справа от беременной лицом к ней.

Пальпацию живота начинают с определения состояния и эластичности брюшной стенки, состояния прямых мышц живота (нет ли их расхождения, грыжевых выпячиваний и пр.). Анатомическое и особенно функциональное состояние брюшной стенки играет большую роль в нормальном течении родов.

Затем переходят к определению величины матки, ее функциональной: состояния (тонус, напряжение при исследовании и пр.) и положения плода в полости матки.

Выяснение положения плода в полости матки имеет исключительное значение для ведения беременности и родов. При исследовании беременных и рожениц определяют членорасположение, положение, позицию, вид, предлежание плода.

**Членорасположение плода** ( habitus) — отношение его конечностей к головке и туловищу. При типичном нормальном членорасположении туловище согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке. При нормальном сгибательном типе членорасположения плод имеет форму овоида, длина которого при доношенной беременности равна в среднем 25—26 см. Широкая часть овоида (тазовый конец плода) располагается в дне матки, узкая часть (затылок) обращена ко входу в малый таз. Движения плода приводят к кратковременному изменению положения конечностей, но не нарушают характерного членорасположения. Нарушение типичного членорасположения (разгибание головки др.) встречается в 1—2 % родов и затрудняет их течение.

**Положение плода**(citus ) — отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Различают следующие положения:

продольное (cituslongitudinalis) — продольная ось плода и продольная ось матки совпадают, ось плода — линия, проходящая от затылка до ягодиц;

поперечное (citustransverses) — продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом;

А косое (citusobliquus) — продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

Продольное положение плода является нормальным, оно бывает в 99,5 % всех родов. Поперечное и косое положения патологические, встречаются в 0,5 % родов. При поперечном и косом положениях возникают непреодолимые препятствия для рождения плода.

**Позиция плода** (positio) — отношение спинки, плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую. При первой позиции спинка плода обращена к левой стороне матки, при второй - к правой. Первая позиция встречается чаще, чем вторая. Что объясняется поворотам матки левой стороной кпереди. Спинка плода не всегда обращена вправо или влево, она обычно несколько повернута кпереди или кзади, поэтому различают вид позиции.

**Вид позиции**(visus) — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде позиции, если кзади — о заднем виде.

**Предлежание плода**(praesentatio) — отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз. Если над входом в таз матери находится головка плода — предлежание головное, если тазовый конец — предлежание тазовое. Головное предлежание встречается 96 % родов, тазовое — в 3,5 %.

При поперечных и косых положениях плода позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева — первая позиция, справа — вторая позиция.

**Предлежащей частью**(pars praevia) называется та часть плода, которая расположена у входа в малый таз и первой проходит через родовой путь.

При головном предлежании ко входу в малый таз могут быть обращены затылок (затылочное предлежание), темя (переднелобное), лоб (лобное). личико (лицевое предлежание) плода. Типичным является затылочное предлежание (сгибательный тип). При переднеголовном, лобном и лицевом предлежаниях головка находится в различной степени разгибания. Разгибательный тип предлежания встречается в 1 % всех продольных положениях плода.

При тазовом предлежании ко входу в таз матери могут быть обращены ягодичцы плода (чистое ягодичное предлежание), ножки плода (ножное предлежание), ягодичцы вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное предлежание).

При пальпации живота пользуются так называемыми наружными приемами акушерского исследования (приемы Леопольда). Леопольд (1891) ввел, пальпацию живота и предложил типичные приемы пальпации, получившие всеобщее признание.

**Первый прием наружного акушерского исследования** Цель его — определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне. Методика исследования. Ладонные поверхности обеих рук располагают на матке таким образом, чтобы они плотно охватывали ее дно с прилегающими областями углов матки, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг к другу. Чаще всего в конце беременности (в 96 % случаев) а дне матки определяются ягодичцы. Обычно отличить их от головки нетрудно по менее выраженной округлости и сферичности, меньшей плотности и менее гладкой поверхности.

Первый наружный прием акушерского исследования даёт возможность судить о сроке беременности (по высоте стояния дна матки), о положении плода (если одна из крупных его частей в дне матки — значит, имеется продольное положение) и о предлежании (если в дне матки ягодичцы — значит предлежащей частью является головка).

**Второй прием наружного акушерского исследования** Цель его — определить позицию плода, о которой судят по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек, ножек). Методика исследования. Руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливая ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода. Спинка при этом распознается по ее широкой и изогнутой поверхности. При надавливании на крупную часть, находящуюся в дне матки, в сторону лона туловище плода сгибается, вследствие чего спинка становится более доступной для исследования. Мелкие части плода определяются с противоположной стороны в виде мелких, подвижных бугров. У многорожавших женщин вследствие дряблости брюшной стенки и мускулатуры матки мелкие части плода прощупываются легче. Иногда их движение видно на глаз. Пальпаторно обнаруживаемая флюктуация в матке при больших размерах живота свидетельствует о многоводии.

По тому, в какую сторону обращена спинка плода, распознается его позиция: спинка влево — первая позиция, спинка вправо — вторая позиция. Если при этом

исследовании удалось ощутить движение мелких частей плода, можно считать, что плод жив.

**Третий прием наружного акушерского исследования.** Цель его — определить характер предлежащей части и ее отношение к малому тазу. Методика исследования. Одной, обычно правой, рукой охватывают предлежащую часть, после чего осторожно производят движения этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить, характер предлежащей части (головка или ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз (если она подвижна, то находится над входом в таз, если же неподвижна, — то во входе в таз или в более глубоких отделах малого таза).

**Четвертый, прием наружного акушерского исследования.** Цель его — определить предлежащую часть (головка или ягодицы), место нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом). Методика исследования. Исследующий становится лицом к ногам беременной или роженицы и кладет руки ладонями по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук обращенными к входу в таз, он осторожно и медленно проникает между предлежащей частью и боковыми отделами входа в таз и пальпирует доступные участки предлежащей части. С помощью четвертого приема можно определить наличие или отсутствие угла между затылком и спинкой плода (чем выше подбородок при фиксированной во входе головке, тем яснее выражено сгибание и тем более сглажен угол между затылком и спинкой, и наоборот, чем ниже расположен подбородок, тем сильнее разогнута головка), позицию и вид плода — по тому, куда обращены затылок, лоб, подбородок. При головном предлежании необходимо также определить, в какой полости таза расположена головка своим большим сегментом.

**Степень вставления головки плода в малый таз** рекомендуется определять следующим образом. Проникнув при четвертом наружном приеме акушерского исследования пальцами обеих рук возможно глубже в таз и надавливая на головку, производят скользящее по ней движение в направлении к себе, при высоком стоянии головки плода, когда она подвижна над входом, можно при наружном исследовании подвести под нее пальцы обеих рук и даже отодвинуть ее от входа. Если при этом пальцы рук расходятся, головка находится во входе в малый таз малым сегментом. Если скользящие по головке кисти рук сходятся, то головка либо расположена большим сегментом во входе, либо прошла через вход и опустилась в более глубокие отделы (плоскости) таза. Если же головка плода настолько глубоко проникает в полость малого таза, что полностью выполняет ее, то обычно прощупать головку наружными приемами уже не удастся.

**Аускультация.** Выслушивание живота беременной и роженицы производится обычно акушерским стетоскопом. Акушерский стетоскоп отличается от обычного широкой воронкой, которая прикладывается к обнаженному животу женщины.

При аускультации живота определяются сердечные тоны плода. Кроме того, можно уловить другие звуки, исходящие из организма матери; биение брюшной аорты, совпадающие с пульсом женщины; "дующие" маточные шумы, которые возникают в крупных кровеносных сосудах, проходящих в боковых стенках матки (совпадают с пульсом женщины); ритмичные кишечные шумы.

Сердечные тоны плода прослушиваются стетоскопом сначала второй половины беременности (реже с 18-20 нед) и с каждым месяцем становятся отчетливее. Сердечные

тоны плода прослушиваются в той стороне живота, куда обращена спинка плода, ближе к головке. Только при предлежаниях сердцебиение плода отчетливее выслушивается со стороны его грудной клетки. Это связано с тем, что при лицевом предлежании головка максимально разогнута и грудка прилегает к стенке матки ближе, чем спинка

При затылочном предлежании сердцебиение хорошо прослушивается слева — при первой позиции, справа — при второй. При тазовом предлежании сердцебиение выслушивается на уровне или выше пупка. При поперечных положениях сердцебиение прослушивается на уровне пупка ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиение плодов обычно выслушивается отчетливо в разных отделах матки.

Во время родов при опускании головки плода в полость таза и ее рождении сердцебиение лучше прослушивается ближе к симфизу, почти по средней линии живота.

Используют и другие методы определения характера сердечных тонов плода: фонокардиография и кардиотокография. Для определения срока родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, т.е. 10 акушерских, или 9 календарных месяцев. Обычно расчет срока родов производят проще: от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад три календарных месяца и прибавляют 7 дней. Например, если последняя менструация началась 2 октября, то, отсчитав назад 3 месяца (2 сентября, 2 августа и 2 июня) и прибавив 7 дней, определяют ожидаемую дату родов - 9 июля; если последняя менструация началась 20 мая, то предполагаемый срок родов 27 февраля и т.д.

Предлагаемый срок родов можно вычислить по овуляции: от первого дня ожидавшейся, но не наступившей менструации отсчитывают назад 14-16 дней и к найденной дате прибавляют 273-274 дня.

## **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

### **В АКУШЕРСТВЕ И ПЕРИНАТОЛОГИИ**

#### **Методы получения информации о сердечной**

##### **деятельности плода**

Сердечная деятельность плода является наиболее точным и объективным

показателем состояния плода в анте- и интранатальном периодах.

Выслушивание сердцебиения плода применялся с XIX века [Mayer, 1818;

Kargarades, 1822], вначале с помощью обычного стетоскопа, а в последую-

щем — специального акушерского стетоскопа с широким раструбом. Однако

недостаточная информативность аускультации побудила к разработке и



изысканию более точных и объективных методов оценки сердечной деятельности плода.

### **Фото- и электрокардиография**

Наиболее распространенными методами оценки сердечной деятельности плода являются электрокардиографическое и фонокардиографическое исследования.

Выделяют непрямую и прямую электрокардиографию плода.

Непрямую электрокардиографию проводят при наложении электродов на переднюю брюшную стенку беременной (нейтральный электрод расположен на бедре). Этот метод используют преимущественно в антенатальном периоде. В норме на электрокардиограмме (ЭКГ) отчетливо виден желудочковый комплекс QRS, иногда зубец P.

Прямую электрокардиографию производят непосредственно с головки плода во время родов при открытии шейки матки на 3 см и более.

Прямая ЭКГ характеризуется наличием предсердного зубца P, желудочкового комплекса QRS и зубца T.

### **Кардиотокография**

Современные кардиомониторы плода основаны на принципе Допплера.

Такие кардиомониторы позволяют регистрировать изменение интервалов между отдельными циклами сердечной деятельности плода. Приборы оснащены также датчиками, позволяющими регистрировать одновременно со-

кратительную деятельность матки и движения плода. Различают непрямую (наружную) и прямую (внутреннюю) кардиотокографию. Во время беременности используется только непрямая кардиотокография; она же в настоящее время наиболее распространена и в родах, так как применение наружных датчиков практически не имеет противопоказаний и не вызывает каких-либо осложнений.

**Нестрессовый тест (НСТ).** Сущность теста заключается в изучении реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его движения. НСТ является реактивным, когда в течение 20 мин наблюдается 2 учащения сердцебиения плода или более по меньшей мере на 15 ударов в минуту и продолжительностью не менее 15 с, ассоциирующиеся с движениями плода (рис. 4.29). НСТ является ареактивным при наличии менее 2 учащений сердцебиения плода менее чем на 15 ударов в минуту, продолжительностью менее 15 с, ассоциирующихся с движениями плода в течение 40-минутного интервала времени.

**Окситоциновый тест.** Позднее этот тест стал называться контрактальным стрессовым тестом. Тест основан на реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на индуцированные сокращения матки. Для проведения теста внутривенно вводят раствор окситоцина, содержащий 0,01 ЕД в 1 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % раствора глюкозы. Тест можно оценивать, если в течение 10 мин при скорости введения 1 мл/мин

наблюдается не менее 3 сокращений матки. При достаточных компенсаторных возможностях фетоплацентарной системы в ответ на сокращение матки наблюдается нерезко выраженная кратковременная акцелерация или ранняя непродолжительная децелерация.

Противопоказания к проведению окситоцинового теста: патология прикрепления плаценты и ее частичная преждевременная отслойка, угроза прерывания беременности и наличие рубца на матке.

*Проба со стимуляцией сосков является более безопасным, простым и экономичным контрактильным тестом. Метод заключается в раздражении одного соска (через одежду) в течение 2 мин или до появления сокращений матки. Если в ответ на раздражение соска не возникает 3 сокращений матки за 10-минутный интервал, проводится повторная стимуляция.*

**Звуковая стимуляция плода.** Тест разработан на основании наблюдений за изменениями сердцебиения плода в ответ на различные стимулы, включая звук. Наиболее часто используется электронная искусственная "гортань" для генерации звуковых сигналов со средним уровнем давления 82 дБ. Стимулирование производится через переднюю брюшную стенку матери около 3 с. Нормальной реакцией считается учащение сердцебиения плода на 15 ударов в минуту, длящееся не менее 15 с, не менее 2 раз в течение 10-минутного промежутка времени. В отсутствие заметного учащения сердцебиения после первого звукового воздействия производят повторные пробы

с интервалом 1 мин (не более 3 стимуляций).

### **Ультразвуковое сканирование (эхография)**

В основе ультразвуковой диагностики лежит обратный пьезоэлектрический эффект. Ультразвуковые волны, отражаясь от разнородных структур изучаемого объекта, преобразуются в электрические импульсы и формируют на экране монитора изображение исследуемого объекта. В настоящее время в акушерстве отдано предпочтение ультразвуковым приборам, работающим в



режиме реального времени.

### **Определение биофизического профиля плода**

Ультразвуковые приборы, работающие в режиме реального времени, позволяют не только осуществлять оценку анатомических особенностей плода, но и получать достаточно полную информацию о его функциональном состоянии. В настоящее время широкое использование в оценке внутриутробного состояния плода получил так называемый биофизический профиль плода (БФПП).

### **Допплерометрическое исследование кровотока в системе мать—плацента—плод**

Высокая информативность, неинвазивность, относительная простота, безопасность и возможность использования на протяжении всей беременности, в том числе и на ранних сроках гестации, делает этот метод исследования кровообращения незаменимым в акушерстве.

Существует два метода оценки доплерограмм кровотока в исследуемом сосуде — количественный и качественный.

### **Ультразвуковое исследование головного мозга**

#### **(нейросонография) новорожденного**

Показаниями к нейросонографии у новорожденных в раннем неонатальном периоде являются хроническая кислородная недостаточность во внутриутробный период развития; рождение в тазовом предлежании; оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец, экстренное кесарево сечение); рождение в результате быстрых или стремительных родов; асфиксия при рождении; большая или малая масса тела при рождении; неврологическая симптоматика.

#### **Методы исследования околоплодных вод.**

Для оценки течения беременности и диагностики состояния плода важное значение имеет определение следующих характеристик околоплодных вод: количество, цвет, прозрачность, биохимический, цитологический, гормональный состав.

Определение количества околоплодных вод. Определение объема амнио-цетической жидкости при УЗИ может быть субъективным или объективным.

Опытный специалист может оценить количество околоплодных вод путем визуального осмотра при тщательном продольном сканировании (большое

количество жидкости между плодом и передней брюшной стенкой беременной при многоводии, резкое уменьшение количества пространств, свободных от экоструктур, при маловодий).

Противопоказаны к амниоскопии: воспалительные

процессы во влагалище и шейке матки, а также предлежание плаценты.

Амниоцентез — операция, целью которой является получение околоплодных вод для биохимического, гормонального, иммунологического, цитологического и генетического исследований, позволяющих судить о состоянии плода .

**Показаниям и к амниоцентезу** являются изосерологическая несовместимость крови матери и плода, хроническая гипоксия плода (перенашивание беременности, гестоз, экстрагенитальные заболевания матери и т.д.), установление степени зрелости плода, антенатальная диагностика пола, необходимость кариотипирования при подозрении на пороки развития плода, микробиологическое исследование.

от расположения плаценты и мелких частей плода.

**Трансвагинальный амниоцентез** производят через передний свод влагалища, канал шейки матки или задний свод влагалища. Выбор места введения пункционной иглы зависит от расположения плаценты. После предварительной санации влагалища шейку матки фиксируют пулевыми щипцами, смещают вверх или вниз в зависимости от выбранного метода и производят прокол стенки влагалища под углом к стенке матки. При попадании пункционной иглы в полость матки из нее начинают выделяться околоплодные воды.

Осложнения , возможные при амниоцентезе: преждевременное из-

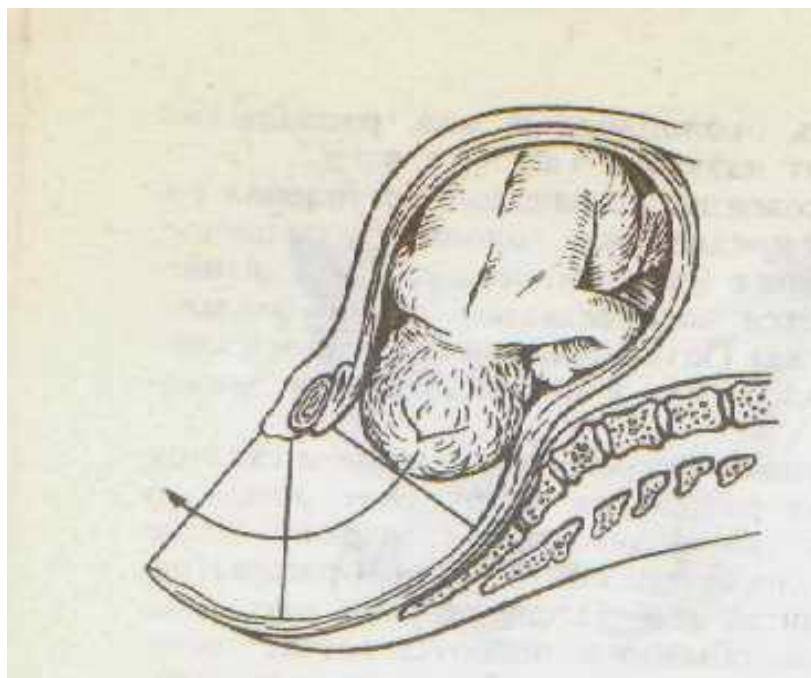
литие околоплодных вод (чаще при трансцервикальном доступе), ранение сосудов плода, ранение мочевого пузыря и кишечника матери, хориоамнионит. Осложнениями амниоцентеза также могут быть преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды, отслойка плаценты, ранение плода и повреждение пуповины. Однако благодаря широкому внедрению ультразвукового контроля проведения этой операции осложнения встречаются крайне редко. В связи с этим изменились и противопоказания к амниоцентезу: практически единственным противопоказанием к нему является угроза прерывания беременности.

## **Тема :№ 11.Физиологические роды.**

### **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ.**

Роды — физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности. Срочными считаются роды на 37—42-й неделе беременности, преждевременными — роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют запоздалыми. Прерывание беременности до 20-й недели называют абортom (бывает искусственным или самопроизвольным). Границу между самопроизвольным абортom и преждевременными родами провести трудно. В настоящее время считают, что это 20—24-я неделя беременности.

Обследование роженицы включает сбор анамнеза, физикальные и лабораторные исследования и оценку состояния плода.



*Рисунок 8*

### **ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ.**

Причины возникновения и развития регулярной родовой деятельности интересуют ученых давно потому, что с выяснением этого вопроса связано решение ряда важных проблем акушерства (профилактика перенашивания беременности, преждевременных родов, аномалий родовых сил и др.).

Для объяснения причин наступления родов были выдвинуты многие теории, содержание которых отражало основные идеи и направления развития медицинской науки и ее отрасли – акушерства.

- Так по воззрениям ГИППОКРАТА, роды наступают потому, что побуждаемый голодом, плод сам выходит из полости матки, упираясь ножками в дно её ( в головном предлежании).

- Позднее было выдвинута теория «ИНОРОДНОГО ТЕЛА», согласно которой, роды наступают потому, что возникает жировое перерождение плодом: - плод изгоняется из матки как инородное тело.

- Сторонники старой «МЕХАНИЧЕСКОЙ» теории считали, что причиной возникновения родов является перерастяжение беременной матки, приводящее к изменению её мускулатуры и давления головки плода на нервные ганглии, расположенные в нижнем сегменте и в шейки матки.

Однако нельзя считать правильно теорию наступления родов в результате действия

только механических факторов. В целом причины и механизмы начала родовой

деятельности, при наличии в матки зрелого плода, до настоящего времени окончательно

не выяснены.



Начало подготовительного периода к родам совпадает с началом созревания эпифизарно – гипоталамо-гипофизарной системы плода, активно стимулирующей его рост и функцию надпочечников. При этом происходит синтез кортикотропина, стимулирующего в плаценте переход II – дезоксикортизола в кортизол, что и является I этапом на пути подготовки организма матери к родам. В организме матери начинает изменяться баланс половых стероидов, хориомаммотропина (плацентарного лактогена), хориогонадотропина (в крови увеличивается содержание эстрогенов, особенно эстрадиола и уменьшается содержание прогестерона, хориогонадотропина и хориомаммотропина) – это составляет сущность II этапа, изменений в системе мать – плацента – плод, предшествующего наступлению родов. Этот период характеризуется в основном выбросом в кровь матери серотонина и  $17\beta$  - эстрадиола. Наряду с этим происходит увеличение (под влиянием усиленной продукции эстрогенов) синтеза эндогенных простагландинов (ПГ)  $G2\alpha$  что характерно для основного этапа развития родов. ПГ  $G2\alpha$ , по мнению многих авторов, являются основным и непосредственным стимулятором миометрия, вызывают начало сокращения матки в родах.

По мнению Лерат (Lerat) (1978), наиболее важным фактором инициации родовой деятельности являются гормоны, синтезируемые в организме матери (окситоцин, ПГ), в плаценте (эстрогены, прогестерон) и в организме плода (гормоны коркового вещества надпочечников и задней доли гипофиза). Автором подчеркивается важная роль надпочечников и гипофиза плода в формировании первичных сигналов начало родовой деятельности.

Уровень эстрогенов как основного триггера для синтеза ПГ, кроме подобных механизмов, может обеспечиваться и активностью ферментных систем. Сигналы в данной системе передаются при помощи, нейрогормонов (биогенных аминов, в частности дофамина, серотонина и др.), а также стероидов и биохимическими изменениями в половой системе, как во время беременности и подготовки к родам, так и во время родов.

Установлено, что перед родами отмечается увеличение выброса в кровь матери катехоламинов (Dives и соавт, 1981г.) Авторами выявлена значительная положительная корреляция между сроком беременности и концентрацией адреналина, норадреналина и дофамина в крови матери, по их мнению это свидетельствует о прогрессирующем созревании адренергических систем плода в период окончания развития беременности. Подобные метаболические сдвиги, оказывая местное действия на уровне фетоплацентарного комплекса, стимулируют появление утеротонических ПГ в децидуальной оболочке. Утеротонический ПГ во время менструального цикла действуют лютеолитически, уменьшает синтез прогестерона, и сенсibiliзируют миометрий к окситоическим веществам.

Однако в период беременности, когда прогестерон синтезируется плацентой, подобное действие ПГ не доказано. В подтверждение этого Hussleiu (1982), Liggins (1982) и другие авторы отмечают, что до настоящего времени не обнаружено связи между началом родов и изменениями соотношения половых стероидов и ПГ. Однако возрастание синтеза ПГ непосредственно перед родами в организме матери, а также во время родов свидетельствует о важной роли их в инициации и развитии родовой деятельности. Точный механизм, контролирующей синтез эндогенных ПГ в беременной матке, которые индуцируют запуск пускового механизма начало родов, пока не известен. Резкое повышение уровня ПГ в конце беременности связывают с освобождением арахидоновой кислоты обусловленном липолитическим действием катехоламинов плода Lerat (1979). Одни автора связывают накоплением ПГ в организме с процессами старения структурных элементов в плаценте, её децидуальной оболочке, другие – с воздействием на организм матери метаболитов плода, третьи – с паданием уровня прогестерона или депонированием его при помощи специфических белковых молекул. Рассмотренные факторы является основной, но не главной причиной индукции родов, продукция плодом кортикотропина, кортизола, ПГ или окситоина в последующие динамические изменения половых стероидов в фетоплацентарном комплексе и другие

морфофункциональные сдвиги по следующему является вторичными и развиваются в ответ на главенствующие, возможно даже не одномоментные, ещё полностью нерасшифрованные стимулы.

Заслуживает внимания тот факт, что стимулом для наступления нормальных родов является наличие соматически зрелого плода, приспособленного к самостоятельной внеутробной жизни.

Таким образом, в сложном комплексе факторов, способствующих наступления родов, участвуют нервная система, гормоны и медиаторы.

Возникновению регулярных сокращений матки способствуют изменения в содержании калия, кальция, магния, натрия и других ионов в организме. Увеличивается калий и кальций, калий повышает моторную функцию матки, а кальций – тонус матки и чувствительность к окситоцину. Во время родов возрастает количество кобальта усиливающего моторную функцию матки, количество солей магния, тормозящего сокращения матки, перед родами уменьшаются.

Таким образом, к началу родов происходит, с одной стороны, повышение возбудимости матки, а с другой увеличение механических и химических раздражителей воздействующих на рецепторы ганглии, нервные стволы и сплетения матки. При этом отмечается множественность (совокупность) факторов, определяющих возбудимость матки, а также вызывающих возбудимость матки, сократительную деятельность.

На фоне повышенной возбудимости матки особенно значителен эффект окситоцина, ацетилхолина и др. веществ вызывающих сокращения матки. В этом же направлении действуют раздражения связанные с двигательной активностью плода и соприкосновением предлежащей части с нижним сегментом и шейки матки.

Когда возбудимость матки и сила раздражений достигают определенного предела, возникает родовая деятельность. Все сложные процессы, определяющие наступление и правильное течение родов, регулируются нервной системой.

Процессы подготовки организма к родам усиливаются в последние дни беременности. Это время некоторые авторы выделяют как подготовительный (прелиминарный) период.

Нейрогуморальные факторы, определяющие возникновение родов, способствуют правильному их течению. Каждое сокращение матки сопровождается раздражением нервных элементов, её нервные окончания при этом выделяют ацетилхолин, симпатин которые способствуют новому сокращению матки. Равным образом происходит ритмическое нарастание в крови окситоцина. Окситоцин (так же, как ацетилхолин и симпатин), поступивший в кровь вызвавший сокращение матки, быстро разрушается ферментами (окситоциназа, питоциназа). Однако в кровь поступают новые порции окситоцина, обеспечивающее сокращение матки. Подобные процессы происходят до конца родов.

Роды – это с эмоциональных и физических позиций особое время для каждой женщины. Это время интенсивной физической активности, стресса, боли они могут оказаться временем явной или скрытой опасности. Забота, которую женщина получает во время родов, должна не только помочь ей справиться с напряжением, стрессом и болью, но также уменьшить или ликвидировать опасность.

Цель мониторинга развития родов заключается в распознавании начальных неблагоприятных изменений для предотвращения их перехода в серьезные нарушения. Затянувшиеся (продолжительные) роды тесно связаны с известными неблагоприятными исходами. Они могут приводить к истощению матери, перинатальной асфиксии и даже смерти. Такие последствия затянувшихся родов нельзя рассматривать как неизбежное явление, потому что недостаточность маточной активности может корректироваться, и некоторые неблагоприятные последствия могут быть предупреждены. Мониторинг должен проводиться с умом и вниманием, а не как бездумная рутина в попытке «стричь всех женщин под одну гребенку» так называемой «нормы».

Обычно женщины ставят диагноз начала родов сами на основании регулярных болезненных сокращений матки. Иногда они распознают начало родов на основании появления слизи или крови, или после разрыва плодного пузыря. При поступлении в больницу самодиагноз женщины может быть подтвержден или отвергнут профессионалами.

Роды по определению характеризуются наличием регулярных сокращений матки, ведущих к прогрессирующему сглаживанию и раскрытию шейки матки в конце концов к рождению ребенка.

Время поступления в больницу может иметь важные последствия для прогресса родов. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что, хотя женщины, которые приходят в больницу рано, имеют, в целом, более короткую продолжительность родов, чем

те, которые приходят в более продвинутых стадиях; у первых регистрируется больше «трудных родов» и их роды сопровождаются большим количеством вмешательств и большим числом кесаревых сечений.

Физическое и психическое состояние, комфортность и благополучие женщин должны подвергаться такому же тщательному мониторингу, как и прогрессирование схваток или раскрытие шейки. Возможные причины таких симптомов как тошнота, одышка или головокружение должны быть точно выяснены и назначено необходимое лечение. Чувство страха и напряжения могут быть уменьшены и смягчены присутствием сопровождающего лица и компетентным медицинским персоналом. Интенсивность болей, испытываемых женщиной, будет определять необходимость и время применения болеутоляющих средств.

Соответствующее внимание следует уделять ее физическому состоянию. В большинстве ситуаций это будет включать, по крайней мере, анализ крови, измерение артериального давления, пульса и температуры. Хотя такое обследование стало традиционным, мнения относительно того, как часто они должны предприниматься, расходятся. Неизвестно значение будет минимальным. При наличии известных или подозреваемых отклонений от нормы (например, дородовое кровотечение или кровотечение во время родов, или преэклампсия) такие обследования должны производиться так часто, как это необходимо, или даже постоянно, а не должны диктоваться жестким графиком, одинаковым для всех женщин. Сомнительно, чтобы рутинное повторное обследование принесло какую – то целесообразную пользу здоровым женщинам с нормально протекающими родами.

Роды начинаются, и развитие их поддерживается сокращениями матки. Почти всегда женщина сама знает о наличии схваток, их частоте, продолжительности и силе. Эти признаки подтверждаются путем пальпации живота. Информация, получаемая от самой женщины, дополненная, по необходимости, абдоминальным исследованием, вполне достаточна в большинстве случаев для наблюдения за схватками.

Скудные данные из доступных контролируемых испытаний не дают оснований полагать, что какие – то преимущества достигаются при использовании внутриматочного катетера для определения давления при лечении слабости родовой деятельности.

Степень раскрытия шейки матки является наиболее точным критерием прогресса родов. Раскрытие обычно измеряется в сантиметрах от 0 см, когда шейка матки еще закрыта, до 10 см при полном раскрытии. Однако раскрытие шейки не является таким надежным показателем, как хотелось бы надеяться. Насколько нам известно, никаких исследований не опубликовано ни по вариациям в данных между различными специалистами, ни по вариациям при обследовании одним и тем же человеком, однако наш личный опыт свидетельствует о существенных вариациях в измерениях раскрытия шейки матки как различными профессионалами, так и одним и тем же специалистом при повторных обследованиях. В литературе не имеется четких указаний относительно ритма схваток, наиболее точно позволяющего оценить раскрытие шейки, но, вероятно, последовательное наблюдение в динамике имеет важное значения для суждения о степени раскрытия.

При предлежании головки ее отношение ко входу в таз должно быть определено путем абдоминального или вагинального исследования. Продвижение может быть выявлено при абдоминальном исследовании путем определения части головки, которая находится выше входа в малый таз. Абдоминальное исследование устраняет необходимость в

вагинальном исследовании, и на него не влияет форма головки. При вагинальном исследовании нижний полюс подлежащей части может быть соотнесен с уровнем седалищного гребня. Форма головки плода может быть определена и при вагинальном исследовании, это имеет большое значение при наблюдении за течением родов в случае, если подозревается несоответствие размеров головки таза. С учетом дополнительной доступной информации следует использовать оба метода исследования, прежде чем принять решение об оперативном вмешательстве.

Физиологические роды могут определяться или по признаку общей продолжительности родов, или по скорости раскрытия шейки матки (обычно выражаемой в см/час). Последний показатель с клинических позиций является более полезным, так как общая продолжительность родов может быть определена только ретроспективно.

Скорость раскрытия 1 см/час во время активной фазы родов часто считается гранью между физиологическими и патологическими родами. Конечно, ценность такого разделения может быть подвергнута сомнению. Многие женщины с низкой скоростью 0,5 см/час, возможно, больше соответствуют нижней границе физиологического течения родов, но это должно рассматриваться с известной осторожностью и с учетом общего состояния женщины.

В период мониторинга течения родов регистрация определенных показателей важна почти в той же степени, как и диагноз, их начала. Главные причины, побуждающие к этому, заключаются в необходимости отчетливо видеть характер течения родов, как можно раньше выявлять отклонения от нормы и облегчать доступность информации всем членам бригады, обеспечивающей роды. В настоящее время используется несколько способов регистрации показателей родов.

Дневник с учетом времени регистрации событий позволяет детально документировать все важные обследования матери и плода, но запись и проверка таких записей могут оказаться слишком утомительными. Длительное ведение этих записей затруднено, когда роды затягиваются или когда происходит смена персонала. Более конструктивным способом представления событий и течения родов можно облегчить раннее распознавание потенциально корригируемых отклонений от нормы..

Благополучие матери и плода требует тщательного наблюдения в процессе родов. Этот мониторинг не обязательно должен сопровождаться с использованием специальной аппаратуры, но при этом всегда необходимо скрупулезное и индивидуальное наблюдение.

Мониторинг течения родов – это не только определение маточных сокращений и раскрытия шейки матки. Скорость течения родов следует рассматривать в рамках общего состояния женщины, а не только с позиций физических проявлений. Скорость раскрытия 1 см/час у женщин, находящихся в тяжелом дистрессе и с сильными схватками, гораздо опаснее, чем скорость раскрытия 0,3 см/час у женщин, находящихся в хорошем состоянии, которые ходят, пьют чай и разговаривают со своим сопровождающим.

Вагинальному исследованию следует отдать предпочтение по сравнению с ректальным для суждения о течении родов, но его нужно производить не чаще, чем это диктуется обстоятельствами. Медленное течение родов является тревожным сигналом, но не должно автоматически служить поводом к какому – либо вмешательству.

**Биомеханизм родов** – это совокупность сгибательных, вращательных, разгибательных и поступательных движений плода, которые он совершает, проходя через родовые пути матери под воздействием биологических процессов, происходящих в организме матери.

На головке ведущая линия – стреловидный шов, ведущая точка – малый родничок.

***I момент – сгибание головки.***

Головка устанавливается стреловидным швом в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз.

***II момент – внутренний поворот головки.***

Он начинается в плоскости широкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза; головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода из малого таза; затылком кпереди, личиком кзади.

***III момент – разгибание головки.***

Появляется точка фиксации на головке – подзатылочная ямка фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит разгибание головки, рождаются лобик, носик, ротик, подбородочек.

***IV момент*** – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки личиком к бедру матери, противоположному позиции плода.

При этом плечики устанавливаются в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз. Поворот плечиков начинается в плоскости широкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза, плечики устанавливаются в прямом размере плоскости выхода. Переднее плечико фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит сгибание в грудном отделе позвоночника плода, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и весь плод.

**Роль медицинской сестры с высшим образованием в ведение родов.**

Для каждой роженице при поступлении в родильный комплекс, заполняется история родов, при котором необходимо данные обменной карты; заполняется паспортная часть истории родов, проводится тщательный сбор анамнеза, общий осмотр женщины по органам и системам и ознакомление роженицы и ее партнёра с планом родов основанной приказом Минздрава РУЗ за номером 500.

При акушерском осмотре медсестра должна сосредоточить внимание: на форму живота, положения плода, вид и позицию плода, предлежащую часть плода, проводить приём Леопольда – Левицкого.

Медсестра должна уметь: измерять наружные размеры таза, определить предварительную массу плода, определить ПСР, выслушивать сердцебиение плода.

С началом родовой деятельности по принципу приказа №500 заводится партограмма, что означает «partus» - роды, «grammos» - регистрация. Партограмма имеет 10 параметров:

Информация о пациентке (Ф.И.О., время, час поступления);

Сердцебиение плода (100 – 180 уд. в мин.);

Характер околоплодных вод (ч – чистый, м – мекониальный, к – кровянистый);

Конфигурация головки (I – II – III степени);

Степень раскрытие шейки матки (0 – 10 см);

Прохождение головки (5/5 – 5/0);

Маточные сокращения за 10 мин. (:::, ///, ■);

Полученные лекарства;

Параметры А/Д (I) и Ps (.);

Выделение мочи (белок, ацетон, количество).

Медсестра должна уметь интерпретировать все параметры партограммы и своевременно подсказать о прогнозе физиологическом или патологическом течение родов. Медсестра должна всегда быть в контакте с женщиной и её партнером в родах и поддерживать контакт во все периоды родов.

После рождение плода создать контакт матери и ребенка «кожа – к коже» и обеспечить раннее прикладывание к груди и соблюдать все принципы 500 приказа, организовать совместное пребывание матери и ребенка с раннего послеродового периода.

С началом раннего послеродового периода медсестра должна продолжить строгое наблюдение за общим состоянием роженицы инволюцией матки, за гемодинамикой матери (А/Д, Ps), выделением мочи, за характером лохий и лактации.

При дальнейшем послеродовом периоде продолжать наблюдение за общим состоянием родильницы, температуры тела, А/Д, Ps, характером лохий, инволюции матки, за состоянием молочных желез и физиологических отпавлений.

При выписке необходимо проводить беседу о предупреждении нежеланной беременности, решить вопрос о выборе контрацепции и оповещать о принципах грудного вскармливания.

## **Тема : № 12. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.**

**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 - 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 соответствуют времени формирования родовой доминанты и сопровождаются биологическим «дозреванием» шейки матки. Шейка матки размягчается, за-



нимает центральное положение по проводной оси таза и резко укорачивается. При патологическом течении длительность прелиминарных болей затягивается, сокращения матки приобретают болезненный характер, а созревания шейки матки не происходит.

Родовой акт делится на три периода:

- первый - период раскрытия (латентная и активная фаза – см. приложение «Партограмма»)
- второй - период изгнания плода (ранняя не изгоняющая и поздняя изгоняющая фаза)
- третий - последовый период.

В родах беременная называется роженицей.

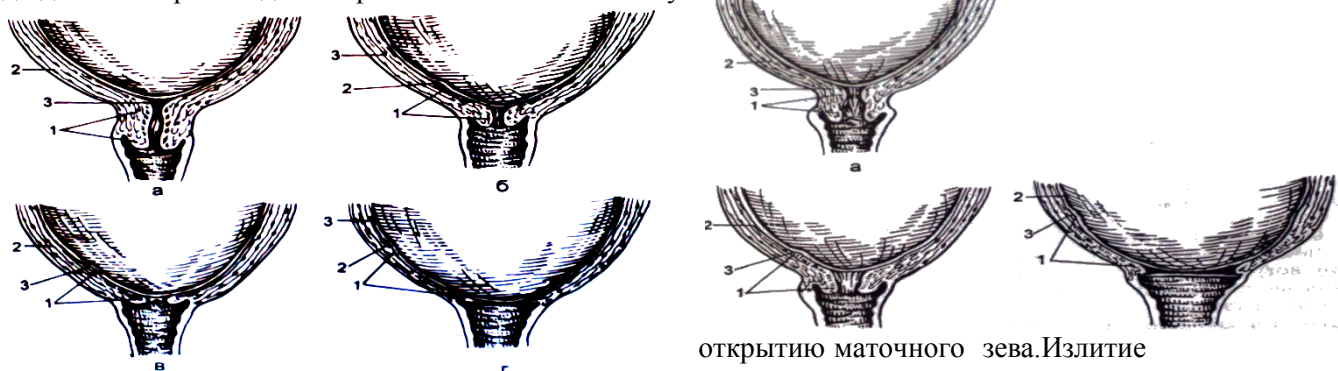
**Первый период родов** - это та часть родов, которая начинается с появления схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева.

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 родовый 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 шейечный 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, образовавшаяся из слившихся воедино полостей влагалища и матки. У повторнородящих в конце беременности весь шейечный 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.

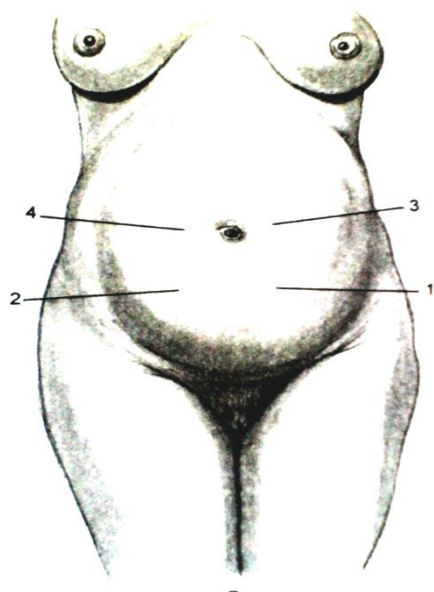
В первом периоде родов врач должен наблюдать за общим состоянием роженицы, динамикой родов и сердцебиением плода.

Поведение женщины в первом периоде родов должно быть активным. Она должна использовать приемы обезболивания, которым ее обучили 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.

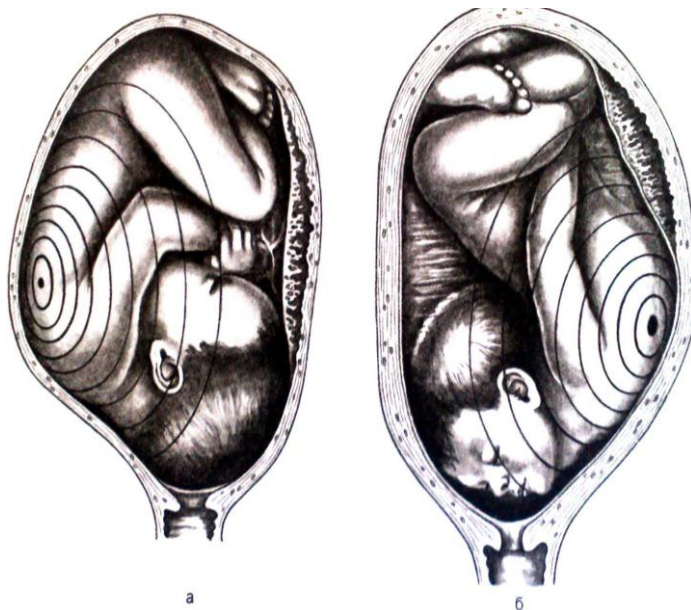
После полного раскрытия маточного зева начинается **второй период родов** - период изгнания, который заканчивается рождением плода. Во втором периоде выделяют две фазы: Ранняя (не изгоняющая) - полное раскрытие, предлежащая часть опускается, но не достигает дна таза, нет позывов к потугам. Поздняя (изгнание) – 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 - послеродовой** - 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.

#### **Рисунок выслушивания сердцебиения плода**

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 большою, приближаясь к проводной линии таза

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

Второй момент биомеханизма родов 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. В результате этого головка из косога 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.

#### **Рисунок защиты промежности**

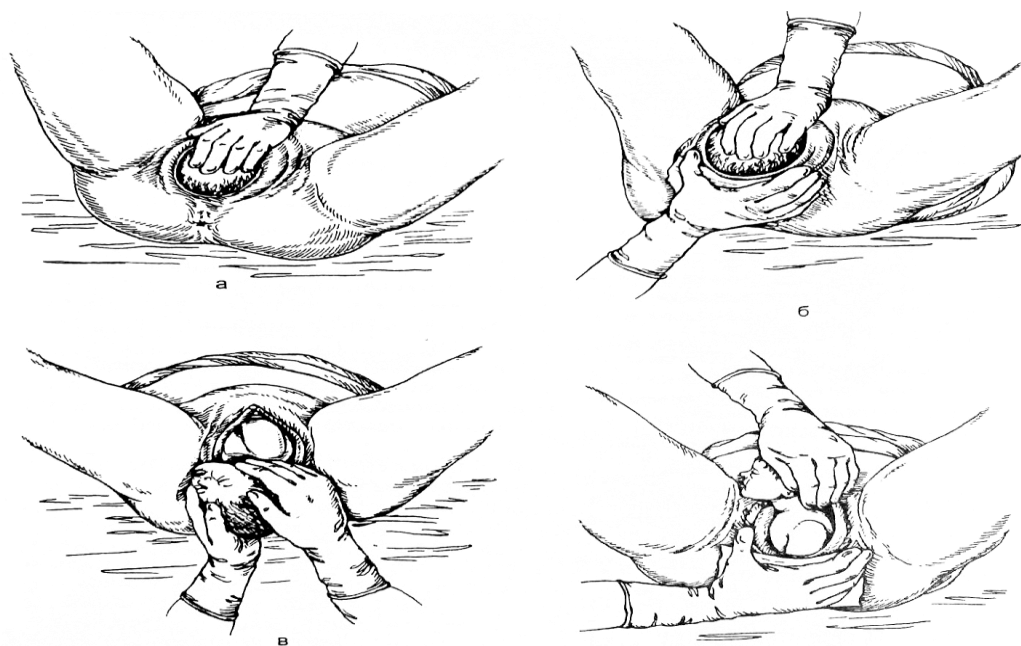
После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки - **четвертый момент**. Плечики плода производят внутренний поворот, в результате которого они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, а другое (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).

В последние годы взгляды на медицинский уход во время родов значительно изменились. Под влиянием результатов рандомизированных контролируемых исследований и рекомендаций ВОЗ - рутинно бритье лобка, клизма перед родами, эпизиотомия, амниотомия, стимуляция родов без веских показаний не применяется. Роды ведутся в индивидуальной родильной комнате, что обеспечивает приватность, конфиденциальность и возможность партнерской поддержки в родах. Роженица должна находиться в одном помещении с момента начала родов и до рождения ребенка. Родильная комната должна быть чистой, но не стерильной. В каждой родильной комнате должно быть оборудование для оказания экстренной помощи и лекарственные препараты, которые могут потребоваться матери и новорожденному. Родильная комната должна быть хорошо освещенной, чтобы было удобно наблюдать за ребенком и ориентирована на семью, с возможностью присутствия при родах партнера. Обстановка в родильной комнате должна напоминать домашнюю обстановку и обеспечивать ощущение комфорта (шторы, плакаты или украшения на стенах, музыка, пластиковые цветы и т. д.).

Безопасные роды — чистые роды, которые ведутся подготовленным человеком с необходимыми навыками (ВОЗ). Частота проведения влагалищных осмотров должна быть сведена к минимуму, необходимому для обеспечения безопасных родов с медицинской точки зрения, и эти осмотры всегда должны проводиться с согласия женщины. Положительное влияние на прогресс родов, исход, адаптацию матери в послеродовом периоде, отношения между матерью и ребенком, грудное вскармливание, адаптацию супругов к родительской роли оказывает поддержка роженицы партнером (помимо акушерки) во время родов. Роды сопряжены с большими энергетическими затратами,

которые необходимо постоянно восполнять, и принудительное голодание может привести к замедлению родовой деятельности, развитию дистонии шейки матки и череде вмешательств, которые могут завершиться кесаревым сечением. Резкое ограничение питания в родах приводит к обезвоживанию и ацидозу, что легко предотвратить с помощью питья и приема легкой пищи во время родов. Результаты нескольких исследований указывают на то, что позиция лежа на спине может негативно повлиять как на состояние плода, так и на прогресс родов, т.к. в таком положении тела матери у нее нарушается кровоснабжение матки и схватки становятся менее эффективными. В родах одним из способов устранения негативных эффектов положения лежа на спине может быть частая смена роженицей положения тела. Длительность родов короче, у тех женщин, которым предлагали сидеть, стоять или ходить во время родов,

Многие роженицы в первом периоде родов предпочитают лежать на спине, ПРЕДЛОЖИТЕ ей повернуться на левый бок для профилактики синдрома нижней полой вены. Под давлением беременной матки снижается приток венозной крови к нижней части тела, происходит сдавление нижней полой вены и, следовательно, снижается приток крови к сердцу. В результате снижается сердечный выброс, что приводит к нарушению сердечного ритма и изменению показателей артериального давления. Это оказывает пагубное влияние на маточно-плацентарный кровоток и снижает поступление кислорода к плоду. Женщина должна иметь возможность свободно двигаться и выбирать удобные для себя позиции – стоя, сидя, на четвереньках или на корточках.

Активное ведение III периода родов:

Введение окситоцина (10 МЕ в/м) или другого препарата, вызывающего сокращения матки, в первую минуту после рождения ребенка

Рождение плаценты путём контролируемой тракции за пуповину

Массаж матки после рождения плаценты

Преимущества активного ведения III периода родов:

Уменьшение общей кровопотери

Снижение случаев послеродовой кровопотери объемом свыше 500 мл

Снижение случаев послеродовой кровопотери объемом свыше 1000 мл

Уменьшение общей продолжительности третьего периода родов

Уменьшение случаев низкого уровня гемоглобина у рожениц, необходимости в послеродовом переливании крови и терапевтическом введении окситоцина

### **Приложение.**

**1. Партограмма** (см.Органайзер) - это способ графического отображения процесса родов:

Прогрессирования родов (родовая деятельность, раскрытие шейки матки, продвижение головки плода)

Состояния плода

Состояния матери

Продвижение головки плода, определяемое посредством наружного осмотра

Головка над входом в таз

Головка большим сегментом во входе в таз

Головка пальпируется на ширину 5 пальцев над верхним краем симфиза - 5/5

Головка пальпируется на ширину 2 пальцев над верхним краем симфиза – 2/5.

Околоплодные воды:

Ц – целый плодный пузырь;

П – прозрачные околоплодные воды;

К – околоплодные воды окрашенные кровью

М – околоплодные воды окрашенные меконием.

Конфигурация головки:

0 – кости не соприкасаются и соединительная ткань легко определяется между краями костей черепа

+ Кости слегка касаются друг друга

++ Кости находят друг на друга

+++ Кости значительно находят друг на друга

Принципы ведения партограммы:

Партограмма используется для ведения в основном первого периода родов  
Однако, во втором периоде родов следует продолжить запись показателей состояния матери и плода, а также маточных сокращений (см.Органайзер)

Партограмму начинают заполнять при наличии

Одного и более сокращения матки за 10 минут продолжительностью 20 сек или больше в латентной фазе

Два и более сокращения матки за 10 минут продолжительностью 20 сек или больше в активной фазе

Отсутствие осложнений, требующих неотложных помощи и/или родоразрешения

Партограмма заполняется во время родов, а не после их окончания

Во время родов партограмма должна находиться в родильной комнате

Заполнение и интерпретацию партограммы должен осуществлять обученный персонал (врач или акушерка)

Ведение партограммы прекращается если, возникли осложнения требующие экстренного родоразрешения.

**2.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 (flexiocapitis). 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 косого 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 32см, 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 виды 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. Как часто должно проводиться наружное акушерское исследование в I периоде родов?**

Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия должно проводиться многократно и систематически. Записи в медицинских документах должны производиться не реже чем каждые 2 часа.

**7. 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).

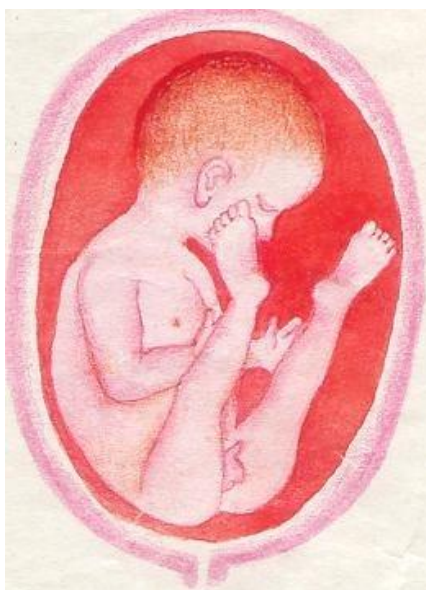
**8. Какова частота сердцебиения плода?**

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

**9. Когда происходит отхождение околоплодных вод?**

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

**Тема: 13. Роды в тазовом предлежании.**



При тазовом предлежании чаще, чем при головном, наблюдаются травматические повреждения и материнская заболеваемость (разрывы мягких родовых путей и промежности, повреждения лобкового и крестцово-подвздошного сочленений, кровотечения, послеродовые инфекционные заболевания).

Перинатальная заболеваемость и смертность при тазовых предлежаниях плода значительно выше, чем при головных, и обусловлены многими факторами, такими как недоношенность, гипоксия, родовая травма (разрывы мозжечкового намета, кровоизлияния), повреждения органов брюшной полости и спинного мозга, аномалии развития плода и др.

Перинатальные потери при тазовом предлежании при различных методах родоразрешения составляют от 0,5 до 14,3 %, т.е. в 3—5 раз выше по сравнению с этим показателем при родах в головном предлежании. Наибольшие перинатальные потери отмечаются при родах в ножном предлежании. Во многом перинатальные потери зависят от способа родоразрешения. Основными причинами перинатальных потерь являются преждевременные роды, врожденные аномалии, родовая травма. На аутопсии наиболее часто поражены головной и спинной мозг, печень, надпочечники, селезенка. При влагалищных оперативных родах иногда поражены плечевые сплетения, кивательные мышцы, глотка.

Изучение отдаленных последствий для детей, рожденных в тазовом предлежании, показало, что у них часто имеются дисплазия или вывихи тазобедренных суставов, отставание в психомоторном развитии, энцефалопатии, гидроцефалия и др.

Тазовые предлежания встречаются в 3—5 %.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Различают следующие разновидности тазовых предлежаний: 1) ягодичные предлежания (сгибательные) и 2) ножные (разгибательные) предлежания.

Ягодичные предлежания свою очередь подразделяются на чисто ягодичные и смешанные ягодичные предлежания. Некоторые авторы чисто ягодичные предлежания называют неполными, а смешанные ягодичные — полными.

При чисто ягодичных (неполных) предлежаниях к входу в таз обращены ягодицы: ножки вытянуты вдоль туловища — согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах и стопы расположены в области подбородка и лица.

При смешанных ягодичных (полных) предлежаниях ягодицы обращены к входу в малый таз вместе с ножками, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах, несколько разогнуты в голеностопных суставах, плод в позе на "корточках".

*Ножные предлежания* разделяют на полные, неполные и коленные. При полных ножных предлежаниях к входу в таз предлежат обе ножки плода, слегка разогнутые в тазобедренных и согнутые в коленных суставах. При неполных ножных предлежаниях — предлежит одна ножка, разогнутая в тазобедренном и коленном суставах, а другая, согнутая в тазобедренном и коленном суставе, располагается выше. При коленных предлежаниях ножки разогнуты в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, а колени предлежат к входу в таз. Ножные предлежания образуются во время родов.



Среди тазовых предлежаний ягодичные встречаются примерно в 30 % случаев и чаще у первородящих. Среди ножных предлежаний чаще всего встречаются неполные, которые и 30 % случаев и родах переходят в полное.

Позиции и виды позиций плода при тазовом предлежании определяются, как при головном — по спинке плода.

Этиология тазовых предлежаний до настоящего времени остается недостаточно выясненной. Полагают, что изменения формы матки способствуют формированию неправильного положения плода, в том числе и тазового. Выдвигается предположение о наличии материнских, плодовых, плацентарных факторов, способствующих тазовому предлежанию.

К материнским факторам относятся аномалии развития матки, опухоли матки, узкий таз, опухоли таза, снижение или повышение тонуса матки у многобараживших, рубец на матке после операций, в том числе после кесарева сечения и др.

К плодовым факторам относятся недоношенность, многоплодие, задержка внутриутробного развития и врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия), неправильное членорасположение плода, особенности вестибулярного аппарата у плода и др. Обнаружены значительные цитоморфологические нарушения и нейросекреторных ядрах гипоталамуса при тазовых предлежаниях, гибель большого числа нейронов, повышение функциональной активности нейросекреторных клеток, наличие кровоизлияний. Указанные изменения могут неблагоприятно отразиться на течении острой фазы адаптации новорожденного и дальнейшем развитии ребенка, так как при этом происходит увеличение физиологических концентраций нейрогомонов (окситоцина, вазопрессина), содержащихся в нейросекрете. Установлено, что при тазовых предлежаниях у доношенных новорожденных нервные элементы продолговатого мозга менее зрелые (наряду с нейронами имеются нейробласты) в отличие от детей, рожденных в головном предлежании.

Плацентарные факторы включают предлежание плаценты, расположение в области дна или углов матки, маловодие или многоводие и пр.

Среди этиологических факторов наиболее часто встречается недоношенность, мало- и многоводие, пороки развития гениталий, нарушение тонуса матки у многобараживших, узкий таз.

Заслуживает внимания точка зрения о том, что формирование тазового предлежания плода зависит от зрелости его вестибулярного аппарата, а поэтому чем меньше срок беременности, тем чаще выявляются тазовые предлежания. Так, при сроке беременности 21—24 нед тазовые предлежания встречаются в 33 %, а при доношенной беременности — в 3,5—4,5 %

Характер предлежания плода окончательно формируется к 34-36 неделе беременности.

## **ДИАГНОСТИКА**

Распознавание тазовых предлежаний основано главным образом на умении пальпаторно отличить головку плода от ягодиц.

При наружном акушерском исследовании следует использовать четыре приема Леопольда-Левицкого.

Первый прием позволяет определить в дне матки округлую, плотную, баллотирующую головку, нередко смещенную от средней линии живота вправо или влево. Дно матки при тазовых предлежаниях стоит выше, чем при головном предлежании, при одном и том же сроке гестации, что обусловлено тем, что тазовый конец плода обычно находится над входом в малый таз до конца беременности и начала родов.

При втором приеме определяют спинку плода, которая обычно располагается с одной стороны живота, а мелкие части — с другой.

При третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, неспособная к баллотированию.

При четвертом приеме уточняется предлежащая часть (она обычно крупная, неправильно" формы, мягковатой консистенции) и ее отношение ко входу в малый таз. Тазовый конец плода обычно до конца беременности находится над входом в таз.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях наиболее отчетливо прослушивается выше пупка, иногда на его уровне, справа или слева (в зависимости от позиции). Позиция и виды позиций определяются по снимке плода (как при головных предлежаниях).

Диагноз тазового предлежания обычно вызывает трудности только при выраженном напряжении мышц передней брюшной стенки и повышенном тонусе матки, при ожирении, двойне, анэнцефалии.

Для уточнения диагноза тазового предлежания и определения его разновидности используют влагалищное исследование.

При влагалищном исследовании во время беременности через передний свод прощупывается объемистая мягковатой консистенции предлежащая часть плода, отличающаяся от головки, которая более плотная и круглая.

Тазовые предлежания без труда диагностируются при ультразвуковом исследовании, которое позволяет определить не только тазовое предлежание, но и пол, вид, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), обвитие пуповины, локализацию плаценты, размеры и степень ее зрелости, количество вод, определить аномалии развития плода и др.

При электрокардиографическом исследовании желудочковый комплекс *QRS* плода обращен книзу, а не кверху, как при головном предлежании.

С успехом можно использовать амниоскопию, при которой устанавливают характер предлежания плода, количество и цвет околоплодных вод, возможное предлежание петель пуповины.

Различают четыре варианта положения головки плода при тазовом предлежании (угол измеряется между позвоночником и затылочной костью головки плода):

— головка согнута (угол больше  $110^\circ$ ),

— головка слабо разогнута (поза военного) — I степень разгибания (угол от  $100$  до  $110^\circ$ ),

- головка умеренно разогнута — II степень разгибания (угол от 90 до 100°),
- чрезмерное разгибание головки ("смотрит на звезды") — III степень разгибания (угол меньше 90°).

Клиническими признаками разгибания головки плода являются несоответствие размеров головки плода предполагаемой его массе (размеры головки представляются большими), расположение головки в дне матки, наличие выраженной шейно-затылочной борозды.

### **ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Тазовое предлежание, диагностируемое до 28 нед беременности, требует только выжидательного наблюдения.

У 70 % повторнородящих и у 30 % первородящих беременных поворот на головку происходит спонтанно до родов и в небольшом проценте во время родов.

Если учесть, что тазовое предлежание является неблагоприятным для течения родов и их исхода для плода, то при сроке беременности более 29—30 нед многие авторы рекомендовали проводить мероприятия, направленные на изменение тазового предлежания на головное. Большое внимание при этом уделяется комплексу гимнастических упражнений.

Самый простой комплекс упражнений заключается в следующем: беременная, лежа па кушетке, попеременно поворачивается на правый и левый бок и лежит на каждом из них по 10 мин. Процедуру повторяют 3—4 раза.

Занятия проводятся 3 раза в день. Поворот плода на головку может произойти и течение первой недели. Эффективность комплекса гимнастических упражнений обусловлена изменением тонуса мышц передней брюшной стенки и матки в результате раздражения механо - и барорецепторов матки, воздействия на вестибулярный аппарат плода. Доказано, что с помощью гимнастических упражнений можно не только способствовать исправлению тазового предлежания плода на головное, но и регулировать тонус и спонтанную активность матки. У беременных с дифференцированным подбором физических упражнений отмечено исправление тазового предлежания плода на головное в 76,3 % случаев.

Многочисленные патогенетические факторы формирования тазового предлежания плода являются причиной более высокого числа осложнений беременности.

Наиболее частыми осложнениями при тазовых предлежаниях плода в первой половине беременности являются угроза прерывания (45 %), которая у каждой пятой беременной протекает с клиническими признаками истмико-цервикальной недостаточности, токсикоз первой половины беременности (27,5 %) и др.

Во второй половине беременности отмечаются следующие осложнения: гипертензивные состояния беременности различной степени тяжести (35,6 %), угроза прерывания беременности (39,3 %), гипотрофия плода (4,9 %), обвитие пуповиной (40,8 %), маловодие (25,3 %) и др.

Течение родов при тазовых предлежаниях характеризуется большим числом осложнений. В первом периоде родов наиболее частым является раннее или преждевременное излитие околоплодных вод. Особенно часто это осложнение наблюдается при ножных предлежаниях. Тазовый конец меньше головки, при вступлении в таз он не прилегает плотно к родовому каналу. Пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены. При каждой схватке околоплодные воды устремляются в нижний отдел матки, оболочки не выдерживают большого напряжения и разрываются преждевременно. В момент излития вод может произойти выпадение петель пуповины и мелких частей плода. Выпадение петель пуповины при тазовых предлежаниях встречается в 5 раз чаще, чем при головном. Однако и при тазовом предлежании, хотя и реже, чем при головном, может быть сдавление выпавшей петли пуповины, приводящее к гипоксии и гибели плода, если своевременно не оказать помощь

При тазовых предлежаниях нередко наблюдается слабость родовой деятельности, особенно при раннем и преждевременном излитии околоплодных вод. При этом раскрытие шейки матки происходит медленно тазовый конец довольно долго остается над входом в таз, роды затягиваются. Несвоевременное излитие вод и затяжные роды ведут к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и развитию гипоксии у плода а также способствуют проникновению инфекции в матку. При этом возможно инфицирование оболочек, плаценты, матки и плода.

Период изгнания при тазовых предлежаниях имеет свои особенности, связанные с тем, что наиболее крупная часть плода - головка рождается последней. Первым продвигается по родовому каналу менее объемный тазовый конец, который не может расширить родовые пути до такой степени, которая необходима для бережного прохождения плечевого пояса и головки. Поэтому при вступлении в таз плечевого пояса могут возникнуть осложнения, опасные для плода: запрокидывание ручек и разгибание головки (ущемление головки). При этих осложнениях рождение плечевого пояса и головки задерживается, плоду грозит гипоксия и гибель.

При прохождении через таз верхнего отдела туловища и головки неизбежно возникает сдавление пуповины. Петли изгнание туловища и головки затягивается свыше 3—5 мин, возникает тяжелая гипоксия плода, которая может привести к его смерти. Эти осложнения чаще всего встречаются при ножных предлежаниях, потому что ножки при малом их объеме недостаточно расширяют родовые пути.

Одним из грозных осложнений является вколачивание ягодиц в газ при ягодичном предлежании и это часто является проявлением клинического несоответствия плода и таза матери. Серьезное осложнение — попорот плода спинкой кзади, когда подбородок фиксируется под лобковым симфизом, головка разгибается: возникает угроза гипоксии, травмы плода и матери.

При родах в тазовом предлежании нередко возникают травмы у матери в виде разрывов шейки матки, влагалища и промежности.

Нередко в родах наблюдается переход одного типа тазового предлежания в другой. Так, переход неполного ножного предлежания в полное отмечается в 30 % случаев. Такой переход считается неблагоприятным и является основанием для расширения показаний к кесарево сечению.

## МЕХАНИЗМ РОДОВ

В конце беременности и начале родов ягодичи своим поперечным размером располагаются над одним из косых размеров входа в таз (при переднем виде, первой позиции — над левым косым размером). Продвижение плода по родовому каналу начинается обычно к концу полного раскрытия маточного зева. Принято различать шесть моментов механизма родов при тазовом предлежании плода.

**Первый момент** — внутренний поворот ягодич. Он начинается при переходе ягодич из широкой части полости таза в узкую. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодич оказывается в прямом размере таза. Передняя ягодица подходит под лобковую дугу (между большим вертелом и краем подвздошной кости), образуя точку фиксации, задняя же устанавливается над копчиком. При этом туловище плода подвергается незначительному боковому сгибанию выпуклостью кзади в соответствии с изгибом крестца.

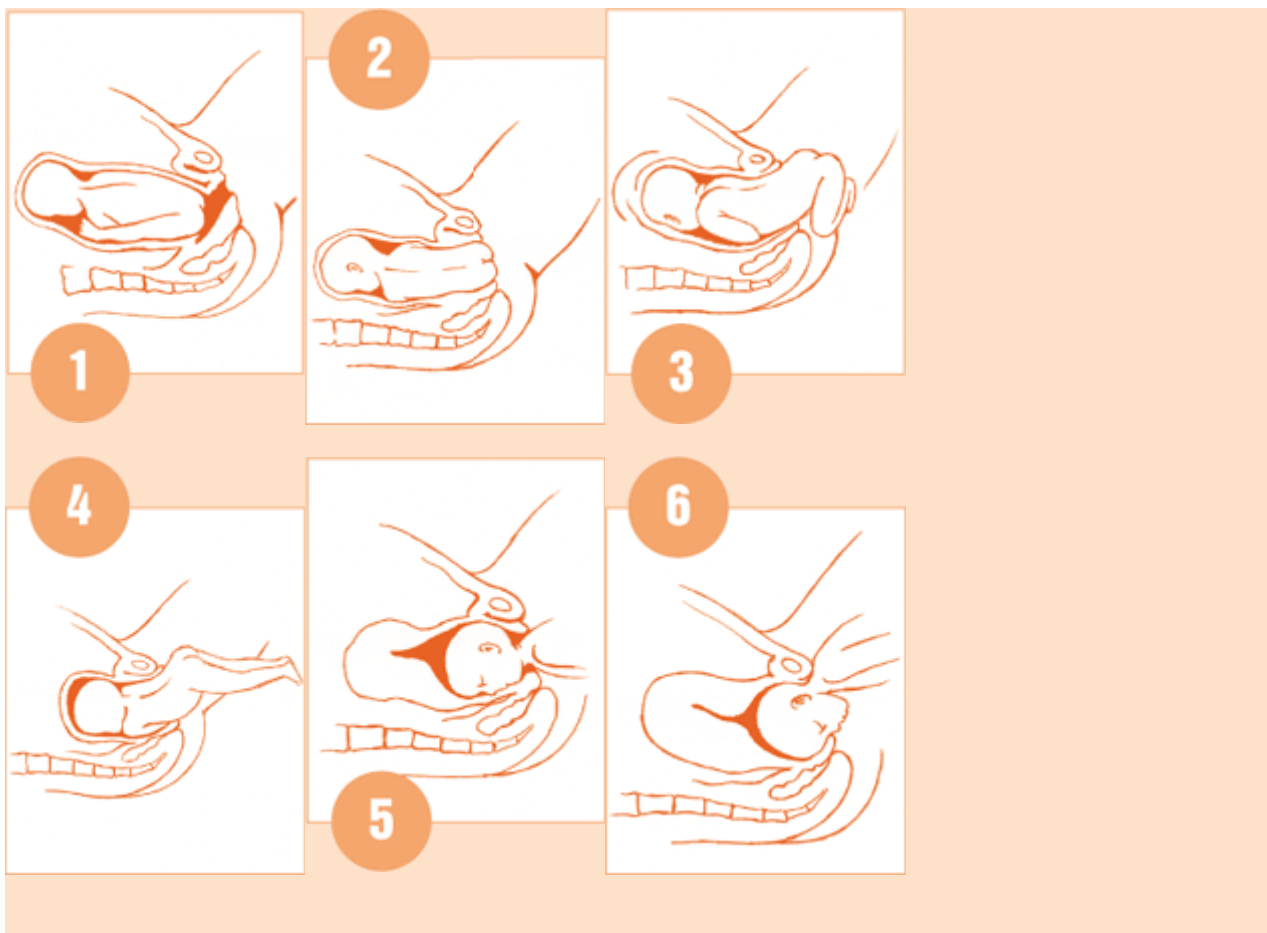
**Второй момент** — боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Дальнейшее поступательное движение плода приводит к большему боковому сгибанию позвоночника плода. При этом задняя ягодица выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лобкового сочленения окончательно рождается передняя ягодица. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли ягодичи.

**Третий момент** — внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища. Этот поворот завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом спинка поворачивается в сторону, переднее плечико плода подходит под лобковую дугу (на границе верхней и средней трети), а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью .

**Четвертый момент** — соковое сгибание шейно-грудной части позвоночника. С этим моментом связано рождение плечевого пояса и ручек.

**Пятый момент**— внутренний поворот головки (затылком кпереди). Головка вступает малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики. При переходе из широкой в узкую часть таза головка совершает внутренний поворот, в результате которого сагиттальный (стреловидный) шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка — под лобковым сочленением, где образуется точка фиксации.

**Шестой момент**— сгибание головки. Следствием этого является прорезывание головки (рождение): последовательно выкатываются над промежностью подбородок, рот, нос, темя и затылок. Головка прорезывается малым косым размером. Реже наблюдается прорезывание головки средним косым размером, что приводит к сильному растяжению промежности и к возможному ее разрыву.



Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается больше на одной из ягодиц: при первой позиции — на левой ягодице, при второй - на правой. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные органы плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ.

При ножных предлежаниях родовая опухоль располагается на ножках, которые становятся отечными и сине-багровыми.

Вследствие быстрого рождения последующей головки не происходит конфигурация, и она имеет округлую форму.

При нормальном механизме спинка во время рождения туловища поворачивается кпереди (передний вид). В некоторых случаях спинка плода поворачивается кзади, возникает задний вил, течение родов замедляется или головка идет в согнутом состоянии, то область переносицы упирается в симфиз и над промежностью выкатывается затылок. Нередко возникает тяжелое осложнение в связи с разгибанием головки: подбородок задерживается над симфизом, и головка должна родиться в состоянии крайнего разгибания. Без акушерской помощи рождение головки задерживается, и плод гибнет от асфиксии. Головка должна быть освобождена быстро и бережно с помощью специальных приемов.

В настоящее время в связи с опасностью травматизации плода при родоразрешающих операциях через естественные родовые пути большинство акушеров считают целесообразным расширение показаний к кесареву сечению при тазовом предлежании плода (операция проводится в 80—90 % случаев). Исход же для плода при кесаревом сечении

значительно лучше, чем при родах через естественные родовые пути. При ведении родов через естественные родовые пути тактика может быть изменена в зависимости от конкретной акушерской ситуации.

**Показаниями** для проведения планового кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода являются: перенашивание беременности, неподготовленность родовых путей при доношенной беременности, аномалии развития половых органов, анатомически узкий таз, выраженная хроническая гипоксия плода, масса плода более 3600 г и менее 2000 г, разгибание головки III степени. Кроме указанных показаний, значительное место занимают сочетанные показания, а именно: сочетание тазового предлежания с возрастом первородящей более 30 лет, длительным бесплодием в анамнезе, неблагоприятным исходом предыдущих родов, рубцом на матке после кесарева

сечения и др.

При хорошем состоянии беременной и плода, нормальных размерах таза и средних размерах плода, при согнутой его головке, при "зрелой" шейке матки роды следует вести через естественные родовые пути под мониторным контролем. В процессе родов могут появиться осложнения со стороны матери и (или) плода, и план ведения родов может быть изменен в сторону оперативного родоразрешения.

С началом родовой деятельности следует уточнить характер тазового предлежания, что облегчается после разрыва плодного пузыря и при значительном раскрытии маточного зева. При чисто ягодичном предлежании пальпируется объемистая мягковатой консистенции часть плода, можно при этом определить крестец, копчик, седалищные бугры, щель между ягодичами, заднепроходное отверстие, половые органы плода, паховый сгиб. По расположению крестца распознают позицию и вид плода: при переднем виде первой позиции он обращен влево и впереди, при заднем виде второй позиции — вправо и кзади. При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодичами прощупывается стопа.

Можно ошибочно чисто ягодичное предлежание спутать с лицевым, приняв анус за рот, седалищные ости за молярные возвышения. Тщательное исследование должно предотвратить ошибку. Исследуемый палец ощущает сопротивление мышц ануса, в то время как более твердые челюсти ощущаются при прохождении в рот. Более того, палец, выведенный из ануса, иногда окрашен меконием. Рот и молярные возвышения имеют треугольную форму, в то время как седалищные бугры и анус располагаются по одной линии. Пальпацию половых органов и заднепроходное отверстие следует проводить очень бережно, чтобы не нанести травму.

При ножных предлежаниях пяточный бугор, короткие и ровные пальцы, отсутствие отведения большого пальца позволяют отличить ножку от ручки плода. Колено отличается от локтя наличием подвижной надколенной чашечки.

В первом периоде родов с целью профилактики раннего покрытия плодного пузыря роженица должна соблюдать постельный режим. Роженицу укладывают на тот бок, куда обращена спинка плода, что способствует вставлению предлежащей части плода, усилению родовой деятельности, предупреждению выпадения петель пуповины.

Сразу после излития вод производят влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и исключить выпадение петель пуповины.

При ведении родов в тазовом предлежании обязателен мониторный контроль за сердечной деятельностью плода и сократительной деятельностью матки.

Важной задачей являются своевременная диагностика аномалий родовой деятельности и проведение соответствующего лечения. При выявлении нарушений сократительной деятельности матки при тазовых предлежаниях плода чаще, чем при головном, следует решать вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Наиболее частыми показаниями к экстренному проведению кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием являются слабости родовой деятельности, отсутствие схваток в течение 2—3 ч после излития околоплодных вод, гипоксия плода.

При выпадении петли пуповины при доношенном жизнеспособном плоде, неуспешное ее заправление и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути следует произвести кесарево сечение.

Во втором периоде родов необходимо усилить наблюдение за плодом, сердцебиение плода следует выслушивать после каждой потуги. Предпочтительно проводить мониторинг с учетом особенностей сердечной деятельности плода у рожениц с тазовым предлежанием. В отличие от головного предлежания появление мекония во время изгнания плода не является признаком гипоксии, так как меконий выдавливается из кишечника механически

С момента врезывания ягодич роженицу укладывают так, чтобы ее таз находился на краю родильной кровати. Во время потуг роженице рекомендуют стопами упираться в подставки, а руками удерживаться за специальные приспособления или прижимать руками бедра к животу для усиления потуг и уменьшения угла наклона таза.

В нашей стране наибольшее распространение при чисто ягодичном и ножных предлежаниях получили пособия по методу Н.А.Цовьянова (1929) и метод Морисо—Левре—Лашапелль для выведения последующей головки плода.

Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Основная цель — удержание ножек в течение периода изгнания вытянутыми и прижатыми к туловищу плода, что способствует сохранению нормального членорасположения плода. Тем самым предупреждается возникновение таких неблагоприятных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

При чисто ягодичном предлежании ножки плода вытянуты вдоль туловища и прижимают скрещенные ручки к грудной клетке, а стопы, достигая уровня лица, поддерживают головку согнутой, если она не находится в разогнутом состоянии. Такое расположение ножек превращает тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает своего максимального объема (в среднем 42 см), который слагается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек плода и прижатых к ним ножек — все это превышает объем последующей головки (32—34 см), поэтому рождение ее происходит без затруднения.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании заключается в следующем. После прорезывания ягодич их захватывают руками так, чтобы большие пальцы обеих рук располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца обеих рук — на поверхности крестца. При таком захватывании ножек предупреждается преждевременное их выпадение и это способствует физиологическому течению механизма родов — движению рождающегося туловища кпереди (к животу матери) по проводной оси таза.

По мере рождения туловища плода врач бережно прижимает ножки плода к животу большими пальцами, остальные пальцы рук перемещает вверх по спине, постепенно продвигая руки к половой щели, чем предупреждается выпадение ножек плода, а также запрокидывание ручек за головку. Следует удерживать туловище так, чтобы не образовался задний вид (спинка плода не повернулась кзади). При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечный размер плечиков плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса — в прямой размер выхода таза. Ягодицы плода необходимо направлять несколько кзади, чтобы облегчить рождение передней ручки плода из-под лобковой дуги. Для рождения задней ручки плод приподнимают кпереди и из крестцовой



впадины рождается задняя ручка. После этого в глубине зияющей половой щели появляются подбородок, рот, нос плода. Если в это время потуги сильны, для освобождения головки достаточно направить ягодичцы плода на себя и кверху. При этом головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Если рождение ручек и головки задерживается, то последние освобождают ручными приемами.

### **При затруднении выведения головки используют приём Морис-Смелли-Вейта.**

Этапы выполнения приёма:

-положите тело ребенка лицом вниз поверх вашей ладони и предплечья

-положите указательный и безымянный пальцы этой руки на скуловые кости ребенка и средний палец в рот ребенка для отведения челюсти вниз и сгибания головки

-используйте другую руку для захвата плечиков ребенка

-двумя пальцами верхней руки осторожно согните головку ребенка по направлению к груди, пока приложенное снизу давление на челюсть не выведет головку плода вниз до появления границы волосистой линии

-потяните осторожно для рождения головки

-Для удержания головки в согнутом состоянии необходимо, чтобы ассистент осторожно надавливал рукой на дно матки, чтобы оно все время находилось в соприкосновении с опускающейся головкой.

При заднем виде чистого ягодичного предлежания прорезывающееся туловище осторожно поворачивается вокруг продольной оси спинкой кпереди, вправо или влево, в зависимости от позиции. Если поворот затруднителен, роды ведут в заднем виде. При повороте плода из заднего вида в передний может произойти запрокидывание ручек плода, что обычно вызывает значительные трудности при их выведении. При ножных предлежаниях осложнения родов и мертворожденна встречаются чаще, чем при ягодичных. Возникшие осложнения связаны с тем, что рождающиеся ножки не могут расширить родовые пути для беспрепятственного рождения объемистого плечевого пояса к головки. Поэтому при ножных предлежаниях нередко наблюдаются запрокидывание ручек, разгибание головки и ее ущемление в судорожно сократившейся шейке матки. Эти осложнения можно предотвратить, если к моменту изгнания плечевого пояса шейка матки будет раскрыта полностью.

В настоящее время при ножных предлежаниях плода, особенно при выпадении ножки (или ножек), при неполном открытии маточного зева методом выбора родоразрешения считают кесарево сечение.

Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова. До недавнего времени широко применялось предложенное Н.А.Цовьяновым ручное пособие при ножных предлежаниях плода, при котором ножки удерживались во влагалище до полного раскрытия маточного зева.

Уточнив путем влагалищного исследования ножное предлежание, стерильной пленкой покрывают наружные половые органы и ладонью, приложенной к вульве, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища. Плод во время потуги как бы садится на корточки и образует смешанное ягодичное предлежание, а затем, продвигаясь по родовому каналу, оказывает сильное давление на нервное крестцовое сплетение, усиливая схватки и потуги.

Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей частью плода, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги, стояние контракционного кольца на 5 поперечных пальце» выше лобка. Когда ягодичцы спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. Это соответствует полному раскрытию маточного зева. Как только установлено полное раскрытие маточного зева, противодействие ножкам больше не оказывают, и ножки, а вслед за ними ягодичцы плода и его туловище рождаются без затруднения.

После рождения туловища до нижних углов лопаток ручное пособие оказывают, как при ягодичном предлежании.

Непременным условием успешного ведения родов указанным методом является внутривенное введение утеротонических средств, систематическое (после каждой потуги) выслушивание сердечных тонов плода стетоскопом, а лучше ультразвуковым датчиком с цифровым обозначением или с помощью кардиотокографа, наблюдение за высотой стояния контракционного кольца, за выделениями из половых путей (возможна отслойка плаценты, разрыв шейки матки). Ручное пособие по Цовьянову не всегда предупреждает выпадение ножек, запрокидывание ручек и затруднения при выведении ручек (плечевого пояса) и головки плода. В подобных ситуациях прибегают к классическому ручному пособию с целью рождения ручек и головки плода. Классическое ручное пособие оказывается при самопроизвольных родах, после рождения туловища до нижнего угла лопаток или при оказании пособия по Цовьянову, если рождение плечевого пояса и головки не совершается в течение 2—3 мин.

При потягивании плода за туловище и несвоевременном его отклонении кпереди может произойти резкое разгибание головки и повреждение позвоночных артерий, которые проходят в поперечных отростках шейных позвонков и кровоснабжают мозг и шейный отдел позвоночника. Важно отметить, что на уровне спинного мозга у плода расположены клетки спинального дыхательного центра. Даже незначительные повреждения стенки позвоночной артерии могут вызвать ее спазм, нарушение вертебробазиллярного кровотока и привести к молниеносной смерти плода в процессе родов или развитию параличей у новорожденного. Кроме того, грубые манипуляции, во время оказания пособия при выведении головки могут привести к травме шейного отдела позвоночника и повреждению спинного мозга.

Метод Bracht. В Европе при родах в тазовом предлежании используется метод Bracht, при котором плод спонтанно рождается до пупка. Затем тело ребенка удерживают и, не сдавливая, отклоняют в сторону симфиза матери. Применяемая сила при этой процедуре должна быть умеренной. Удержание ребенка в этой позиции усиливает маточные сокращения и умеренного давления ассистента над лобком на головку плода часто достаточно, чтобы завершить роды спонтанно.

В некоторых случаях туловище плода после его выхождения из родовых путей поворачивается спинкой не кпереди, как это бывает при типичном механизме родов, а кзади. Образующийся при этом задний вид осложняет течение родов, так как последующая головка прорезывается в заднем виде прямым своим размером, а не малым косым, как при переднем виде. Возникающие трудности для прохождения головки через родовые пути часто являются причиной гибели плода от внутричерепной травмы, у матери возникают глубокие разрывы промежности.

Задний вид ягодичного предлежания часто самопроизвольно переходит в передний. Если этого не происходит, необходимо оказать соответствующую помощь. Как только обнаруживается, что крестец, подколенная ямка, пятки плода обращены кзади, родившуюся голень плода обхватывают через стерильную пеленку и потягивают книзу, одновременно

вращая ее в сторону большого пальца стопы с тем, чтобы туловище плода до появления из половой щели нижних углов лопаток установилось в одном из косых размеров со спинкой, обращенной кпереди.

Если предотвратить образование заднего вида не удалось, что является серьезным осложнением операции, то предложенные для таких случаев методы извлечения головки очень редко дают благоприятные результаты. И в большинстве таких случаев дети рождаются мертвыми или умирают от тяжелой родовой травмы. Травму получает и роженица. Поэтому после не очень продолжительных и не очень энергичных попыток освободить головку сердцебиение плода обычно не прослушивается. В такой ситуации следует произвести перфорацию головки.

Тяжелым осложнением при родах в чисто ягодичном предлежании является вколачивание ягодич, которое может быть вследствие слабости родовых сил, а при крупном плоде как признак клинического несоответствия между тазовым концом плода и тазом матери.

Иногда наблюдается запрокидывание ручек плода за головку различной степени выраженности; Запрокидыванию ручек способствуют несвоевременные попытки к извлечению плода (при недостаточном раскрытии маточного зева, слабости родовых сил, узком тазе и т.д.). Ручки теряют типичное расположение, отходят от грудки вверх к личику. Отходя кверху, ручки располагаются или впереди личика, по бокам головки, или запрокидываются на затылок (I, II, III степени).

Нередко при тазовых предлежаниях плода возникает необходимость досрочного родовозбуждения (иммуноконфликт, гипертензивные состояния при беременности, хроническая гипоксия плода и др.), как при наличии плодного пузыря, так и при его отсутствии. Для родовозбуждения используют капельное внутривенное введение окситоцина, простагландина или их сочетание. При отсутствии готовности родовых путей к родам, особенно при преждевременном излитии околоплодных вод, недоношенной беременности производят кесарево сечение.

Во время кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием плода ребенка необходимо извлекать за ножку или паховые сгибы.

Для оказания новорожденному первой помощи в родильном зале необходимо присутствие неонатолога. При осмотре ребенка не только оценивается его состояние по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, определяется КОС пуповинной крови, но и обращается внимание на выявление признаков внутричерепной травмы, нарушения мозгового кровообращения. Довольно часто (до 20—22 %) у новорожденных, рожденных в тазовом предлежании, выявляется дисплазия тазобедренных суставов, требующая корригирующей терапии с первых дней жизни. Детей, рожденных в тазовом предлежании, следует относить к группе высокого риска.

Течение и ведение третьего периода родов не отличается от такового при головном предлежании.

Послеродовой период у большинства родильниц протекает нормально. Однако послеродовые заболевания наблюдаются чаще, чем при головных предлежаниях. Это связано с более частым повреждением мягких родовых путей, что обусловлено более частым применением пособий и хирургических вмешательств в связи с возникновением осложнений.

Прогноз для плода менее благоприятен, чем при головных предлежаниях в плане ближайших и отдаленных последствий.

## **САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ РОДЫ ИЛИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ?**

При выборе метода родоразрешения учитывают следующие показатели (наиболее значимые выделены *курсивом*):

- Возраст женщины.
- Акушерский анамнез (как протекали предыдущие беременности, роды, были ли осложнения в течении данной беременности).
- Готовность организма беременной женщины к родам - состояние плодного пузыря, *зрелость шейки матки*. Зрелость шейки матки оценивается при акушерском осмотре пальпаторно (ощупыванием): зрелая (т.е. готовая к родам) шейка матки смещается к проводной оси малого таза (проводная ось - направление движения ребенка по родовым путям), укорачивается, размягчается, цервикальный канал раскрывается.
- *Размеры таза*. Размеры малого таза оцениваются на основании наружного измерения, но окончательная оценка размеров и формы малого таза при тазовом предлежании осуществляется с помощью рентгенопельвиометрии (пельвиометрия - измерение размеров малого таза). Этот метод исследования считается обязательным накануне родоразрешения.
- Размеры и *масса плода*. Наиболее благоприятной для родов в тазовом предлежании считается масса плода от 2500 г до 3500 г, плод массой 3600 г и выше считается крупным, и в качестве метода родоразрешения обычно рекомендуется кесарево сечение.
- Состояние плода.
- *Разновидность тазового предлежания*. Различают чистое и смешанное ягодичные и разные виды ножного предлежания (подробнее см. мою статью в предыдущем номере журнала). Наиболее неблагоприятным (а значит - показанием к кесареву сечению) считается ножное предлежание, чреватое такими осложнениями в родах, как выпадение ручки или ножки плода, петель пуповины, асфиксия (удушьё).
- *Положение головки плода*. Серьезным осложнением в процессе рождения головки при тазовом предлежании является ее чрезмерное разгибание - такая позиция может обусловить травмы мозжечка, шейного отдела спинного мозга и другие родовые повреждения. Поэтому чрезмерное разгибание головки требует хирургического родоразрешения.

## Тазовое предлежание. Гимнастика, способствующая повороту

### Противопоказания для назначения корригирующей гимнастики.

Противопоказаниями являются:

- Угроза прерывания беременности
- Наличие рубца на матке
- Уродства плода
- Бесплодие и невынашивание беременности в анамнезе
- Токсикоз беременности
- Предлежание плаценты
- Мало или многоводие
- Многоплодие
- Тяжелые экстрагенитальные заболевания
- Аномалии развития матки

Кроме того необходимо оценить тонус матки.



### Комплексы лечебной гимнастики

Основной принцип ЛФК - это комплекс упражнений для косых мышц живота, сочетая их с дыхательными, упражнениями на растяжение позвоночника, улучшение общего тонуса сердечно-сосудистой системы, упражнениями для тазового дна, упражнениями для груди.

1. Метод И.Ф.Диканя используется при высоком тонусе матки и сроке беременности 29-37 недель.

Беременная, лежа на кровати, 3-4 раза поворачивается попеременно на левый или на правый бок и лежит на каждом из них по 10 минут. Такие занятия проводят 3-4 раза в сутки в течении 7-10 дней.

2. Методика В.В Фомичевой:

Вводная часть: ходьба обычная, на носках, на пятках, ходьба вперед и назад с вращением согнутых в суставах рук, ходьба с высоким подниманием колен сбоку от живота.

Основная часть:

- Исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. Наклон в сторону - выдох, Исходное положение - вдох. Повторить 5-6 раз в каждую сторону.
- Исходное положение - стоя, руки на поясе. Наклон назад - вдох, медленный наклон вперед, прогнувшись в поясничном отделе - выдох.
- Исходное положение - стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. Развести руки в стороны - вдох, с поворотом туловища в сторону свести ноги вместе - выдох. (3-4 раза).
- Исходное положение - стоя лицом к гимнастической стенке, держась вытянутыми руками за рейку на уровне талии. Поднять ногу, согнутую в коленном и тазобедренном суставе сбоку живота с доставанием коленом руки, лежащей на рейке - вдох; опуская ногу, прогнуться в поясничном отделе позвоночника - выдох. Повторить 4-5 раз каждой ногой.
- Исходное положение - стоя боком к гимн. Стенке, нога на 2 перекладине снизу, руки на поясе. Развести руки в стороны - вдох, поворот туловища и таза наружу, медленный наклон туловища с опусканием руки вниз перед собой - выдох. Повторить 2-3 раза в каждую сторону.
- Исходное положение - стоя на коленях, опираясь на локти. Поочередное поднятие прямой ноги вверх. 5-6 раз каждой ногой.
- Исходное положение - лежа на правом боку. Сгибание левой ноги в коленном и тазобедренном суставах - вдох. Исходное положение - выдох. 4-5 раз.
- Исходное положение то же. Круговые движения левой ногой 4 раза в каждую сторону.
- Исходное положение на четвереньках. "сердитый кот". 10 раз
- На левом боку упр. 6, 7.
- Исходное положение - на четвереньках, ноги с опорой на переднюю часть стопы. 4-5 раз выпрямить ноги в коленных суставах, поднимая таз вверх.
- Исходное положение - лежа на спине, опора на пятки и затылок. Поднять таз вверх - вдох, Исходное положение - выдох. 3-4 раза. Заключительная часть - 3-5 медленных упражнения сидя и лежа.

3. Методика Брюхиной, И.И.Грищенко и А.Е.Шулешовой:

Упражнения выполняют перед едой 4-5 раз в день.

- Лечь на бок, противоположной позиции плода. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах. Лежать 5 мин. Выпрямить верхнюю ногу, затем со вдохом прижать ее к животу и выпрямить с выдохом, слегка сгибаясь вперед и давая легкий толчок в сторону спинки ребенка. Повторять это движение медленно 10 минут.
  - Лежать 10 минут без движения.
  - Принять коленно-локтевое положение и оставаться в нем 5-10 минут.
4. Дополнительные упражнения к комплексу Фомичевой:
- Исходное положение - стоя на коленях, опираясь на локти. Колени развести пошире в стороны. Коснуться подбородком кистей рук - выдох, исходное положение - вдох. 5-6 раз
  - Исходное положение - то же. Поднять правую ногу вверх, отвести в сторону, коснуться пола, вернуться в Исходное положение 3-4 раза в обе стороны.
  - Упражнения для мышц промежности.
  - Исходное положение - лежа на спине. Ноги на ширине плеч согнуты в коленях. Опускаем колено одной ноги к пятке другой. Ягодицы не отрываем.
  - Исходное положение - лежа на спине, ноги прямые на ширине плеч. Прямые стопы сводим внутрь, наружу, стараясь положить их на пол. 10 раз
  - Исходное положение - на четвереньках. Ходим ладошками по ковру влево, вправо. 6 раз.
  - Исходное положение - сидя на полу, руки в упоре сзади. Идти 3 шага ладошками назад, поднять таз, опустить его и идти ладошками вперед, пока не будет мешать живот.
  - Диафрагмальное дыхание, лежа на животе.
  - Упражнения для груди и плечевого пояса.

## **Тема :№14. Грудное вскармливание**

По №81 приказу каждый работник медицинского учреждения, в том числе мед.

сестра с высшим образованием должна знать принципы грудного вскармливания.



*Рисунок 5*

### **11 ШАГОВ К УСПЕШНОМУ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ.**

**ШАГ 1.** Необходимо иметь письменный документ с изложением комплексных мероприятий, цели и задач по грудному вскармливанию, которая регулярно сообщается всему медицинскому персоналу.

**ШАГ 2.** Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам консультирования матерей.

**ШАГ 3.** Необходимо информировать всех беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания.

**ШАГ 4.** Помогать всем матерям начинать грудное вскармливание в течение первых 30 минут после родов.

**ШАГ 5.** Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

**ШАГ 6.** Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний.

**ШАГ 7.** Практиковать круглосуточное совместное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

**ШАГ 8.** Поощрять грудное вскармливание по требованию.

**ШАГ 9.** Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь (соски, пустышки ) или успокаивающих средств.

**ШАГ 10.** Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

**ШАГ 11.** Создание сети сертифицированных учреждений в регионе путем подготовки не менее двух ЛПУ к званию Учреждения Дружелюбного Отношения к Ребенку. Послеродовой период – это период после рождения ребенка, когда органы тела возвращаются к первоначальному состоянию и начала лактации.

Уход за матерью и ребенком в течение послеродового периода, должен основываться на следующих основных принципах:

способствовать хорошему физическому и эмоциональному состоянию матери и ребенка;

способствовать успешному грудному вскармливанию ребенка.

Необходимо ежедневно наблюдать за состоянием матери и ребенка и вести детальные записи, которые должны как можно точнее описывать все события. Очень важно, чтобы акушерка и врач обучила родильницу, как ухаживать за собой и новорожденным. В послеродовом периоде женщину могут беспокоить обычно незначительные спазматические боли в нижней части живота, обусловленные сокращением матки.

Некоторые женщины в течение первых двух – трех дней после родов испытывают послеродовую депрессию («Меланхолия третьего дня»). Это нормальное явление. Около 14 – 20% женщин подвергается послеродовой депрессии. Это состояние, более серьезная форма эмоциональных нарушений, чем «меланхолия третьего дня». В этом случае, для сна беспокойства, необходима помощь медицинского персонала и членов семьи.

У некоторых матерей (менее 1%) развивается очень серьезное заболевание, называем послеродовым психозом (галлюцинации, чрезмерное беспокойство, страх за себя и ребенка), этих случаях необходимо особое наблюдение и помощь специалиста – психиатра.

#### **Четыре основных принципа послеродового ухода**

- Обеспечить хорошее физическое самочувствие матери и ребенка
- Помочь в установлении раннего и успешного грудного вскармливания
- Поддерживать у матери чувство уверенности в себе
- Предоставить консультирование по вопросам планирования семьи и ухода за ребенком после выписки из родильного стационара

#### **Принципы послеродового ухода (1)**

1. Оценка состояния матери, измерение и регистрация температуры и артериального давления
  2. Постоянный контроль за влажными выделениями и инволюцией матки
- Временные интервалы  
В течение первых двух часов - каждые 15 минут  
В течениетретьего часа - каждые 30 минут  
В течениепоследующих 3-х часов - каждый час

#### **Распространенные проблемы послеродового периода**

- Послеродовая боль
- Психологические проблемы:
  - «Меланхолия третьего дня» около 80%
  - Послеродовая депрессия 14-20%
  - Послеродовой психоз менее 1%

#### **Неэффективные технологии послеродового ухода за матерью и новорожденным**

- Рутинное применение лекарственных препаратов (слабительных, антибиотиков, анальгетиков, утеротоников)
- Рутинное обследование без показаний (ультразвуковые и лабораторные исследования матери и ребенка)
- Ограничение посещений родственниками
- Ограничение контакта между матерью и новорожденным
- Использование мази для ухода за сосками
- Использование антисептиков для обработки пуповины
- Тугое пеленание новорожденного
- Регулярное ежедневное взвешивание ребенка до и после кормления

#### **Преимущества грудного вскармливания**



- Грудное молоко
  - Идеальное питание
  - Хорошо усваивается
  - Защищает от инфекций
- Грудное вскармливание
  - Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
  - Защищает здоровье матери
  - Помогает предохраниться от новой беременности
  - Экономически выгодно

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

#### **Десять шагов успешного грудного вскармливания (2)**

- Наличие политики в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала
  - Обучение медицинского персонала навыкам, необходимым для практического осуществления политики грудного вскармливания
  - Информирование всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания
  - Помощь матерям начать кормление грудью в течение первого часа с момента рождения ребенка
  - Обучение матерей технике кормления грудью и сохранения лактации в случае их разделения с детьми
  - Кормление ребенка исключительно грудным молоком, кроме тех случаев, когда дополнительное введение жидкости клинически обосновано
  - Практика круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка
  - Поощрение кормления грудью по требованию ребенка
  - Отказ от использования сосок или пустышек
- Поощрение создания групп поддержки грудного вскармливания

### **Тема:15. Признаки отделение плаценты.**

Методы отделение плаценты.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ – ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД, самый короткий и одновременно самый ответственный в связи с опасностью возникновения кровотечения. Он начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа.

В его течение различают три фазы:

I фаза – от момента рождения ребенка до начала отделения последа;

II фаза – отделения плаценты;

III фаза – рождения последа.

Средняя продолжительность 5 – 10 мин. сократительная способность матки характеризуется возобновлением схваток, обеспечивающих отслоение плаценты и потугами, в результате которых рождается послед.

Последовый период сопровождается физиологической кровопотерей, объем которой соответствует количеству крови, находящихся в межворсинчатых пространствах и не должна превышать 250 мл или 0,5% массы тела роженицы. Прекращение кровопотери ограничение её физиологического объема обусловлено сокращением миометрия, скручиванием концевых спиральных веточек артерий и быстрым процессом тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Течение третьего периода зависит от места прикрепления плаценты, самым благоприятным является верхний отдел задней стенки матки, в меньшей степени верхний отдел передней стенки. Неблагоприятными формами локализации плаценты являются область дна, углов и боковых стенок. Течение третьего периода зависит также от глубины распространения ворсин хориона. В норме ворсин хориона находятся на уровне спонгиозного слоя децидуальной оболочки. Течение третьего периода зависит от особенностей течения первого и второго периодов родов.

Задачей ведения третьего периода родов является предупреждение возможности кровотечения. Физиологической кровопотерей считают величину до 250 мл пограничной от 250 до 400 мл в зависимости от веса тела.

Тактика ведения третьего периода родов носит выжидательный – активный характер и определяется в первую очередь объемом кровопотери.

Показаниями для ручного обследования матки является:

явный дефект плацентарной или подозрение на него;

наличие добавочной дольки плаценты, завершившейся в матке (определяется по обрыву сосудов на оболочках);

полный или почти полный обрыв и задержка в матке хориальной оболочки;

кровотечение продолжающийся после достижения кровопотери 250 мл.

При рациональном ведении родов следует придерживаться соблюдения некоторых положений. Длительность родов не должна превышать 24 – 30 ч. (в это время не входит подготовительный период);

Преимущества активного ведения третьего периода родов по сравнению с выжидательным

Уменьшение общей кровопотери

Снижение случаев послеродовой кровопотери объемом свыше 500 мл

Снижение случаев послеродовой кровопотери объемом свыше 1000 мл

Уменьшение общей продолжительности третьего периода родов

Уменьшение случаев низкого уровня гемоглобина у рожениц, необходимости в послеродовом переливании крови и терапевтическом введении окситоцина

Признаки отделения плаценты :

1. Признак Шредера – матка после рождения плода находится на уровне пупка, отклоняется вправо и вверх
2. Признак Альфельда – плацента опускается в нижний сегмент или влагалище и удлиняется пуповина.
3. Признак Кюстнера -Чукалова – не связана с маткой и не втягивается в родовые пути при надавливании ребром ладони над лоном.
4. Признак Довженко – втягивание пуповины при глубоком дыхании.
5. Признак Штрассмана – колебательное движение крови в плаценте при покалывании по матке при неотделившейся плаценте передаются в пуповину .
6. Признак Клейна - при натуживании или надавливании на дно матки пуповина выходит и не возвращается обратно в половую щель при прекращении давления.

Для того, чтобы определить, что плацента отделилась, достаточно использовать 2-3 признака. Если плацента отделилась, то сразу же приступают к ее выделению. Прежде чем выделить послед, необходимо опорожнить мочевой пузырь, затем предлагают женщине потужиться. Под действием брюшного давления отделившаяся плацента обычно легко рождается. Если этот способ оказался безуспешным, то прибегают к выделению последа наружными приемами.

Способы выделения отделившегося последа :

1. Способ Абуладзе – производят бережный массаж матки, чтобы она сократилась. Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают женщине потужиться. Отделившийся послед при этом легко рождается благодаря значительному повышению внутрибрюшинного давления .

2. Способ Гентера – дно матки выводят на среднюю линию , врач становится сбоку от роженицы лицом к ее нога , кисти рук сжаты в кулаки, кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливают на дно матки в направлении книзу и кнутри. При этом способе выделения последа женщина не должна тужиться .

3. Способ Креде -Лазаревича – как наиболее травматичный и болезненный, к нему прибегают после безуспешного проведения первых двух способов. Техника выполнения следующая: матку выводят в среднее положение, легким массажем стараются заставить ее сократиться и затем дно матки охватывают рукой так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь в дне, оставшиеся 4 пальца по задней поверхности матки. После этого производят выжимание последа. Послед обычно рождается

целиком, но иногда оболочки задерживаются в матке. В этом случае рожавшую плаценту берут в руки и медленно вращают в одном направлении. При этом происходит скручивание оболочек , что способствует их отслоению от стенок матки и выведению

наружу без обрыва . Существует другой способ (сп . Гентера ), после рождения последа роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз. При этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выведению оболочек.

После рождения плаценты начинается ранний послеродовой период , который длится 24 часа . Послед после рождения осматривают (целость оболочек и материнской поверхности), тщательно осматривают края плаценты, затем осматривают оболочки – для этого переворачивают послед плодовой оболочкой, обращая внимание на целостность сосудов, т .к . наличие добавочных сосудов говорит о добавочной дольке, которая осталась в полости матки. В этом случае необходимо произвести ручное обследование полости матки, т .к . может возникнуть кровотечение в раннем или позднем послеродовом периоде. Осмотр родовых путей: шейка, промежность, матка. Новорожденный - первичный туалет: обработка глаз, отсечение пуповины и обработка пупочного остатка, обработка кожи новорожденного, антропометрия .

Рекомендации ВОЗ по ведению родов

Присутствие при родах родственников по выбору женщины и свободное посещение в послеродовом периоде

Здоровый новорожденный находится с матерью

Рутинное бритье лобка и применение клизмы перед родами не обоснованы

Женщинам не следует предлагать литотомическую позицию для родов как единственно возможную

Отказ от рутинной эпизиотомии

Отказ от рутинного применения обезболивающих препаратов при родах

Безопасные роды, согласно ВОЗ, это:

- Чистые
- Проводимые подготовленным человеком
- Доступность квалифицированной акушерской помощи в случае высокого риска осложнений или их возникновения

Партнерские роды

У женщин, которые получали постоянную поддержку партнёра (15 исследований, 12791 женщин):

- Более высокая вероятность вагинальных родов
- Восприятие процесса родов было более позитивным
- Реже ощущали себя не вовлеченными в процесс принятия решений

Постоянная поддержка партнёра сопровождалась снижением:

- Частоты использования медикаментозного обезболивания
- Частоты оперативных вагинальных родов
- Частоты операций кесарева

Постоянная поддержка во время родов была более эффективной, если предоставлялась:

- Кем-либо помимо медицинского персонала
- С момента начала родов

Позиции матери в первом периоде родов

Вертикальные позиции и свободное передвижение приводят к:

- Укорочению продолжительности родов
- Реже применяется обезболивание
- Реже возникает необходимость в стимуляции родово

й деятельности

Реже наблюдаются нарушения сердечного ритма плода

## **Тема:16. Послеродовый период. Роль мед сестры в высшем образовании в ведение послеродового периода.**

Физиологический послеродовый период.

Послеродовым (пуэрперальным) 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.

### **ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**



(Рождение плаценты)

После рождения последа начинается послеродовой период (пуэрперий), который продолжается 6 нед и характеризуется обратным развитием (инволюцией) всех органов и систем, подвергшихся изменению в связи с беременностью и родами. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8–12 сут. Функция молочных желёз в послеродовом периоде достигает расцвета в связи с лактацией.

Обычно после первой беременности и родов остаются некоторые изменения, позволяющие установить факт бывшей беременности и родов (состояние промежности и влагалища, изменения формы шейки матки и наружного зева, «рубцы» беременности на



коже).

## КЛАССИФИКАЦИЯ

Первые 2–4 ч после родов обозначают как ранний послеродовой период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовой период.

Хронологическое деление на периоды весьма условно. Оно связано с тем, что осложнения, вызванные нарушением сократительной функции матки после родов и сопровождающиеся кровотечением, обычно развиваются в первые часы.

В ряде англоязычных изданий послеродовой период условно делят на: · немедленный послеродовой период, продолжающийся в течение 24 ч после родов. В эти сроки наиболее часто возникают осложнения, связанные с анестезиологическим пособием в родах или непосредственно с самими родами; · ранний послеродовой период, продолжающийся в течение 7 дней после родов; · поздний послеродовой период, продолжающийся 6 нед и завершающийся в основном полной инволюцией всех органов и систем родильницы.

## **АНАТОМИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ РОДИЛЬНИЦЫ**

В послеродовом периоде происходят изменения в половых органах (матке, влагалище, яичниках, маточных трубах), на тазовом дне и в молочных железах, а также во всех системах организма (пищеварительной, кровообращения, мочеотделения, эндокринной и т.д.).

Половые органы. Наиболее значительные инволюционные изменения происходят в половых органах. После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения её мускулатуры. Тело матки имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счёт 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. Сразу после родов размер матки соответствует 20 нед беременности. Дно её пальпируется на 1–2 поперечных пальца ниже пупка. Через несколько часов восстанавливающийся тонус мышц тазового дна и влагалища смещает матку кверху. К концу первых суток дно матки пальпируется уже на уровне пупка. На 2–3 сут пуэрперия тело матки обычно находится в состоянии перегиба кпереди (*anteversioflexio*). На положение матки в малом тазу влияет и состояние соседних органов (мочевого пузыря, кишечника).

ВДМ, пальпируемая через переднюю брюшную стенку, часто не отражает реальных размеров этого органа. После рождения последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными

деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы маточных сосудов резко сужаются при сокращении мускулатуры матки. В них образуются тромбы, что способствует остановке кровотока после родов. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. В первые дни инволюция матки происходит быстрыми темпами.

Темпы инволюции матки зависят от многих факторов. Наибольшее влияние на сократительность матки оказывают паритет, степень растяжения во время беременности (масса плода, многоводие, многоплодие), грудное вскармливание с первых часов.

Реальные размеры матки и скорость её инволюции можно определить при УЗИ.

В процесс инволюции матки вовлечены мышечные клетки, межмышечная соединительная ткань и сосуды миометрия.

Заживление внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3–4 дней полость матки остаётся стерильной.

Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы образуют лохии.

Лохии (греч. *Lochia* — послеродовые отчищения) — послеродовые выделения (кровь, слизь, продукты распада мышечных клеток и децидуальная ткань). В течение 6 нед выделяется около 500–1500 мл лохий, pH их нейтральный или щелочной. В первые 2–3 дня лохии кровянистые, в их составе преобладают эритроциты (*lochia rubra*). На 3–4 сут лохии принимают кровянистосерозный вид. В их составе преобладают лейкоциты (*lochia serosa*). Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, децидуальные клетки и клетки плоского эпителия, а эритроциты почти исчезают (*lochia alba*). При физиологическом течении послеродового периода лохии имеют своеобразный прелый запах, их выделение обычно прекращается через 5–6 нед.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев.

Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 сут 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 нед и принимает щелевидную форму. Эпителизация влажной порции шейки матки продолжается в течение 6 нед после родов. Разрывы шейки матки — нередкое осложнение родов, на их месте могут образоваться рубцы, которые могут вызвать деформацию шейки.



В течение трёх недель после родов стенки влагалища остаются отёчными, просвет его расширен. Примерно через 3 нед мышечные стенки влагалища приобретают прежний тонус. У кормящих женщин из-за дефицита эстрогенов слизистая оболочка влагалища истончается, понижается секреция желёз, что ведет к сухости слизистой оболочки.

Первые дни после родов мышцы промежности сокращаются вяло, в дальнейшем сокращение их протекает интенсивнее. К 10–12 дню тонус промежности восстанавливается, но зачастую не полностью. Травмы промежности во время родов способствуют развитию пролапса гениталий. Инволюция мышц передней брюшной стенки продолжается в среднем 4–6 нед.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс жёлтого 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 нед после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растёт, зреет, но овуляция не происходит и жёлтое тело не образуется.

В эндометрии происходят процессы пролиферации. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются. Сроки появления первой овуляции различны, но они напрямую зависят от грудного вскармливания. Примерно у 10–15% не кормящих женщин овуляция происходит через 6 нед после родов, ещё у 30% — через 12 недель. Самый ранний срок овуляции, описанный в литературе, наступил через 33 дня после родов. Если женщина кормит грудью и у неё нет менструации, овуляция до 10 нед бывает редко. Примерно у 20% женщин овуляция происходит через 6 мес после родов. Сроки появления овуляции зависят от количества кормлений в день и введения прикорма (формула подавления).

Функция молочных желёз 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. 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. Мощный рефлекс реализуется при акте сосания.

Первое прикладывание новорождённого к груди матери запускает механизм лактации. Суть лактации определяется двумя основными процессами: секрецией молока в железе под влиянием пролактина и опорожнением железы под влиянием окситоцина.

Не существует медикаментозных средств, стимулирующих лактацию, так как секреция пролактина находится в зависимости от опорожнения молочной железы. Не синтезированы аналоги пролактина. Поэтому единственный способ запуска и сохранения лактации — сосание.

Вырабатываемый при этом окситоцин усиливает сокращения гладкой мускулатуры миометрия, снижая кровопотерю, ускоряя отделение плаценты и рождение последа, а также обеспечивает оптимальные темпы инволюции матки. Ребёнок получает первые капли молозива, содержащие концентрат иммуноглобулинов, в том числе АТ к общим для него с матерью инфекционным агентам. Лактофлора с зоны ареолы попадает в основной локус формирования биоценоза организма — кишечник ребёнка, обеспечивая физиологическую контаминацию микрофлоры.

В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво (colostrum). Предварительное питание ребенка молозивом имеет большое значение, т.к. подготавливает его ЖКТ к усвоению «зрелого» молока.

Молозиво — густая желтоватая жидкость, имеющая щелочную реакцию. Оно содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками (9%) и минералами (0,5%), но беднее углеводами (4,5%), количество жиров практически одинаково (3,5–4%). Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорождённого 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 новорождённого. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорождённого функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления

**Сердечнососудистая система.** Несмотря на кровопотерю, которая при родах не должна превышать 0,5% от массы тела (300–400 мл), после родов возрастает ударный объём сердца. Минутный объём сердца сразу же после родов возрастает примерно на 80%. Это связано с исключением плацентарного кровотока, возврата внесосудистой жидкости в кровоток и увеличением венозного возврата. ЧСС уменьшается, сердечный выброс незначительно повышается, а через две недели после родов возвращается к норме. Гемодинамика в послеродовом периоде зависит от возраста женщины, способа родоразрешения, обезболивания родов, кровопотери, активности родильницы.

Нормализация ОЦК происходит через 3 нед после родов. Изменения в гемодинамике одинаковы у кормящих и не кормящих женщин.

Уже во время родов наблюдают снижение концентрации фибриногена, продолжающееся в послеродовом периоде.

Минимальное значение наблюдают в первые сутки послеродового периода. На 3–5 день концентрация фибриногена достигает родовых значений, а через 7–10 дней — её значений до беременности. Фибринолитическая активность плазмы сразу после родов увеличивается, существенно повышается синтез фибрина. В родах и в раннем послеродовом периоде отмечают повышение количества лейкоцитов. В первые часы после родов количество лейкоцитов может достигать 25 000 мм<sup>3</sup>, в лейкоцитарной формуле преобладают гранулоциты. Механизм повышения количества лейкоцитов до конца не изучен. Возможно, это связано с родовым стрессом. Уровень железа сыворотки крови снижается перед родами и достигает нормальной концентрации через 2 нед после родов. Количество эритроцитов на 15–20% больше, чем до беременности.

**Мочевыводящая система.** Мочевой пузырь во время родов испытывает сдавление головкой плода, поэтому в первые часы после родов слизистая оболочка мочевого пузыря отёчна. Перерастяжение и неполное опорожнение мочевого пузыря во время родов сопровождаются снижением его тонуса и, как следствие, задержкой мочи в первые сутки послеродового периода. Послеродовая гипотония мочевого пузыря может быть обусловлена и проводниковой анестезией (эпидуральная анестезия). Частота патологических состояний мочевого пузыря возрастает по мере увеличения массы плода и зависит от продолжительности родов. У большинства рожениц в течение 6 нед после родов имеется расширение мочеточников и почечных лоханок, что служит фактором риска развития инфекции мочевыводящих путей. Почечный кровоток и реабсорбция в канальцах возвращаются к исходному уровню через 6 нед после родов.

**Пищеварительная система.** В ближайшие недели после родов обычно восстанавливается сниженная моторика ЖКТ.

Возвращается к исходному уровню синтез белков в печени и показатели их уровня в крови.

**Дыхательная система.** Жизненная ёмкость легких быстро изменяется по сравнению с беременностью. Остаточный объём увеличивается, а жизненная ёмкость и объём вдоха уменьшаются. Также уменьшается потребление кислорода. Нормализация потребления кислорода зависит от степени анемизации, психологических факторов, лактации.

Обмен веществ, баланс жидкости и электролитов. В послеродовом периоде, в отличие от беременности, при соблюдении диеты отмечают снижение содержания в крови всех видов жирных кислот. Концентрация холестерина и триглицеридов достигает исходного уровня через 6–7 нед. Лактация не влияет на жировой обмен.

На 2–3 день послеродового периода концентрация глюкозы снижается (по сравнению с показателями во время беременности и родов), следовательно, снижается потребность в инсулине у больных СД. Для исключения ошибок подбор адекватной дозы инсулина, в зависимости от уровня глюкозы крови, можно осуществить не ранее 7 дней после родов.

## **КЛИНИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Физиологический послеродовой период характеризуется удовлетворительным общим состоянием женщины, нормальной температурой тела, частотой пульса и АД, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и составом лохий, достаточной лактацией.

В первые часы после родов может сохраняться слабость. Усталость после интенсивных родовых схваток, ощущения саднения после растяжения вульвы и влагалища обычно исчезают в первые дни послеродового периода. Родильница нуждается в отдыхе, покое и глубоком сне, которые быстро восстанавливают её силы и хорошее самочувствие.

Инволюция матки может сопровождаться нерегулярными, но болезненными сокращениями миометрия, которые более выражены у повторнородящих. Эти сокращения особенно интенсивны во время кормления ребёнка.

У значительной части родильниц начало послеродового периода сопровождается ознобом, продолжающимся 5–10 мин. Озноб обусловлен значительным выбросом в кровь регрессивных продуктов обмена веществ в мышечных клетках, а также микроэмболией ОВ. Пульс родильницы отличается двумя качествами: брадикардией и неустойчивостью. Пульс может учащаться до 100 и более ударов в минуту после кормления ребёнка или при минимальной физической нагрузке.

У здоровых родильниц лихорадку обычно не наблюдают. Однако работа всей мускулатуры тела во время родов может повысить температуру на несколько десятых градуса. Этим можно объяснить нередко наблюдаемое повышение температуры в ближайшие 12 ч после родов (первый физиологический подъём). Температура не должна превышать 37,5 °С при наличии хорошего пульса и удовлетворительного общего состояния. Второй физиологический подъём температуры может возникать на 2–3 день после родов. Повышение температуры можно объяснить массирующим восходящим проникновением микроорганизмов из влагалища в матку и реабсорбцией продуктов лизиса тканей в полости матки. Обычно повышенная температура сохраняется в течение нескольких часов и нормализуется без лечения. Субфебрильную температуру, сохраняющуюся на протяжении нескольких дней, нужно считать признаком послеродовых осложнений.

Нередко у здоровых родильниц возникает нарушение функции мочевого пузыря. Клинический симптом этого нарушения — отсутствие позывов к мочеиспусканию даже при переполнении мочевого пузыря. Переполненный мочевой пузырь смещает матку кверху и вправо, дно его может доходить до пупка. Затруднение мочеиспускания может быть следствием отёка шейки мочевого пузыря длительно прижатой во время родов головкой плода.

Попадание мочи на повреждённую слизистую оболочку влагалища и вульвы вызывает боль, что также может рефлекторно затруднить мочеиспускание.

У многих родильниц отмечают усиленное потоотделение. Это ведет к усилению жажды. Расслабление и растяжение передней брюшной стенки и мышц тазового дна способствуют гипотонии кишечника, что приводит к задержке стула в первые дни послеродового периода. Иногда этому мешает ущемление и отёк геморроидальных узлов, которые становятся резко болезненными и могут инфицироваться.

## **ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Цели послеродового наблюдения:

- максимально быстрое возвращение родильницы к нормальной жизни, формирование навыков исключительно грудного вскармливания;

- профилактика послеродовых осложнений;
- сохранение здоровья новорождённого и предотвращение его заболеваний.

Хорошая организация работы родовспомогательного учреждения способствует успешному грудному вскармливанию, продолжающемуся долгое время. В родильных домах с совместным пребыванием матери и новорождённого родильницам помогают начать грудное вскармливание в первые минуты после рождения ребенка (при условии физиологического течения родов). Сразу же после пересечения пуповины новорождённого вытирают стерильной тёплой пелёнкой и укладывают на обнажённый живот матери, укрыв одеялом. В таком положении родильница самостоятельно удерживает младенца в течение 30 мин. Затем акушерка помогает осуществить первое прикладывание к груди. Оно не должно быть насильственным, желание сосать может появиться у ребёнка не сразу.

Контакт «кожа к коже», «глаза к глазам» способствует благоприятному чувству психологического комфорта у родильницы, возникновению эмоциональной близости с ребёнком. Важнейший момент этой методики — облегчение адаптации новорождённого к внеутробной жизни путём заселения его кожи и ЖКТ микроорганизмами матери.

После обработки пуповинного остатка здорового ребёнка помещают в палату вместе с матерью.

Первые 2–2,5 ч после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врачу акушер внимательно следит за общим состоянием женщины, её пульсом, АД, постоянно контролирует состояние матки: определяет её консистенцию, ВДМ, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производят осмотр мягких тканей родовых путей. Осматривают наружные половые органы, промежность, влагалище и его своды. 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 последовом и раннем послеродовом периодах. Средняя кровопотеря составляет 250 мл

Максимальная физиологическая кровопотеря составляет не более 0,5% от массы тела родильницы, т.е. при массе тела 60 кг — 300 мл, 80 кг — 400 мл.

Спустя 2–4 ч родильницу на каталке перевозят в послеродовое отделение.

Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложнённых родов, физиологические, поэтому родильницу следует считать здоровой.

Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, состоянием физиологического иммунодефицита. Поэтому наряду с врачебным наблюдением для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. В одну палату помещают матерей, родивших в течение одних суток. Совместное пребывание матери и ребёнка значительно снижает риск послеродовых осложнений у родильниц и новорождённых. Это связано с тем, что мать осуществляет уход за ребёнком самостоятельно, ограничивая контакт новорождённого с персоналом акушерского отделения, снижается возможность инфицирования госпитальными штаммами условнопатогенных микроорганизмов. В первые сутки уход за новорождённым помогает

осуществлять медицинская сестра отделения. Она обучает мать последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребёнка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами, навыкам кормления и пеленания. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 4–6 ч) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника, а также профилактике тромбозомболических осложнений. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют 2 раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желёз, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребёнка), наличие или отсутствие нагрубания. Ежедневно осматривают наружные половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отёка, гиперемии, инфильтрации.

При задержке мочеиспускания следует попытаться вызвать его рефлекторно (открыть кран с водой, поливать тёплой водой на область уретры, положить тёплую грелку на лобковую область). При отрицательном результате применяют инъекции окситоцина по 1 мл 2 раза в сутки внутримышечно, 10 мл 10% раствора магния сульфата внутримышечно однократно, катетеризацию мочевого пузыря. При необходимости повторной катетеризации следует применить катетер Фолея на сутки.

При отсутствии самостоятельного стула на третьи сутки после родов назначают слабительное или очистительную клизму.

Для получения точного представления об истинных темпах инволюции матки на 2–3 сутки рекомендуют проводить УЗИ матки, используя специальные номограммы ультразвуковых параметров. Кроме того, этот метод позволяет оценить количество и структуру лохий, находящихся в матке. Задержка значительного количества лохий в матке может послужить поводом для её хирургического опорожнения (вакуумаспирация, лёгкий кюретаж, гистероскопия).

Уход за наружными половыми органами, особенно при наличии разрыва или разреза промежности, включает обмывание слабым дезинфицирующим раствором и обработку швов на коже спиртовым раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия. Шёлковые швы на кожу промежности в последние годы почти не накладывают, так как уход за ними более сложен и требует их снятия не ранее 4 суток послеродового периода. Кроме того, есть вероятность формирования лигатурных свищей. Альтернативой шёлковым швам служат современные рассасывающиеся синтетические нити (викрил, дексон, полисорб). Их использование не препятствует самой ранней выписке.

При появлении гиперемии, инфильтрации тканей, признаков нагноения швы следует снять.

Для профилактики пролапса гениталий, недержания мочи всем родильницам рекомендуют с первых суток после родов практиковать упражнения Кегеля. Этот комплекс разработан для восстановления тонуса мышц тазового дна и заключается в произвольном их сокращении. Основная сложность этих упражнений — обнаружить необходимые мышцы и почувствовать их. Сделать это можно следующим образом — попытаться остановить струю мочи. Мышцы, которые задействуются для этого, — промежностные мышцы.

Начинать тренировки необходимо с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день. Через неделю добавлять по пять упражнений к каждому, продолжая выполнять их пять раз в день. В дальнейшем каждую неделю добавлять по пять упражнений, пока их не станет по тридцать.

Только после восстановления тонуса мышц промежности родильнице разрешают упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса.

После родов здоровая родильница может вернуться к привычному для неё рациону питания. Однако до восстановления нормальной функции кишечника (обычно это первые 2–3 дня) рекомендуют включать в рацион больше продуктов, богатых клетчаткой. Очень важно наличие в ежедневном меню молочнокислых продуктов, содержащих живые бифидо и лактокультуры. Кормящим женщинам можно рекомендовать включение в рацион специальных сухих диетических смесей, используемых в качестве молочного напитка. Весьма полезны кислородные коктейли.

Однако лактация и грудное вскармливание диктует определённые ограничения диеты. Следует помнить, что состав грудного молока ухудшается, если кормящая мать перегружает пищу углеводами, ест много сахара, кондитерских изделий, круп. При этом в молоке снижается количество белка. Необходимо ограничить употребление так называемых облигатных аллергенов: шоколада, кофе, какао, орехов, мёда, грибов, цитрусовых, клубники, некоторых морепродуктов, так как они могут вызвать нежелательные реакции у ребёнка. Следует избегать также консервов, острых и резко пахнущих продуктов (перец, лук, чеснок), которые могут придать молоку специфический привкус.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорождённого от инфекции. Ежедневно следует принимать душ, менять нательное бельё. Содержание в чистоте наружных половых органов имеет большое значение.

Лохии не только загрязняют их, но и вызывают мацерацию кожи, а это способствует восходящему проникновению инфекции. Для профилактики этого рекомендуют не менее 4–5 раз в сутки проводить обмывание наружных половых органов водой с мылом.

Уход за здоровой родильницей неотделим от ухода за её здоровым новорождённым, его осуществляют в соответствии с современными перинатальными технологиями. В их основе лежит совместное пребывание родильницы и новорождённого, что обеспечивает исключительно грудное вскармливание.

Современные перинатальные технологии включают в себя комплекс мероприятий, базирующихся на традиционных, признанных всеми народами способах выхаживания здоровых детей.

В основе современных перинатальных технологий лежит исключительно грудное вскармливание.

Для обеспечения исключительно грудного вскармливания необходимы:

- немедленное прикладывание ребёнка после рождения к груди матери;
- совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме;
- исключение всех видов питья и кормления, кроме грудного молока;

- недопустимость применения сосок, рожков и «пустышек», ослабляющих оральную моторику новорождённого;
- кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов;
- максимально ранняя выписка из родильного дома.

новорождённых».

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию:

- употребление наркотиков и алкоголя;
- Точечная лейкомия;
- рак молочной железы (РМЖ);
- герпетическая сыпь на сосках;
- активная форма туберкулеза лёгких;
- прием химиотерапевтических средств при онкологических заболеваниях;
- ВИЧ-инфекция;
- галактоземия у ребёнка.

Наличие имплантатов молочных желёз не служит противопоказанием к грудному вскармливанию.

## **КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Послеродовой период — идеальное время для решения вопросов планирования семьи. Ановуляция продолжается только в течение 5 нед после родов у некармлиющих женщин и около 8 нед у кормящих. Беременность во время кормления грудью наступает примерно у 1% женщин в течение первого года после родов.

Выбор метода контрацепции после родов зависит от грудного вскармливания и его режима.

Метод лактационной аменореи — достаточно надёжный и экономически оправданный метод послеродовой контрацепции. Исключительно грудное вскармливание (без ночного интервала) обеспечивает очень хорошую защиту от беременности.

В течение 6 мес после родов при условии наличия аменореи и исключительно грудного вскармливания (без ночного интервала) женщина остается инфертильной. У женщин, кормящих грудью нерегулярно, возможна овуляция и наступление беременности.

Механизм действия лактационной аменореи основан на блокаде овуляции, поскольку кормление грудью обеспечивает достаточный для этого уровень пролактина.

Этот метод успешен в том случае, если кормление грудью осуществляют не реже, чем каждые 3–4 ч днём и по меньшей мере один раз ночью. При этом сохраняется аменорея. Возраст ребёнка должен быть менее 6 мес.



Однако метод не обеспечивает защиты от ИППП и ВИЧинфекции. Если любое из трёх условий не выполняется, женщине следует использовать другой метод, совместимый с кормлением грудью.

Некормящим женщинам комбинированные оральные контрацептивы можно назначать не ранее 2–3 нед после родов.

Обязательное условие — получение результата анализа крови на свёртываемость.

Приём комбинированных оральных контрацептивов можно начать сразу после прекращения грудного вскармливания или через 6 мес после родов.

Чисто прогестиновые препараты (минипили) у кормящих грудью женщин (при смешанном вскармливании) можно применять через 6 нед после родов, у некормящих — через 3 нед. Прогестины не подавляют лактацию, а, наоборот, могут стимулировать её, не влияя на рост ребёнка. Кормящим женщинам можно внутримышечно ввести длительно действующий прогестин — медрокпрогестерон, который будет высвобождаться в дозе 150 мг в течение 3 мес, не увеличивая риск развития тромбоза и не уменьшая ценности грудного молока. Эффективность такого способа контрацепции более 99%.

Возможно введение внутриматочного контрацептива (мирена©). Вводить внутриматочный контрацептив лучше всего в первые 10 мин после рождения последа или в первые 48 ч после родов (в родильном доме). Контрацептив можно ввести и по истечении 4 нед после родов (при первом посещении гинеколога). Основные осложнения при введении внутриматочного контрацептива: обморок (обусловлен стимуляцией блуждающего нерва), перфорация матки (8 случаев на 1000 введений), маточное кровотечение, инфекции тазовых органов.

Для пациенток, практикующих смешанное вскармливание, лактационная аменорея как метод контрацепции неприемлем. В этих случаях следует рекомендовать родильнице барьерный метод контрацепции и спермициды. Этот метод может использоваться в любое время после родов, он не влияет на качество и количество молока. Кроме того, презервативы со смазкой и спермицидами решают проблему вагинальной сухости (нередкой у кормящих женщин)..

## **Тема :№ 17. Основные принципы грудное вскармливание.**

По №81 приказу каждый работник медицинского учреждения, в том числе мед. сестра с высшем образованием должна знать принципы грудного вскармливания.



*Рисунок 5*

### **11 ШАГОВ К УСПЕШНОМУ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ.**

**ШАГ 1.** Необходимо иметь письменный документ с изложением комплексных мероприятий, цели и задач по грудному вскармливанию, которая регулярно сообщается всему медицинскому персоналу.

**ШАГ 2.** Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам консультирования матерей.

**ШАГ 3.** Необходимо информировать всех беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания.

**ШАГ 4.** Помогать всем матерям начинать грудное вскармливание в течение первых 30 минут после родов.

**ШАГ 5.** Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

**ШАГ 6.** Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний.

**ШАГ 7.** Практиковать круглосуточное совместное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

**ШАГ 8.** Поощрять грудное вскармливание по требованию.

**ШАГ 9.** Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь (соски, пустышки ) или успокаивающих средств.

**ШАГ 10.** Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

**ШАГ 11.** Создание сети сертифицированных учреждений в регионе путем подготовки не менее двух ЛПУ к званию Учреждения Дружелюбного Отношения к Ребенку.

#### **Преимущества грудного вскармливания**

- Грудное молоко
  - Идеальное питание
  - Хорошо усваивается
  - Защищает от инфекций
- Грудное вскармливание
  - Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
  - Защищает здоровье матери
  - Помогает предохраниться от новой беременности
  - Экономически выгодно

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

#### **Десять шагов успешного грудного вскармливания (2)**

- Наличие политики в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала
- Обучение медицинского персонала навыкам, необходимым для практического осуществления политики грудного вскармливания
- Информирование всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания
- Помощь матерям начать кормление грудью в течение первого часа с момента рождения ребенка
- Обучение матерей технике кормления грудью и сохранения лактации в случае их разделения с детьми
- Кормление ребенка исключительно грудным молоком, кроме тех случаев, когда дополнительное введение жидкости клинически обосновано
- Практика круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка
- Поощрение кормления грудью по требованию ребенка
- Отказ от использования сосок или пустышек
- Поощрение создания групп поддержки грудного вскармливания и направление матерей в эти группы после выписки из родильного стационара

### **Тема :№ 18.Синдром рвоты и тошноты в акушерстве.**

К токсикозам беременных относятся патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания. Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ранние сроки беременности, чаще в первые 3 мес, тогда их называют ранними токсикозами.

Для большинства форм токсикозов характерны диспепсические расстройства и нарушения всех видов обмена. К токсикозам относятся рвота беременных (легкая форма, умеренная, чрезмерная) и слюнотечение (птиализм). Помимо перечисленных, реже встречаются такие формы токсикоза, как дермопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатопатия (желтуха беременных), остеомаляция беременных и др.

Несмотря на многочисленные исследования, этиология токсикозов до настоящего времени не уточнена. Большинство исследователей отмечают полиэтиологичность этого осложнения беременности

### **Рвота беременных**

Среди токсикозов особое внимание уделили изучению этиологии рвоты беременных, в связи с чем появились различные теории. Рвоту беременных связывали с отравлением организма токсичными продуктами обмена веществ. Полагали также, что она может быть результатом сенсibilизации материнского организма антигенами плода при гистонесовместимости. Возникновение рвоты объясняли также психогенными факторами (отрицательные эмоции, страх перед родами) или проявлением истерических реакций. Наиболее признанной является нервно-рефлекторная теория, согласно которой важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. При этом существенное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, регулирующие рвотный акт. Рядом с ними находятся дыхательный, вазомоторный, слюноотделительный центры, ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств: усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожного покрова вследствие спазма периферических сосудов.

Преобладание возбуждения в подкорковых структурах мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесенные воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими рецепторный аппарат матки, возможно также его повреждение плодным яйцом. Указанное наблюдается, скорее всего, при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.

Вегетативные расстройства в начале беременности одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в частности увеличением уровня хориального гонадотропина (ХГ) в организме. Доказательством этого является тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество ХГ, рвота беременных наблюдается особенно часто.

К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относятся хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, астенический синдром.

В патогенезе рвоты беременных определяющим звеном является нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена вследствие частичного (или полного) голодания и обезвоживания. При прогрессировании заболевания постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен в организме матери на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела. Вследствие голодания первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем происходит уменьшение эндогенных ресурсов углеводов, активизируются катаболические реакции, в частности повышаются жировой и белковый обмен. На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания

энергетические потребности организма матери удовлетворяются за счет анаэробного распада глюкозы и аминокислот. В этих условиях  $\beta$ -окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена — кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и [5-оксималяная кислоты), которые выделяются с мочой. Помимо этого, кетоз поддерживается за счет усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается кетонурия, выраженность которой соответствует тяжести метаболических нарушений в организме беременной, у которой наблюдается рвота, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг КОС в сторону ацидоза.

Изменения в органах беременной первоначально имеют функциональный характер, а затем, по мере нарастания обезвоживания, катаболических реакций, интоксикации недоокисленными продуктами, переходят в дистрофические процессы в печени, почках и других органах. Первоначально нарушаются белковообразовательная, антитоксическая, пигментная и другие функции печени, выделительная функция почек, в последующем дистрофические изменения наблюдаются в ЦНС, легких, сердце.

### **Клиническая картина.**

Рвота беременных часто (в 50—60 % случаев) наблюдается как физиологический признак беременности, а в 8—10 % проявляется как осложнение беременности — токсикоз. При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть не более 2—3 раз в сутки по утрам, чаще натощак, но это не нарушает общего состояния женщины, поэтому лечения не требуется. Как правило, по окончании, процесса плацентации 12—13 нед. тошнота и рвота прекращаются.

К токсикозам относят рвоту, которая наблюдается несколько раз в день независимо от приема пищи, сопровождается снижением аппетита, изменениями вкусовых обонятельных ощущений, чувством слабости, иногда уменьшением массы тела. Различают рвоту беременных легкой, средней степени и чрезмерную. Степень тяжести рвоты определяется сочетанием рвоты с нарушениями, происходящими в организме (обменные процессы, функции важнейших органов и систем).

*Легкая рвота* мало чем отличается от таковой при неосложненной беременности, но наблюдается до 4—5 раз в день, сопровождается почти постоянным ощущением тошноты. Несмотря на рвоту, часть пищи удерживается и значительного похудения беременных не наблюдается. Уменьшение массы тела составляет 1—3 кг (до 5 % от исходной массы). Общее состояние остается удовлетворительным, но могут отмечаться апатия и снижение работоспособности. Гемодинамические показатели (пульс, артериальное давление) у большинства беременных остаются в пределах нормы. Иногда регистрируется умеренная тахикардия (80—90 уд/мин). Изменения в морфологическом составе крови отсутствуют. Диурез не изменяется. Ацетонурия отсутствует. Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно, поэтому специального лечения не требуется, но у 10—15 % беременных она усиливается и может переходить в следующую стадию.

*Умеренная рвота* (средней тяжести) выражается в учащении рвоты до 10 раз в сутки и более, ухудшении общего состояния и метаболизма с развитием кетоацидоза. Рвота нередко сопровождается слюнотечением, вследствие чего происходит дополнительная существенная потеря жидкости и питательных веществ. В результате этого происходят обезвоживание и уменьшение массы тела до 3—5 кг (6 % от исходной массы) вплоть до истощения. Общее

состояние беременных ухудшается, возникают значительная слабость и апатия. Кожа бледная, сухая, язык обложен беловатым налетом, суховат. Температура тела субфебрильная (не выше 37,5 °С), характерны тахикардия (до 100 уд/мин) и гипотензия. При исследовании крови может быть выявлена легкая анемия, при анализе КОС — метаболический ацидоз. Диурез снижен, в моче может быть ацетон. Нередко наблюдается запор. Прогноз, как правило, благоприятный, но при подобном состоянии беременной требуется лечение.

*Чрезмерная рвота* встречается редко. Для чрезмерной рвоты характерно нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений вследствие выраженной интоксикации и обезвоживания. Рвота наблюдается до 20 раз в сутки, сопровождается обильным слюнотечением и постоянной тошнотой. Пища и жидкость не удерживаются. Общее состояние при этом тяжелое. Отмечаются адинамия, упадок сил, головная боль, головокружение, масса тела быстро уменьшается (до 2—3 кг в неделю, свыше 10 % от исходной массы тела). Слой подкожной жировой клетчатки исчезает, кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие, изо рта отмечается запах ацетона, температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38 °С, возникают выраженная тахикардия, гипотензия. Резко снижается диурез.

В крови повышается уровень остаточного азота, мочевины, билирубина, гематокрита, отмечается лейкоцитоз, одновременно уменьшается содержание альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В моче определяются протеин и цилиндрурия, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты, реакция на ацетон резко положительная.

Прогноз чрезмерной рвоты не всегда благоприятный. Признаками угрожающего состояния, определяющие показания к экстренному прерыванию беременности, являются: нарастание слабости, адинамия, эйфория или бредовое состояние. Тахикардия до 110—120 уд/мин, также гипотензия — до 90—80 мм рт. ст., желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье, снижение диуреза до 300—400 мл в сутки, гипербилирубинемия и пределах 100 мкмоль/л, повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия.

### **Диагностика.**

Установить диагноз рвоты беременных несложно. Для выяснения степени тяжести рвоты беременных, помимо проведения клинического обследования больной, общего анализа крови и мочи, необходимо определение в динамике следующих показателей: в крови — содержания билирубина, остаточного азота и мочевины, гематокрита, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы, протромбина, в моче — уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка. При значительной дегидратации и сгущении крови могут отмечаться ложнонормальные показатели содержания гемоглобина, эритроцитов, белка. При этом степень обезвоживания определяют по уровню гематокрита. Значение его выше 40 % свидетельствует о выраженном обезвоживании.

### **Лечение.**

Лечение больных, у которых наблюдается легкая форма рвоты, можно проводить амбулаторно. При рвоте средней тяжести и тяжелой — в стационаре. Большое значение необходимо придавать аисте. В связи со снижением аппетита рекомендуют

разнообразную пищу по желанию. Она должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2—3 ч в положении лежа. Показана минеральная щелочная вода в небольших объемах 5-6 раз в день.

Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным: 1) препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс; 2) инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания; 3) препараты, предназначенные для нормализации метаболизма,

Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную необходимо поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлекторную рвоту.

В начале лечения, учитывая небольшой срок гестации, для исключения отрицательного влияния на плодное яйцо целесообразно назначать немедикаментозные средства. Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывания, психо- и гипнотерапия. Этих немедикаментозных методов лечения может быть достаточно при лечении больных с легкой формой рвоты беременных, а при средней и тяжелой степени они позволяют ограничить объем лекарственной терапии.

В отсутствие эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: атропин, антигистаминные препараты (пипольфен, дипразин, тавегил), блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики — галоперидол, дроперидол, производные фенотиазина — торекан), а также прямые антагонисты дофамина (реглан, церукал). Наиболее эффективны в клиническом отношении следующая комбинация препаратов: 1) дроперидол (1 мл внутримышечно), атропин (0,5 мл 0,1 % раствора внутримышечно), тавегил (1 мл внутримышечно); 2) церукал, реглан (2 мл внутримышечно), атропин (0,5 мл 0,1 % раствора внутримышечно). При гипотензии, возникающей как следствие применения этих препаратов и самого заболевания, целесообразно введение 0,1 % раствора мезатона.

Инфузионная терапия при рвоте включает использование кристаллоидов, коллоидов и средства для парентерального питания. Кристаллоиды предназначены для регидратации. Из кристаллоидов используют комплексные солевые растворы Рингера—Локка, трисоль, хлосоль. Объем вводимых кристаллоидов должен составлять до 50 % от общего объема инфузии. Из коллоидов для дезинтоксикации целесообразно использовать гемодез и реополиглюкин. Объем коллоидных растворов должен составлять 10—15 % от объема инфузии. Для парентерального питания применяют растворы глюкозы и аминокислот (альвезин, гидролизин). С целью лучшего усвоения глюкозы целесообразно вводить инсулин в небольших дозах. Объем вводимых препаратов для парентерального питания должен составлять не менее 15—40 % от общего объема инфузии.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1—3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализация величины гематокрита, увеличение диуреза.

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 сут. является показанием к прерыванию беременности.

### **Слюнотечение**

Слюнотечение (ptyalism) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости — до 1 л в сутки. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Известно, что эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны. При выраженном слюнотечении понижается аппетит, ухудшается самочувствие, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, больная худеет, нарушается сон; вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания.

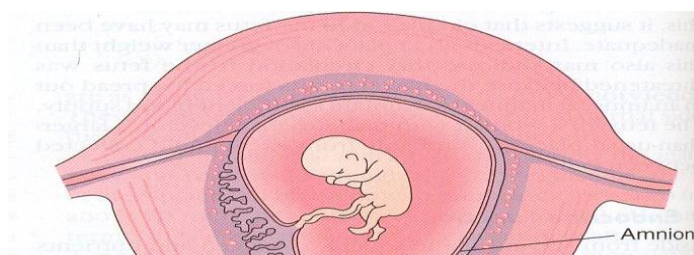
### **Лечение.**

При слюнотечении проводят в основном те же лечения что и при рвоте (режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии и др.). Рекомендуется лечение в стационаре, где создаются условия для соблюдения лечебно-охранительного режима, назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизма, при обезвоживании — инфузионные препараты. Одновременно рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола. При сильном слюнотечении можно применять атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином. Слюнотечение обычно поддается лечению, и после выздоровления беременность развивается нормально.

Показания к прерыванию беременности:

- длительная субфебрильная температура
- Гепатоспленомегалия
- снижение массы тела
- безэффективность проводимой терапии
- появление форменных элемент

К токсикозам беременных относят ряд патологических состояний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение, как правило, исчезают после её окончания. Токсикозы по этиологии связаны с беременностью. После родов (или аборта) обычно прекращаются все проявления: отдаленные последствия наблюдаются после тяжелых и длительно протекающих форм токсикозов.





Термин «токсикоз беременных» введенный в начале настоящего века, не отражают всей сущности патологических процессов, характерных для этого состояния и не соответствует современным представлениям о причинах их возникновения и патогенезе. Многочисленные поиски специфических токсинов токсикозов, оказались безуспешными. В связи с этим было предложено заменить название «токсикоз» термином «гестоз», «аллергоз», «дискразия», «невроз», «дисгормоноз» и др. в соответствии с изменяющимися представлениями о патогенезе токсикозов. Для обозначения данной патологии практикуется также термин «Преэклампсия» в соответствии с основными симптомами заболевания.

Большинство акушеров предпочитают сохранить термин «токсикоз беременных» до полного выяснения причин возникновения и патогенеза заболеваний данной группы. Во время нормальной беременности происходит изменения функций почти всех органов и систем и значительные сдвиги в обмене веществ. Эти изменения физиологические, приспособительные, определяющие нормальное течение беременности и развитие плода: развитие физиологических изменений, возникающей при беременности, регулируется нервной системой при активном участии желез внутренней секреции.

Токсикозы беременных возникают вследствие нарушения приспособительных изменений в их организме – в первую очередь нейрогуморальной регуляции. Ранние токсикозы беременных, согласно наиболее распространенному представлению, связаны с извращенными реакциями центральной нервной системы, эндокринной и других систем в ответ на раздражение нервных рецепторов матки плодным яйцом и на его гуморальные воздействия.

**Нарушению физиологических процессов приспособления организма к беременности (токсикоз) способствуют следующие причины.**

1) Патологические процессы, нарушающие функцию рецепторного аппарата матки и способствующие возникновению ненормальных импульсов, исходящих от плодного яйца. К таковым относятся воспалительные заболевания половых органов (особенно матки); недоразвитие или неправильное развитие матки и ее рецепторного аппарата, изменения в эндометрии, связанные с эндокринными и другими нарушениями, что способствует появлению токсикоза беременных.

2) Изменения в центральной нервной системе, способствующие неправильной переработке импульсов (даже нормальных), исходящих от плодного яйца. Это происходит при дискоординации основных нервных процессов в коре головного мозга, а также в системе кора - подкорка, при перевозбуждении ретикулярной формации и вегетативных центров, расположенных в гипоталамусе, что также способствует появлению токсикоза. Изменения в нервной системе вызывают нарушение процесса физиологической перестройки желез внутренней секреции, обмена веществ, функций сердечно-сосудистой, кроветворной и других систем. Нарушение нейрогуморальной регуляции процессов обмена ведет к изменению физиологических соотношений в содержании электролитов, микроэлементов, гормонов, белковых фракций и других веществ. В результате нарушенного обмена из тканей в кровь поступают не только конечные (безвредные) продукты обмена, но также промежуточные продукты, которые могут вызывать аутоинтоксикацию (токсикоз) организма. Изменению функций нервной системы, а следовательно, возникновению токсикозов способствуют заболевания, перенесенные ранее и сопутствующие беременности, тяжелые переживания, переутомление, неправильное питание, нарушения гигиенического режима и другие факторы, ослабляющие устойчивость и выносливость организма беременной женщины.

**Классификация.** – Предложено ряд классификаций токсикозов беременных. Наиболее приемлемо деление их на две большие группы:

1) Часто встречающиеся формы.

2) Редко встречающиеся формы.

К ранним токсикозам относятся: рвота беременных (легкая форма, умеренная рвота) чрезмерная рвота и птолизм к поздним водянка беременных, нефропатии, преэклампсия и эклампсия. К редким формам токсикозов относят желтуху, дерматозы, бронхиальную астму, тетанию, остеомалация беременных. Эти заболевания могут возникнуть как в первой, так и во второй половине беременности.

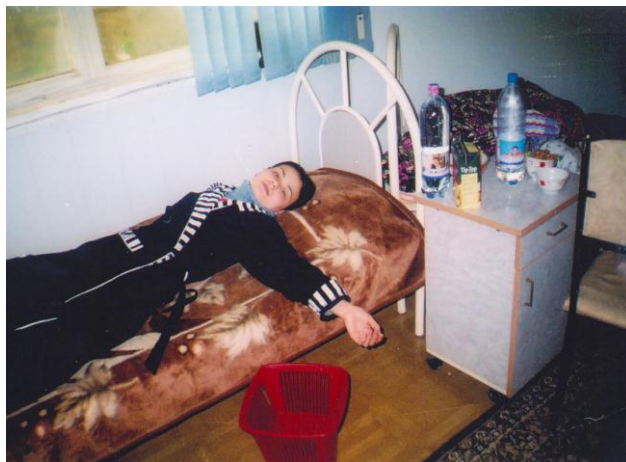
**Различают три степени рвоты беременных: 1 – легкая, 2 – средней тяжести, 3 – тяжелая (чрезмерная):**

**I степень** – рвота бывает до 2-5 раз в сутки на фоне умеренной тошноты, расстройств обоняния и вкуса. Аппетит снижен, однако принятая пища большей частью больными удерживается. Функция кишечника нарушена (склонность к запорам). Потеря массы тела не выражена. Общее состояние удовлетворительное, но отмечается эмоциональная неустойчивость и повышенная раздражительность. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Язык влажный. Показатели артериального давления, пульса, температуры тела соответствуют норме. Изменения в крови и моче отсутствуют, диурез нормальный.

**Для II степени** – характерны симптомы интоксикации. Рвота учащается до 10 раз в сутки, в большинстве случаев ей сопутствует тошнота и гиперемия. Пища удерживается частично. Аппетит резко снижен или отсутствует. Снижается масса тела, ухудшается общее состояние. Отмечаются повышенная возбудимость, раздражительность, иногда депрессия. Имеют место сухость кожных покровов, языка, снижение диуреза, в моче появляется ацетон.



**III степень** – рвота многократная в течение суток. Больные полностью не удерживают пищу. Аппетит практически отсутствует (отвращение к любой пище и запахам). Быстрое снижение массы тела (до 10 кг ) приводит к истощению больной. Кожные покровы сухие и бледные, иногда с иктеричностью склер. Язык сухой, обложен налетом, из – за рта отчетливый запах ацетона. Часто развиваются гингивиты. Живот вялый, иногда определяется болезненность в области печени. Нарастают слабость, адинамия, утрачивается трудоспособность, часто с депрессией. Пульс учащается до 100 – 120 в минуту. Выражена гипотония, температура субфебрильная. Суточный диурез резко снижен, в моче появляются форменные элементы, уробилин, желчные пигменты, нарастает содержание ацетона. В крови увеличивается уровень остаточного азота, а хлориды и холестерин снижается. В связи с обезвоживанием организма относительно повышается количество гемоглобина крови. Больные становятся вялыми, апатичными; возможны эйфория, бред, признаки тяжелой интоксикации. При неэффективном лечении такое состояние служит показанием для искусственного прерывания беременности.



*Рисунок 11*

В стационаре беременной необходимо провести самое тщательное клиническое и лабораторное обследование. Исходя из патофизиологических особенностей рвоты беременных, для диагностики, контроля эффективности лечения применяют следующие обязательные методы исследования:

1. Контроль массы тела.
2. Учет потребления и выделения жидкости.
3. Измерение в динамике артериального давления.
4. Определение гемоглобина.
5. Исследования мочи на содержание белка и ацетона.
6. Определение билирубина в крови и проведение печеночных проб.
7. Определение азота, мочевины.
8. Определение уровня электролитов в крови и моче.
9. Контроль за кислотно-щелочным состоянием крови.
10. Исследования в динамике картины глазного дна.

#### РЕДКИЕ ФОРМЫ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

**Дерматозы.** К дерматозам беременных относят заболевания кожи, возникающие во время беременности и исчезающие после её окончания. Дерматозы проявляются в виде зуда, реже в форме экземы, эритемы, герпетических высыпаний.

**Экзема.** Является сравнительно редкой формой дерматоза беременных: проходит бесследно после родов, но иногда возобновляется при следующей беременности. Экзема может быть на коже молочных желез, живота, бедер, рук. Лечение проводят совместно с дерматологом. Нередко успех достигается в результате применения бромида натрия с кофеином, хлорида кальция и других десенсибилизирующих средств.

**Бронхиальная астма беременных.** Наблюдается очень редко. Полагают, что её причинами являются возникающая при беременности гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Заболевание обычно поддается лечению (препараты кальция, бромид натрия с кофеином, витамины и др.). Беременность может наступить у женщин, ранее страдавших бронхиальной астмой. Обычно при беременности течение астмы ухудшается, реже наступает улучшение.

**Тетания беременных.** При пониженной функции паращитовидных желез и возникновении при этом нарушения кальциевого обмена у беременных появляется склонность к возникновению тетании.

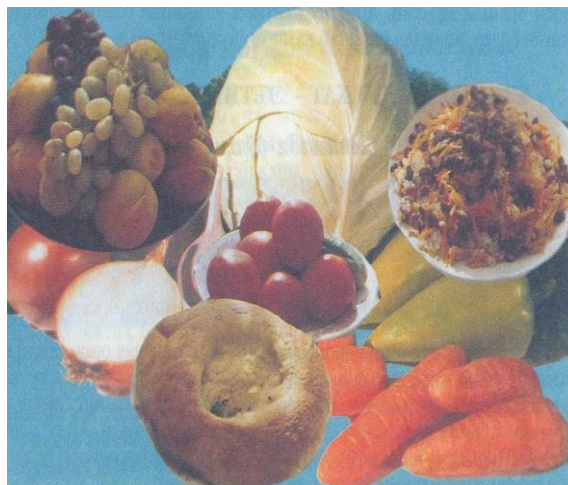
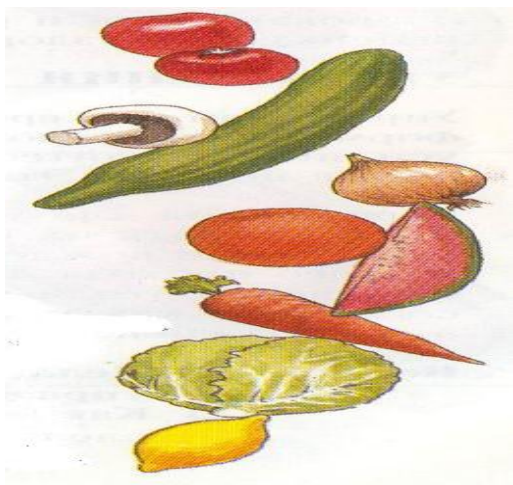
**Желтуха и беременность.** Желтуха, возникающая при беременности, может быть симптомом разных заболеваний или проявлением токсикозов беременных.

#### Лечение.

1. Дезинтоксикационная терапия.
2. Витаминотерапия.
3. Общеукрепляющая терапия.
4. Антианемическая терапия.
5. Противорвотная терапия.
6. Иммунотерапия.
7. Симптоматическая терапия.
8. Гормональная терапия.
9. Седативная терапия.

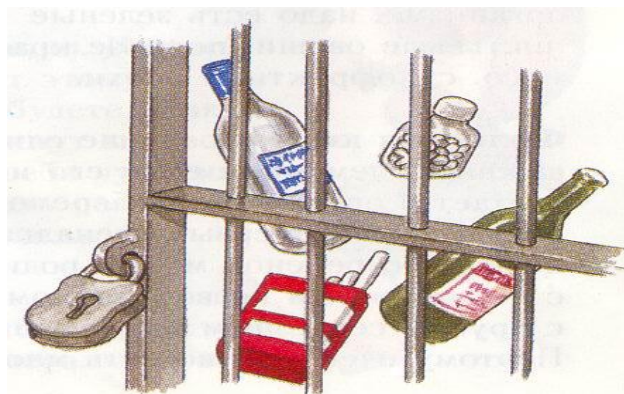
10. Физиотерапия.

При отсутствие эффекта от консервативной терапии - прерывание беременности.



*Рисунок 12*

*Рисунок 13*



**Рисунок 14 Профилактика.**

1. Лечение ЭГЗ заболевание.
2. Планирование семьи.
3. Диспансерное наблюдение в женской консультации.
4. Своевременная госпитализация в ОПБ.

## Тема: № 20. Питание и гигиена беременных



Находясь в интересном положении, женщины задумываются о правильности своего питания. Пища, поступившая в материнский организм имеет как положительное, так и отрицательное воздействие на здоровье и развитие малыша. Питание при беременности должно быть максимально разнообразным. Не стоит садиться на строгую диету, достаточно придерживаться небольших рекомендаций по корректировке своего рациона.

### Значение правильного питания

Витамины, минералы и другие нутриенты необходимо балансировать на протяжении всего срока вынашивания малыша. Поскольку правильное питание во время беременности обеспечивает:

1. нормальное функционирование материнского организма;
2. полноценное питание эмбриона, удовлетворяя его потребности;
3. рост и формирование плаценты;
4. набухание молочных желез;
5. длительную и достаточную лактацию.

Также во время беременности, у ребенка внутриутробно закладываются умственные и физические способности. При дефиците в питании тех или иных веществ возможны отклонения:

- рождение ребенка с аномалиями и пороками развития;
- снижение жизнеспособности новорожденного;
- слабая иммунологическая защита;
- сниженный интеллект;
- нарушение концентрации и внимания;
- раннее проявление наследственных заболеваний;
- снижение продолжительности жизни.

Вам следует знать, что [употребление алкоголя](#) и табакокурение во время беременности в 90% случаев приводит к [гипоксии](#), серьезным нарушениям в развитии, а также к хроническим заболеваниям неокрепшего организма.



### Ошибки питания

От правильности и полноты питания зависит не только состояние здоровья мамочки, но и развитие плода. Не подозревая, о нецелесообразности своих действий, женщины сами совершают ошибки:

1. Нерегулярный прием пищи.

---

Кушать, только по потребности организма — не правильно. Отсутствие полноценного завтрака и переедание в дневные и вечерние часы во время беременности приводит к нарушению пищеварения;

1. Ночные переедания.

---

В позднее время суток замедляются процессы обмена, поэтому еда оказывает дополнительную нагрузку на желудочно-кишечный тракт. Обильный ужин плохо сказывается на ночном сне беременной, а калории превращаются в лишние сантиметры. Чувство голода можно ослабить стаканом чая или кефира, с низким процентом жирности;

1. Сухомятка.

---

Питание всухомятку увеличивает риск образования гастрита и язв желудка. Организм беременной женщины очень уязвим, поэтому важно, чтобы в рационе была горячая пища. Включите в питание нежирные супы и бульоны, они способствуют работе пищеварительных соков;

1. Отсутствие завтрака.

---

Пищеварительные соки начинают вырабатываться в организме в утренние часы, поэтому во избежание голодного гастрита, питание пропускать нельзя. Выпейте стакан свежего сока, морса или йогурта. Для полноценного питания употребляйте медленные углеводы, белки и клетчатку;

1. Острая еда.

---

Резко отказываться от всех приправ, как только тест на беременность показал положительный результат, не стоит. Опасность для материнского организма таится в том, что такая пища препятствует свертываемости крови. Если врач поставил диагноз анемия, цистит, язвенная болезнь, то питание острыми блюдами исключается полностью.

### Рекомендации

Правильное питание при беременности — это не только залог нормального развития плода, но и избежание многих проблем в жизни родившегося малыша.

Придерживаясь небольших рекомендаций, будущая мамочка сможет самостоятельно составить для себя правильное меню:

- Яичная скорлупа. В сочетании с Mg и витамином D, идеальным для материнского организма будет прием натурального кальция яичной скорлупы.

Суточная доза — до двух грамм. Лучше использовать яйца птиц свободной выгулки: перепелов, уток, гусей, кур. Предварительно вымытое яйцо варится три минуты в кипящей воде. Очищенная скорлупа раздробляется в блендере или кофемолке. Сухая смесь хранится в стеклянной посуде, в темном месте. Такой кальций лучше усвоится в организме беременной, нежели употребление молочных продуктов;

- Мясо. Данный продукт содержит необходимое для организма количество белков и жиров, богат железом и витамином E.

Во время беременности лучше питаться мясом индейки и утки. В своем составе они содержат омега-3, который положительно влияет на мозговую деятельность и состояние кожных покровов плода;

- Морепродукты. Они богаты аминокислотами и минеральными веществами, особенно йодом, цинком и фтором.

Во время беременности особенно полезны мидии, креветки, кальмары, [морская капуста](#). Они практически не содержат жиры, но богаты витаминами. При сниженной кислотности желудочного сока полезны рыбные бульоны. Они повышают аппетит и ускоряют переваривание пищи. По способу приготовления лучше отдать предпочтение варке или запеканию рыбы с зеленью и овощами;

- Сладости.

Самый простой способ поднять себе настроение или расслабиться — это съесть немного углеводов. Беременным стоит отдавать предпочтение кашам, черному хлебу, сухофруктам, они утолят чувство голода и восполнят необходимый запас энергии. Если жизнь без сладкого невозможна, то стоит приготовить что-нибудь вкусненькое дома. Из йогурта и фруктов сделать мороженое, желе или испечь низкокалорийный пирог.

Особенности питания по триместрам



Питание по триместрам беременности строится в зависимости от особенностей развития плода. Небольшой акцент на тех или иных питательных веществах поможет и малышу, и маме чувствовать себя хорошо. Общие советы:

- овощи и фрукты должны употребляться ежедневно как в сыром, так и отварном виде;
- морскую рыбу рекомендуется есть не чаще трех раз в неделю;



- пищевой солью злоупотреблять не стоит;
- без рекомендаций врача, не стоит ограничивать свой питьевой режим.

Хотите узнать секреты правильного питания для будущей мамы? [Записывайтесь на курс>>>>](#)

## Первый триместр

[Питание на ранних сроках беременности](#) не требует резкой корректировки. Не надо экстренно менять свой образ жизни и вкусовые привычки. Достаточно тщательнее следить за качеством продукции и соблюдать несколько моментов:

1. Прием фолиевой кислоты. Витамин В9 особенно важен в [первом триместре беременности](#), он необходим для роста и развития органов и тканей, влияет на формирование нервной системы. Основными источниками являются: бобовые, капуста, свекла, соя, сыр, морковь и другие;
2. Не стоит питаться за двоих. Энергетические потребности малыша не столь высоки, а переедание высококалорийных продуктов приведет к избыточному весу;
3. Избавиться от утренней [тошноты во время беременности](#) поможет съеденный натощак сухарик или галетное печенье и стакан воды без газа. Во время беременности отдавайте предпочтение печеным, вареным и пареным блюдам. При [рвоте](#) организм теряет минеральные вещества, поэтому не стоит полностью отказываться от подсолненных блюд.

Полноценное питание в первый триместр беременности является основополагающим для профилактики выкидышей. Полезные вещества снижают риск мертворождения и предпосылки уродств.

## Второй триместр

В этот период плод начинает интенсивно расти. Функциональной активности достигли сформировавшиеся органы. Суточная потребность возрастает до 2500 ккал. Организм беременной начинает работать в усиленном режиме, поэтому высока вероятность появления [изжоги](#) и запоров. Чтобы избавиться от этих проблем, питание беременной [во втором триместре](#) должно быть обогащено следующим элементами:

- Кальций и витамин D. Они являются основополагающими в формировании костной, мышечной и нервной ткани. Дефицит, напротив, приведет к задержке роста плода. Молочные продукты, яйца, печень морской рыбы следует включить в свой рацион.

К нарушению пищеварения приводят продукты, сложно усваиваемые организмом: булка, манная каша, какао, фаст-фуд, газировка, а также жаренные и острые блюда. От этих продуктов питания стоит отказаться полностью;

- Железо. Снижение уровня гемоглобина в медицине трактуется как анемия. Возникает она из-за недостатка железа в крови. Для профилактики и лечения стоит добавить в рацион питания мясные продукты, яйца и овощи. Для наилучшего всасывания железа в кровь, продукты рекомендуется комбинировать с ягодами и фруктами, богатыми витамином С ([шиповник](#), клюква, смородина). Подробнее об [анемии при беременности](#)>>>;
- Клетчатка. Постоянно растущая матка беременной, сниженная перистальтика кишечника провоцируют появление запоров. Богатые клетчаткой свежие овощи и фрукты должны составлять основу суточного рациона.

---

## Третий триместр

Будущей мамочке пора снижать калорийность пищи. Интенсивный рост плода сменяется приличным набором в весе. Чтобы обеспечить правильное питание беременной [в третьем триместре](#), следует придерживаться основных вышеизложенных рекомендаций.

Уменьшить энергетическую ценность еды можно, ограничив употребление простых углеводов и животных жиров. Для профилактики отеков, беременные проводят разгрузочные дни, но не чаще двух раз в неделю. Основу питания составляют яблоки, кефир и творог. Очистившись, организм восстанавливается и тонизируется.

### Примерный рацион питания

Рацион питания беременной женщины должен быть полноценным и разнообразным. В качестве примера, можно составить такое меню:

#### Первый завтрак(7:30):

- яйца;
- кисломолочный напиток;
- свежие фрукты.

#### Второй завтрак (9:30):

- овощной салат с [оливковым маслом](#);
- молоко (чай с молоком);
- бутерброд с сыром;
- фрукты.

#### Обед (13:00):

- овощной салат;
- постный суп со сметаной;
- отварное мясо (птица, рыба) с овощами;
- фруктовый сок (свежевыжатый сок разбавленный водой 1:1).

#### Полдник(16:00):

- творожная запеканка;
- молоко или йогурт;
- свежие фрукты (ягоды).

#### первый ужин (18:30):

- овсяная или гречневая каша на молоке;
- свежие фрукты.

#### Второй ужин (20:30):

- салат без майонеза;
  - бутерброд с вареной колбасой;
  - кефир;
-

- зеленое яблоко;
- напиток шиповника или [травяной чай](#).

Питайтесь разнообразно и правильно и все у вас и вашего малыша будет отлично!

## **Тема: № 21. Современные взгляды на этиопатогенез гипертензивного синдрома.**

Преэклампсия представляет собой наиболее грозное осложнение беременности, которое не только нарушает соматическое и репродуктивное здоровье женщины, но и порой угрожает ее жизни. Частота преэклампсии в среднем колеблется от 2 до 14%. По данным ВОЗ (1994), ежегодно в мире погибает 65000 (12%) женщин от гипертензивных нарушений, связанных с беременностью. Согласно определению ВОЗ (1994), преэклампсия – это осложнение беременности, которое характеризуется полиорганной функциональной недостаточностью и проявляется триадой основных симптомов: гипертензия, отеки, протеинурия, реже судорогами и комой.

До недавнего времени в акушерстве существовал термин "гестоз", или "поздний гестоз", или "ОПГ-гестоз", обозначавший аббревиатурой ОПГ триаду симптомов. Еще ранее это осложнение беременности называли "нефропатия" или "поздний токсикоз", подчеркивая один из самых основных и ранних синдромов этого осложнения – нефротический.

ВОЗ в 1994 г. была принята МКБ X пересмотра, в которой четко и однозначно определено название данной патологии – преэклампсия.

Преэклампсия – это не заболевание, т.к. она никогда не возникает вне беременности, а является осложнением, которое обусловлено нарушением структуры, микроциркуляции и функции плаценты. После прекращения беременности симптомы преэклампсии, как правило, идут на убыль и впоследствии исчезают. Однако нарушенные функции многих органов и систем в организме женщины, перенесшей преэклампсию, приходят в свое нормальное состояние длительное время, а в некоторых, особо тяжелых случаях, уже не могут восстановиться и приводят к инвалидизации женщин. Все это требует более внимательного и тщательного подхода к ведению беременных, рожениц и родильниц, а также вызывает необходимость разработки специальных программ по реабилитации женщин, перенесших преэклампсию.

Преэклампсия чаще развивается у женщин, страдающих различными соматическими заболеваниями, у первородящих, особенно среди юных (до 18-ти лет), у беременных и рожениц старше 30 лет. Данное осложнение развивается при перерастяжении матки (многоплодие, многоводие, крупном плоде), а также у женщин с признаками изогемоконфликта между матерью и плодом, при артериальной гипертензии, пузырном заносе, ожирении и недостаточном питании, а также на фоне хронических урогенитальных инфекций. Имеются данные о развитии так называемой семейной преэклампсии, т.е. частого возникновения ее среди сестер и дочерей женщин, перенесших эту патологию.

## Патогенез преэклампсии:

Природа преэклампсии до сих пор продолжает оставаться неясной.

В последние годы большинство исследователей связывают развитие преэклампсии с морфологическими, функциональными, биохимическими и иммунологическими изменениями в плаценте.

В связи с повышением проницаемости сосудистой стенки, вызванным, с одной стороны, спазмом артериальных сосудов, а с другой стороны — поражением эндотелия сосудов иммунными комплексами, которые вырабатываются в организме матери в ответ на развитие плода, жидкая часть крови «уходит» из сосудистого русла в тканевые пространства. Клинически это проявляется в повышении гидрофильности тканей, появлении отеков в области рыхлой клетчатки (лодыжки, голени, кисти рук, передняя брюшная стенка) вплоть до общего отека (анасарка).

Прогрессирующая преэклампсия сопровождается снижением ОЦК и ОЦП. в связи с поражением эндотелия нефронов повышается проницаемость клубочков почек для белка, что проявляется протеинурией и протеинемией. Снижается онкотическое давление крови, что способствует еще большему переходу жидкой части крови из сосудов в ткани. Нарушаются реологические свойства крови, повышаются ее коагуляционные свойства. Наблюдающееся при этом «возбуждение» тромбоцитов приводит к их адгезии и склонности к повышенному тромбообразованию. Развивается хронический ДВС-синдром. В почках, печени, легких, головном мозге образуются участки ишемических и, геморрагических микроинсультов.

*Ишемическая почка* в большом количестве продуцирует ренин, который, соединяясь с белками плазмы, превращается в сильный прессорный амин - ангиотензин II, высокая концентрация которого, а также других прессорных факторов, выбывает длительную и жесткую периферическую вазоконстрикцию и артериальную гипертензию, что замыкает порочный круг патогенеза преэклампсии.

В условиях глубокого нарушения микроциркуляции, хронической тканевой гипоксии, страдает *печень*, в которой нарушаются основные ее функции: белково-образовательная (гипопротеинемия), нарушается синтез и депонирование гликогена, начинает преобладать анаэробный гликолиз; дезинтоксикационная (повышается количество азотистых шлаков, развивается печеночная недостаточность); нарушается липидный обмен, обмен холестерина (гиперлипидемия, гиперхолестеринемия); активизируется перекисное окисление липидов, снижается антиоксидантная защита; повышается активность трансаминаз, щелочной фосфатазы.

В *легких* в связи с развитием хронического ДВС-синдрома в сосудах образуются рыхлые тромбы, на сосудистых стенках откладываются иммунные комплексы, нити фибрина, при этом повышается проницаемость капилляров и альвеолярных мембран. Возникает та или иная степень дыхательной недостаточности, а в тяжелых случаях — отек легких.

Особо тяжелые и грозные осложнения возникают в *головном мозге*. На фоне выраженного сосудистого спазма и токсического поражения эндотелия сосудов мозга недоокисленными продуктами белкового, углеводного и липидного обмена, повреждения сосудистой стенки иммунными комплексами, здесь развивается периваскулярный и периллюлярный отек,

который клинически проявляется энцефалопатией различной степени тяжести вплоть до эклампсии (отека мозга) или кровоизлияния в мозг.

В *плаценте* развиваются тяжелые дистрофические и некробиотические процессы, ишемические и геморрагические инфаркты, откладываются соли извести, в фибриноид замуровываются ворсины и межворсинчатые пространства. Ослабляется связь плаценты с базальной мембраной миометрия. При этом развивается фетоплацентарная недостаточность, у плода — внутриутробная гипоксия, которая при прогрессировании преэклампсии может привести к антенатальной гибели; часто наблюдается задержка внутриутробного развития и гипотрофия плода. Очень часто на фоне вышеописанных изменений возникает преждевременная частичная или тотальная отслойка плаценты, сопровождающаяся нарушением коагуляционных свойств крови, вплоть до геморрагического и гиповолемического шока.

Детальный анализ литературы и результатов собственного практического наблюдения показал, что главным проявлением гестоза является гипертензия.

Однако, само по себе повышенное давление не является диагностическим критерием артериальной гипертензии у беременных, т.к. не дает информации о выздоровлении, поражении органов мишеней или адекватности диагностики и лечения

В связи с этим, необходима более совершенная классификация артериальной гипертензии у беременных, которая позволит разработать дифференцированную тактику ведения беременности, лечения и родоразрешения.

Классификация гипертензивных состояний, во время беременности предложенная ВОЗ (МКБ-10), является более приближенной, к оценке истинного состояния больной. Если в использованных ранее классификациях диагноз - преэклампсия появляется значительно позже, после отеков, гестоза легкой, средней, тяжелой форм, то согласно классификации ВОЗ уже во II половине, когда к гипертензии присоединяется протеинурия, выставляется диагноз - преэклампсия. Постановка диагноза преэклампсии, требует единственного эффективного метода лечения - родоразрешения на фоне коррекции АД и седативных средств, что уменьшает риск развития энцефалопатии и кровоизлияния в мозг. Своевременная постановка диагноза резко сокращает сроки и тактику консервативного лечения гестоза. В связи с выше указанным, наиболее рациональным является переход на новую классификацию ВОЗ, которая используется во всех родовспомогательных учреждениях Европейского сообщества (18 стран).

#### **Классификация гипертензивных состояний (США - 1990 г).**

- I. Гипертензия не являющаяся специфичной для беременности (хроническая АГ):
  - a. Первичная эссенциальная гипертензия (ГБ).
  - b. Вторичная симптоматическая гипертензия (почечная, эндокринная, болезнь надпочечников, сердечно - сосудистые заболевания).
- II. Переходящая гестационная (транзиторная) гипертензия.
- III. Специфичная для беременных гипертензия (преэклампсия и эклампсия, эклампсия, наслонившаяся на ранее существовавшую гипертензию).

#### **Классификация гипертензивных состояний во время беременности.**

oI. Артериальная гипертензия индуцированная беременностью

ωI.A. Артериальная гипертензия без протеинурии - гипертензия беременности (гестационная гипертензия)

ωI.B. Артериальная гипертензия с протеинурией - преэклампсия

ωII. Хроническая артериальная гипертензия, предшествующая беременности

ωIII. Хроническая артериальная гипертензия с наложившейся преэклампсией или эклампсией

**Гипертензия индуцированная беременностью (ГИБ)** - это повышение АД после 20 недель.

ωПовышение АД во время беременности считается адаптивной реакцией организма, возникающей в ответ на неадекватность перфузии различных отделов сосудистого русла беременной, жизненно важных органов

**Критерии ГИБ:**

ωПовышение диастолического АД выше 90 мм.рт.ст.

ωПовышение систолического АД выше 140 мм.рт.ст. (условно)

ωОб истинном повышении АД можно судить на основании минимум 2-х кратного измерения АД в течение 4 часов

**Факторы риска на развитие ГИБ:**

ω1. Беременность

ω2. Признаки, указывающие на недостаточное увеличение внутрисосудистого объема (повышение Hb выше 130 г/л, повышение гематокрита 40 и более)

ω3. Отсутствие физиологического снижения диастолического АД во втором триместре (ниже 75 мм.рт.ст.)

ω4. Повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. от исходного, но не достигающее 140 мм рт.ст

ω5. Повышение диастолического АД на 15 мм рт.ст. от исходного, но не достигающее 90 мм рт.ст.

ω6. Внутриутробная задержка роста плода

**К группе высокого риска на развитие ГИБ относятся женщины, имеющие:**

- хроническую артериальную гипертензию

- хроническое заболевание почек

- сахарный диабет

- возраст < 16 и >35 лет

- тяжелая преэклампсия при предыдущих родах

- многоплодная беременность

АГ индуцированная беременностью без протеинурии (гестационная артериальная гипертензия)

***Если преэклампсия не подтверждается, то:***

1.Рекомендуется постельный режим в положении на левом боку на 1-2 часа после каждого приема пищи

2. Гипотензивная терапия показана только в тех случаях, когда диастолическое АД превышает 110 мм рт.ст. и начинает реально угрожать матери (угрожающий уровень АД выше 160/110 или среднее АД (САД) выше 125 мм рт.ст.)

3. При гипотензивной терапии не следует снижать АД до низких цифр, достаточно снижение до безопасного уровня 90-100 мм.рт.ст.

$$\text{САД} = \text{АД сист.} + 2 \text{ АД диаст.}$$

3

в норме не должно превышать 85 мм.рт.ст.

### **АГ индуцированная беременностью с протеинурией -преэклампсия**

ω-это артериальная гипертензия + протеинурия во II половине беременности (после 20 нед.)

ωОсновными клиническими проявлениями преэклампсии являются три основных симптома: гипертензия, протеинурия, отеки

Диагностические критерии

ωПо рекомендации ВОЗ преэклампсию подразделяют на 2 формы: **легкую и тяжелую**

**Легкая преэклампсия**- это дважды отмеченный подъем диастолического давления свыше 90 до 110 мм рт.ст. в течение 4 часов с протеинурией свыше 0,3 г/л до 1 г/л

### **Тяжелая преэклампсия**

#### ***Клиническая диагностика преэклампсии легкой степени***

1. **Измерение артериального давления.**  
*Для преэклампсии легкой степени характерно:*  
— АД сист. >140 мм рт. ст. или + 30 мм рт. ст. от исходного;  
— АД диаст. 2: 90 мм рт. ст. или + 15 мм рт. ст. от исходного при двукратном измерении с интервалом 2 часа.
2. **Исследование мочи:**  
*Протеинурией* считается наличие белка в моче >0,3 г/л в любой пробе или >0,033 г/л в суточной моче.  
*Проба с кипячением.* В случае наличия белка и солей при кипячении мочи в верхней части пробирки появляется затуманивание как облачко «преципитации». При добавлении 2-3 капель 2-3% уксусной кислоты или 20% сульфосалициловой кислоты при наличии белка верхняя часть становится еще более мутной, при отсутствии белка помутневшая моча станет прозрачной.
3. **Отеки:**  
— отеки на ногах встречаются более чем у 40% беременных при физиологическом течении беременности;  
— отеки рук и лица — признак преэклампсии;  
— генерализованные отеки (след при надавливании сохраняется спустя 12 часов постельного режима или прибавка массы тела 2000 г за 1 неделю).
4. **Лабораторные исследования.**  
— Общий анализ крови с обязательным определением гематокрита и количества тромбоцитов.  
— Биохимический анализ крови:
  - a. протеинограмма;
  - b. электролитный состав плазмы крови;
  - c. мочевины, креатинина; билирубин;
  - d. печеночные ферменты (АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза).

- Коагулограмма крови,
- Общий анализ мочи.
- Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.
- ЭКГ.
- Электроэнцефалограмма — по показаниям.
- 

## **Тема №22. Современные методы лечения и принципы гипертензивного синдрома.**

### **Принципы лечения преэклампсии легкой степени**

Гипотензивная терапия( коринфар, апрессин, лобеталол, нифидипин)

⊗Магнезиальная терапия. Сернокислая магнезия обладает легким наркотическим, транквилизирующим, диуретическим, гипотензивным, противосудорожным, спазмолитическим эффектом, снижает внутричерепное давление.

Схема применения сульфата магния при легкой преэклампсии

Нагрузочная доза:

- 25% раствор MgSO<sub>4</sub> 4 г (16 мл) в течении 5 минут внутривенно
- Затем сразу 40 мл 25% раствора MgSO<sub>4</sub> по 20 мл (по 5 г) в каждую ягодицу в/м
- ИЛИ 5 мг нифедипина под язык: - если АД не снижается спустя 10 минут дайте дополнительно 5 мг нифедипина под язык.

### *Тактика ведения беременности при преэклампсии легкой степени*

При выявлении клинических признаков преэклампсии необходима госпитализация в реанимационное отделения акушерского комплекса.

В стационаре уточняется акушерская ситуация, с учетом клинико-диагностических исследований и вырабатывается тактика ведения, проводится комплексная интенсивная терапия легкой формы преэклампсии. При положительном эффекте от проводимого лечения беременности пролонгируется до срока жизнеспособности плода или до элективных родов, которые целесообразно индуцировать в 36-37 нед.

В связи с возможной необходимостью индуцирования родов, целесообразно, уже при поступлении в стационар у беременных с легкой степенью преэклампсии начать подготовку родовых путей на любом сроке беременности.

В стационаре на всех этапах ведения пациенток с преэклампсией легкой степени необходим тщательный контроль за состоянием гемодинамики, дыхания, функции почек, печени, динамикой биохимических показателей женщины и состоянием плода. Ежедневно определяют массу тела, АД, уровень белка в моче, креатинина сыворотки крови, количество тромбоцитов.

Следует всегда помнить, что заболевание, зачастую, может не поддаваться лечению и рецидивировать. Часто его прогрессирование наблюдается в условиях стационара на фоне проводимой терапии. Попытки выписать из стационара при этой патологии приводят к повторной госпитализации, и переход более тяжелые её формы.



Родоразрешение является основным этио-патогенетическим методом лечения преэклампсии. Вместе с тем, оно является дополнительной нагрузкой и беременную необходимо подготовить к нему, применяя дородовую интенсивную терапию.

Показаниями к досрочному родоразрешению при преэклампсии легкой степени, является отсутствие эффекта от лечения в течение 7-10 суток.

**Вагинальные роды предпочтительны**, чем кесарево сечение, так как при преэклампсии легкой степени дополнительная хирургическая травма вызывает множество физиологических нарушений, усугубляя тяжесть состояния больной.

При биологической готовности организма к родам («зрелость шейки матки») метод выбора – родовозбуждение путем амниотомии с последующим внутривенным капельным введением окситоцина, простагландина или их сочетаний. При незрелой шейки матки родовозбуждение лучше начинать с простагландинов.

В случае отсутствия эффекта от проводимого родовозбуждения, необходимо решать вопрос об абдоминальном родоразрешении. При этом требуется тщательная оценка состояния матери и плода, оценка эффективности проводимой интенсивной терапии. Необходимым условием проведения операции, является наличие достаточного количества крови, плазмозаменителей.

С целью профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде, третий период ведётся активно. Патологическая кровопотеря у родильниц с преэклампсией должна быть адекватно восполнена. Перевод в послеродовую палату решается через 8-12 часов при стабильном состоянии родильницы.

#### **Реабилитация женщин, перенесших преэклампсию**

Результаты исследований показали, что у 70% женщин имеется склонность к рецидивированию при последующих беременностях, у 80%, перенесших преэклампсию или эклампсию, спустя несколько месяцев после родов отмечаются нарушения со стороны ЦНС, у 20% гипертония, у 15% патология почек, у 25% нарушения зрения.

Это диктует необходимость реабилитационных мероприятий, которые в соответствии с реализуемыми задачами, осуществляются поэтапно:

I этап – проводится после родов, в стационаре. Продолжительность – до недели.

Задача этого этапа устранение остаточных явлений преэклампсии и подбор оптимального метода контрацепции.

II этап – проводится в течении года в поликлинике и СВП, при необходимости в специализированных лечебных учреждениях.

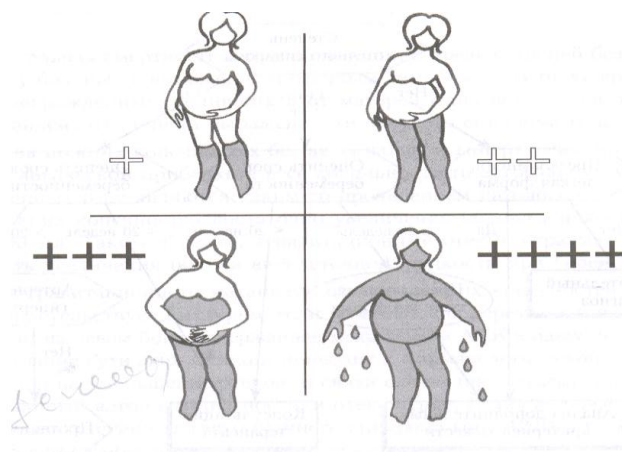
Задачи этого этапа – диагностика и лечение как заболеваний, развившихся в следствии преэклампсии, так и сопутствующей патологии. Необходимо для каждой больной разработать конкретную программу восстановительных мероприятий с учетом возраста, социального статуса, тяжести перенесенной преэклампсии, имевшейся ранее и возникшей после нее патологии, модуса планирования семьи с обеспечением эффективной контрацепции.

III этап – проводится в поликлинике, СВП и специализированных учреждениях.

Задачи этого этапа:

- обеспечение интергенетического интервала между родами не менее 3 лет
- проведение комплексного обследования, консультаций смежных специалистов, за год до планируемой беременности, для решения о возможности или не возможности деторождения.
- женщины, перенесшие преэклампсию, но не планирующие беременность или имеющие противопоказания к ней, должны находиться под наблюдением участкового терапевта, гинеколога и смежных специалистов.

Под термином «преэклампсией» беременных понимают сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно – сосудистой и эндокринной систем, а также нарушений ряда обменных процессов, иммуногенеза и других функций организма беременной.



**Рисунок 15. Классификация степени тяжести отечного синдрома.**

Необходимо подчеркнуть что токсикозы беременных, в том числе и преэклампсия встречаются только у человека с его высокой развитой нервной системой. При этом важнейшим патологическим звеном в развитии токсикоза является функциональные расстройства нервной системы. На протяжении веков преэклампсию описывали под такими названиями, как родильные судороги, родильный нефрит и альбуминурия, эклампсия и преэкламптическая токсемия, токсикоз беременных и нефропатия. Сравнительно недавно появились термины гестоз, артериальная гипертензия, обусловленная беременностью, и преэклампсия.

Модный сегодня во всем мире термин преэклампсии и ввел в клиническую практику сотрудник Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии С.Д. Михнов в 1898 году, описал клинические предвестники эклампсии

Преэклампсия возникает преимущественно во второй половине беременности.

Данная патология часто наблюдается у первородящих и особенно среди юных до 18 лет, а также у беременных и рожениц старше 30 лет.

Преэклампсия является одной из ведущих причин материнской смертности 20 лет.

### ***ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.***

Несмотря на большое число теорий выдвинутых разными авторами в разное время для объяснений этиологий преэклампсии, его природа до последнего времени остается неясным.

Исторически одной из первой было выдвинута так называемая инфекционная теория авторы пытались доказать вирусную природу заболевания.

### ***ПОЧЕЧНАЯ ТЕОРИЯ***

Многие авторы пытались объяснить возникновение заболевание повышением выработки ренина которой соединяясь Л 2 глобулином крови образует гипертензин которой вызывает повышении А/Д.

### ***ЭНДОКРИННАЯ ТЕОРИЯ.***

**Плацентарная теория** объясняет развитие позднего токсикоза, нарушением гормональной функции и морфологическими изменениями в плаценте.

### ***АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ***

Странники аллергической теории полагают, что в основе заболевания лежит поступление от плода или плаценты в организм матери белковых субстанций имеющих значение аллергенов.

### **Классификация гипертензивных расстройств во время беременности (МКБ-10)**

- Хроническая гипертензия 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

### ***Факторы риска развития преэклампсии:***

- первые роды;
- возраст старше 40 лет;
- юная первородящая;
- семейный анамнез преэклампсии;
- тяжелая преэклампсия в анамнезе, при предыдущей беременности;
- ожирение (увеличение индекса массы тела);
- хроническая артериальная гипертензия или почечная патология;
- сахарный диабет;
- заболевание почек;
- многоплодная беременность;
- резус – конфликт;

- антифосфолипидный синдром;
- сосудистая патология;
- низкий социальный статус

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.**

Гипертония, отеки, и протеинурия остаются наиболее важными клиническими признаками этого состояния. Дискутабельна степень повышения кровяного давления, требуемого для постановки диагноза гипертонического расстройства беременности и инструментов для его измерения.

#### ***АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.***

Диагноз гипертонии ставится тогда, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм рт.ст. при разовом измерении или превышает или равно 90 мм рт.ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа.

Диагноз тяжелой гипертонии ставится тогда, когда диастолическое давление равно или превышает 120 мм рт.ст. при разовом измерении, или равно или превышает 110 мм рт.ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа. Несмотря на повышенные цифры АД, значительное число беременностей протекает нормально, указывая, что в некоторой степени гипертония положительно воздействует на адекватный маточно-плацентарный кровоток в условиях повышенного сосудистого спазма.

#### **Параметры артериального давления**

*Таблица 1*

<b>Диастолическое АД &gt; 90 мм рт.ст</b>
<i>Или</i>
<b>Повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. и более</b>
<i>Или</i>
<b>Повышение диастолического АД на 15 мм рт.ст. и более</b>

*\* За исходный уровень артериального давления принимают результаты измерения артериального давления, которые были получены до 20-й недели беременности.*

#### ***ПРОТЕИНУРИЯ***

Протеинурией считают потерю 300 мг белка в сутки или свыше 1 г/л в любой порции мочи. Высокий уровень протеинурии не только подтверждает диагноз, но и прямым образом ухудшает прогноз, как для матери, так и для плода.

В своевременную классификацию преэклампсии отеки не включены главным образом потому, что встречаются они у 80 % беременных женщин, которые практически здоровы. Против такого подхода есть несколько аргументов:

- во – первых, у 85 % женщин с преэклампсией имеющиеся отеки часто связаны с патологической прибавкой в весе за счет задержки жидкости;
- во – вторых, сам по себе отечный синдром необходимо соотносить с другими признаками преэклампсии и степенью его выраженности.

**Тема 23 : Беременные с высоким риском на гипертензивный синдром.**

*Эклампсия – это состояние, при котором в клинических проявлениях преэклампсии преобладают поражения головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой.*

**Признаки и симптомы эклампсии**

**Таблица 2**

<p><b>Центральная нервная система</b></p> <p>Головная боль</p> <p>Головокружение</p> <p>Металлический привкус</p> <p>Сонливость</p> <p>Лихорадка</p> <p>Гиперрефлексия</p> <p>Диплопия</p> <p>Скотомы</p> <p>Затуманенное видение</p> <p>Внезапная слепота</p> <p><b>Сердечно-сосудистая система</b></p> <p>Гипертония</p> <p>Изменение показателей дыхания</p> <p>Тахикардия</p>	<p><b>Желудочно-кишечный тракт</b></p> <p>Тошнота</p> <p>Рвота</p> <p>Боль в эпигастрии</p> <p>Увеличение и болезненность печени</p> <p>Кровь в содержимом кишечника</p> <p><b>Почечная система</b></p> <p>Протеинурия</p> <p>Отеки</p> <p>Олигурия или анурия</p> <p>Гематурия или гемоглобинурия</p>
---	--

**Наиболее опасные осложнения преэклампсии, сопровождающиеся высокой летальностью, следующие:**

- аспирационный синдром;
- HELLP – синдром, субкапсулярные гематомы и разрывы печени;
- Эклампсия;
- Острая почечная недостаточность;
- Гипертоническая энцефалопатия и кровоизлияния в головной мозг;
- ДВС синдром и геморрагический шок;
- Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- Синдром острого легочного повреждения (СОЛП).
- Преэклампсические кризы

**Нарушение зрения и неврологическая симптоматика** включают в себя фотофобию, диплопию, скотому и амавроз. Эти различные клинические проявления нарушения зрения встречаются у 25 % женщин с преэклампсией. Потеря зрения – к счастью, довольно редкое осложнение, встречающееся у 1-3 % женщин с эклампсией. В большинстве случаев потеря зрения обусловлена поражением сетчатки, включающим в себя отек, сосудистые изменения и отслойка сетчатки.

Оправданным выглядит включение в число дополнительных критериев головную боль. Хотя поводов для возникновения ее у человека более чем достаточно, тем не менее этот симптом встречается у 40 % беременных с преэклампсией и у 80 % беременных женщин, у которых в последствии развивается эклампсия.

Сбор анамнеза у беременной с измененными печеночными пробами отличается от такового у других больных. Зуд – это характерный признак холестаза беременных. Обычно он всего сильнее на ладонях и стопах, а затем начинает распространяться по всему телу. За зудом часто следует желтуха. Нередко именно кожный зуд является кардинальным симптомом, который позволяет дифференцировать внутрипеченочный холестаз беременных от других состояний.

Необходимо обращать внимание на локализацию боли, ее продолжительность и характер. Боль в правом верхнем квадранте живота свидетельствует, вероятнее всего, об острой жировой дистрофии, особенно в конце беременности. Схваткообразная боль в правом подреберье, порой сопровождающаяся лихорадкой, скорее всего, указывает на холестаз или желчную колику. В числе других важных симптомов, на которые следует обратить внимание: головная боль, лихорадка, периферические отеки, пенистая моча, олигурия, бессонница, изменения стула (например, ахолия или диарея), потеря или резкая прибавка веса, головокружение, любая очаговая неврологическая симптоматика.

**Эклампсические судороги** – часто могут развиваться, без какой – либо предшествующей ауры. В то же время части пациенток судорожному синдрому могут предшествовать чувство страха, повышенная возбудимость и гиперрефлексия. У 80 % пациенток эклампсические судороги возникают до или во время родов. Несмотря на то что существуют описания эклампсии даже спустя 23 суток после родов, при возникновении эклампсии спустя 24 часа после родов необходимо исключить другие мозговые явления, которые могли послужить причиной.

**Отек легких** – самое частое осложнение преэклампсии и эклампсии, однако встречается в 2,9 % случаев. В 70 % случаев отек легких развивается спустя 71 час после родов, причем в большинстве своем без каких-либо клинических предвестников дыхательной недостаточности [Oriole N.E.]. Довольно часто возникают трудности в дифференциальной диагностике отека легких у этих больных, поскольку в каждом

конкретном случае может преобладать как гидростатический компонент (так называемый кардиогенный, хотя, по сути, это неправильное определение), так и патологическое повышение проницаемости альвеола – капиллярной мембраны. От правильного понимания генеза отека легких зависит эффективность интенсивной терапии.

### **Дифференциальная диагностика судорожного синдрома у беременных.**

*Таблица 3*

<b>Эпилепсия</b>	<b>Эклампсия</b>	<b>Псевдосудороги</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Судороги стереотипны	Больная проходит типичные фазы развития судорожного припадка	Нет стереотипа судорожных припадков
Провоцируются травмой или болью	Чаще провоцируются быстрым подъемом АД	Не бывает «без зрителей»
Эффективны ПСП	Хорошо купируются сульфатом магния	Часто эмоциональное возбуждение, не поддаются действию ПСП
В анамнезе может быть, но не обязательно, алкоголизм или наркомания	Анамнестические данные отсутствуют	В анамнезе сексуальное насилие, алкоголизм или наркомания.
Внезапное начало, но возможно аура.	Судорогам часто предшествует головная боль, зрительные нарушения, боли в эпигастральной области.	Постепенное начало

Полная потеря сознания. Несинхронные движения.	Полная потеря сознания, движения во время приступа хаотичны.	Колебание уровня сознания, чаще оно сохранно. Движения сохранены.
Типичный припадок для данного больного.	Фибриллярные подергивания мышц лица, верхних и нижних конечностей.	Движения головы из стороны в сторону, движения таза, тремор рук.
Тихая, монотонная речь.	Речь отсутствует.	Крики, вопли.
Движения от быстрых до медленных, по определенной программе.	Движения хаотичны.	Длительное напряжение мышц, ригидность.
Могут быть во время сна ( сон подтвержден по ЭЭГ )	Никогда не бывают во время сна.	Никогда не бывают во время сна.
Проходит быстро (1-2мин.). Затем послеприпадочный сон.	Может быть серия повторяющихся судорожных припадков.	Продолжительность самая различная
Больная не помнит припадка	Больная не помнит припадка	Больная все помнит
Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции сохранены.
Зрачки обычные или сужены	Зрачки широкие	Зрачки обычные
Движений глазных яблок нет	Движений глазных яблок нет	Геотропные движения глазных



		яблок.
Креатинкиназа после припадка повышена	Креатинкиназа может быть повышена	Креатинкиназа в норме
Судороги невозможно прекратить внушением	Судороги совершенно невозможно прекратить внушением	Судороги можно прекратить внушением
Ацидоз	Ацидоз	РН крови в норме

### Лечение и профилактика преэклампсии.

Профилактика преэклампсии является главным разделом стратегии лечения преэклампсии. Широко известна эффективность сульфата магнезии, применяемого для этой цели, а в опубликованных сериях докладов о случаях, когда применялся сульфат магнезии, документированы результаты лечения в отношении матери и плода. Выбор пациента для профилактики все еще противоречив, и нет данных, имеющих прямое отношение к этому вопросу. Поскольку достаточные доказательства свидетельствуют, что риск и временной интервал прогрессирования болезни от преэклампсии до эклампсии не предсказуем, профилактика судорог парентеральным введением магнезии рекомендуется всем пациенткам с ясно выраженной преэклампсией. Профилактику следует продолжать в раннем послеродовом периоде, поскольку риск возникновения судорог наиболее велик в период родов и в течение 24 часов после родов.

**Метилдопа** – центральный пресинаптический  $\alpha_2$  – адреноблокатор – широко применяется для лечения АГ у беременных. Доза препарата составляет от 500 до 2000 мг в день, назначается в несколько приемов. Препарат в большей степени экскретируется почками.

**Бета – адреноблокаторы** применяются для лечения артериальной гипертензии у больных с гипертрофической кардиомиопатией, мигренозными головными болями и аритмиями. Бета – блокаторы особенно показаны для лечения артериальной гипертензии у больных с синдромом Марфана и коарктацией аорты. Осторожность необходима у беременных с бронхиальной астмой или хронической легочной патологией.

**Лабеталол**, комбинированный альфа и Бета -адреноблокатор, особенно выгодно использовать для внутривенного введения при лечении неотложных гипертонических состояний во время беременности и родов.

Среди относительно новых антигипертензивных препаратов для лечения неосложненной артериальной гипертензии, на фоне которой протекает беременность, в последнее десятилетие очень популярны стали антагонисты кальция.

**Нифедипин**, препарат из группы дигидропиридинов, мало влияя на сердце, действует, в основном, как вазодилататор. Он широко используется при преждевременных родах, поскольку не обладает отрицательным действием на плод. Широкомасштабных исследований по лечению этим препаратом хронической артериальной гипертензии у беременных не проводилось. Но препарат постепенно завоевывает все большую популярность, особенно его лекарственная форма «ретард» с медленным высвобождением в кишечнике, которую можно принимать один раз в день. Дозы, применяемые для лечения артериальной гипертензии (от 30 до 60 мг в день), выше тех, которые применяются для токолиза.

**Верапамил**, другой препарат из группы антагонистов кальция, обладает прямым отрицательным инотропным и хронотропным эффектом, безопасен для беременных при лечении суправентрикулярных аритмий и гипертрофической кардиомиопатии и является эффективным антигипертензивным препаратом в дозах от 120 до 360 мг в день. Он может быть использован вместо бета– адреноблокаторов, если требуется замедление сердечного ритма у больных с бронхиальной астмой. Препарат оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта, может приводить к запором которые у беременных и так бывают очень часто.

### ***ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ***

Проводится под контролем почасового диуреза. ЦВД, Нт и ОЦК.

#### ***Рекомендуется инфузионные средства:***

- 7,5 % натрий хлор 2 мл/кг масса тела
- Стабизол, рефортан.
- Реополиглюкин
- СЗП или Альбумин 20 %

#### **ИТТ при отеке мозга базируется на четырех основных принципах;**

- малый объем;
- сочетание кристаллоидов и коллоидов;
- применение растворов крупно молекулярных ГЭК (стабизол)
- применение гипертонических солевых растворов.

#### **Протокол инфузионно – трансфузионной терапии акушерских кровотечений**

**КРОВОПОТЕРЯ I ст.**



**КРОВОПОТЕРЯ < 650 мл**

**РЕФОРТАН 650 мл**



**КРИСТАЛЛОИДЫ 500 мл**



**КРОВОПОТЕРЯ II ст.**



**КРОВОПОТЕРЯ 650 - 1000 мл**

**РЕФОРТАН 650 - 1000 мл**



**КРИСТАЛЛОИДЫ 1000 мл**



**КРОВОПОТЕРЯ III ст.**



**КРОВОПОТЕРЯ 1000 - 2000 мл**

**РЕФОРТАН 1000 - 2000 мл**



**КРИСТАЛЛОИДЫ 1000-1500 мл**



**КРОВОПОТЕРЯ IV ст.**



**КРОВОПОТЕРЯ > 2000 мл**

**РЕФОРТАН 1500 мл**



**КРИСТАЛЛОИДЫ 1500-2000 мл**



- 1) Трансфузия СЗП (свежезамороженной плазмы) может быть заменена введением плазматических факторов свёртывания крови.
- 2) Трансфузия эритроцитной массы при снижении показателя гемоглобина <80 г/л, гематокрита <25%.
- 3) Показание для трансфузии тромбоцитарной массы - уменьшение количества тромбоцитов менее  $70 \times 10^3 / \text{мл}$ .

**СЗП**

**250-500 мл**

**ЭРИТРОЦИТАРНАЯ МАССА**

**250-500 мл**



*Рисунок 16*

### *ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.*

Радикальное лечение эклампсии – это родоразрешение. Но в тех случаях, когда не проведена подготовка, роды (через естественные родовые пути или операция кесарево – сечения) могут привести к жизненно опасным осложнениям и для матери, и для плода. Экстренное родоразрешение, предпринимаемое сразу же после приступа судорог, без предварительной подготовки значительно увеличивает риск акушерских и анестезиологических осложнений. Мы считаем, что подготовка к родоразрешению должна занимать около двух часов, за исключением тех осложнений эклампсии, которые требуют экстренного родоразрешения.

#### **Необходимый объем обследования:**

- Клинический анализ крови, включая тромбоциты и гематокрит.
- Биохимический анализ крови:
  - общий белок, альбумин,
  - креатинин, мочевины,
  - билирубин (прямой, непрямой),
  - АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ,
  - Свободный гемоглобин крови,
  - Глюкоза крови,
  - Электролиты.
- Анализ мочи на белок (в однократно взятой порции)
- Анализ суточной мочи на белок (повторно).
- Свободный гемоглобин мочи.
- Исследование глазного дна.

Подготовка к родоразрешению обычно совпадает по времени с началом интенсивной терапии.

#### **Первичная помощь при эклампсии.**

- положить женщину на спину
- обеспечение проходимости дыхательных путей
- дать гипотензивные и седативные средства
- важно, чтобы женщину перевезли в надлежащее безопасное место для родов и последующего ухода.

***Помните: Эклампсия – состояние, угрожающее жизни матери и плода.***

Далее:

- ИВЛ в режиме гипервентиляции + П.Д.К.В (+ 4-8 мм вод. ст.) с постоянной оксигенацией.
- Противосудорожная терапия с комплексом средств (желательно без барбитуратов и Г.О.М.К.)
- Катетеризация магистральных вен и измерять ЦВД.
- Инфузионно – трансфузионная терапия под контролем ЦВД (оно не должно быть выше 130 мм.вод.ст.) диуреза, А/Д, пульс, температура, с стимуляцией диуреза салуретиками.

При И.Т.Т. используются онкотически активные препараты – Реополиглюкин, альбумин, препараты Г.Э.К–6%, С.З.П. и концентрированные растворы натрия хлорида.

- Досрочное родоразрешение;
- А.Б. – терапия (цефалоспорины, аминогликозиды);
- Средства улучшающие мозговой кровоток и метаболизм (сермион, кавинтон, ноотрапил и т.д.);
- Улучшающие сократительную способность миокарда (сердечные гликозиды, кораноролитики);
- Улучшающие реологию крови (гепарин до 300 ЕД (кг, курантил, копламин);
- Иммуномодуляторы (тималин, иммуномодулин, Т-активин);
- Экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбция, гемофильтрация, плазмофарез);
- Общеукрепляющая и витаминотерапия.

## ***ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ***

### **АСПИРИН**

Начальные клинические испытания аспирина были весьма обнадеживающими, демонстрируя снижение заболеваемости преэклампсией примерно, на 75%. Результаты последних, более широких испытаний продемонстрировали меньшее преимущество от терапии аспирином. В целом, все эти испытания показали наибольшую, но значимую пользу аспирина в профилактике преэклампсии у женщин группы высочайшего риска. Эти испытания не установили наличия каких-либо последствий или вредного воздействия аспирина на женщину и плод. Хотя энтузиазм в этом отношении утих, аспирин, назначаемый в дозе 81 мг в день с начала второго триместра беременности до самих родов, может использоваться для профилактики преэклампсии у женщин в группе высочайшего риска, например, у женщин с преэклампсией в анамнезе или другими более значимыми видами риска (таблица 3). Аспирин не показан для назначения не отобранному специально, здоровым, нерожавшим женщинам.

### ***КАЛЬЦИЕВАЯ ДОБАВКА***

Единственное, хорошо спланированное испытание добавки, содержащей 2 мг кальция в день, назначаемой здоровым нерожавшим женщинам на 20-й неделе беременности, показало существенное снижение риска возникновения транзиторной гипертонии, но не преэклампсии. Как и с аспирином, наиболее значительные состояния матери и плода не подверглись влиянию назначаемого кальция. Не сообщалось о побочных явлениях при приеме кальция.

### **Роль медицинской сестры с высшим образованием при ведении беременности и родов у женщин с преэклампсией.**

При поступлении беременной женщины в стационар мед.сестра с высшим образованием должна собрать полный анамнез. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза, измерять артериальное давление, обратить внимание на отеки (степень). До прихода врача мед.сестра должна ставить свой диагноз определять степень тяжести преэклампсии и сопоставить с врачебным диагнозом.

Если женщина поступила в тяжелом состоянии (преэклампсия тяжелой степени и эклампсия), она должна уметь оказать первую доврачебную помощь. Она должна хорошо уметь собрать и знать все лабораторные анализы необходимые при преэклампсии и оказать первичную помощь при эклампсии. Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, мед. сестра не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с преэклампсией, как правило необходимо проводить в род.зале с врачом. В род.зале наблюдение за роженицей с преэклампсией акушерка вместе врачом акушер-гинекологом и реаниматологом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед.сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода.

## **Тема 24: Синдром гипертермия ,болей и общего недомогания в акушерстве. Анемия и беременность.**

**Экстрагенитальные заболевания** – это заболевания, не связанные с беременностью. Без сомнения, заболевание и беременность обычно отрицательно действуют друг на друга.

При постановке беременной на учет ее осматривают специалисты и решают вопрос о возможности вынашивания беременности.

Беременность при сердечно – сосудистой патологии протекает с осложнениями. При активной фазе, пороках сердца значительно чаще бывают преждевременные роды, отек и инфаркт легких, пневмония, тромбофлебит. Наличие хронической гипоксии у беременной, изменения в плаценте являются причиной гипотрофии, а иногда и внутриутробной гибели плода.

**Гипертоническая болезнь** значительно ухудшает течение беременности: отмечается ее преждевременное прерывание, присоединившаяся преэклампсия, ее тяжелое течение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипоксия и гипотрофия плода.

У беременных с заболеваниями **мочевыделительной системы** (пиелонефрит, нефрит, мочекаменная болезнь) возникает ряд функциональных сдвигов, способствующих развитию инфекции мочевых путей.

#### ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Железодефицитная анемия (ЖДА) – одно из наиболее распространенных заболеваний человека, поражающее около 25% населения земного шара. ЖДА – это состояние, при котором запасы железа в организме недостаточны для нормального гомеостаза, то есть потребности превышают физиологическое поступление железа. Наиболее часто ЖДА болят дети в период усиленного роста (первый период – второй год, когда ребенок быстро растет; и второй – период полового созревания, когда у девочек появляется дополнительный расход железа в виде менструаций), молодые девушки, беременные. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных достигает 80–90%. Известно, что ЖДА может вызвать ряд осложнений как у матери, так и у плода: невынашивание, гестоз, хроническую гипоксию плода, синдром задержки развития плода, аномалию родовой деятельности и др. Развитие анемии у беременных может быть обусловлено патологией печени (хронический гепатит, гепатоз), тяжелым гестозом, когда возникает нарушение депонирования в печени ферритина и гемосидерина, а также недостаточность синтеза белков, транспортирующих железо.



### **Рисунок 17**

Помимо беременности, наиболее частыми причинами ЖДА могут быть повышенная кровопотеря во время менструации (гиперполименорея, миома матки, аденомиоз и др.), незначительные часто повторяющиеся кровотечения из желудочнокишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, варикозное расширение вен пищевода, дивертикулы, геморрой и др.), а также нарушение всасывания железа в желудочнокишечном тракте.

Реже дефицит железа связан с недостаточным его поступлением в организм, что наблюдается при хроническом недоедании и голодании, ограничении питания с лечебной целью, однообразной пище с преимущественным содержанием жиров и сахаров.

Развитие ЖДА связано с физиологической ролью железа в организме и его участием в процессах тканевого дыхания

Железо является одним из наиболее распространенных микроэлементов в организме человека. Оно обеспечивает перенос кислорода, участвует в окислительных процессах, синтезе иммуноглобулинов, коллагена, порфирина, влияет на количество и функциональные свойства Т-лимфоцитов, входит в состав нервных клеток и т.д.

Различают два вида железа:

- Экзогенное (алиментарное) – в организм поступает только с пищей.
- Эндогенное – железо которое содержится в организме (в гемоглобине, миоглобине, в тканевых ферментах, в плазме, в органах – печени, селезенке, костном мозге).

Организм человека содержит от 4 до 5 г железа в форме гуминовых и негуминовых соединений. Среди гуминовых наибольшее количество, примерно 3000 мг, находится в гемоглобине, дыхательные ферменты клеток (цитохромы, каталаза, пероксидаза) содержат 25 мг. В то же время организм располагает богатым резервом негеминных соединений до 1500 мг, которые в форме ферритина и гемосидерина отлагаются в печени, селезенке и костном мозге. К ним, в частности, относится и сывороточное железо, предназначенное для пополнения суточных затрат железа.

Железо, как и некоторые другие микроэлементы, выделяется из организма в очень небольших количествах (1–1,5 мг), поскольку эндогенный обмен происходит почти полностью за счет железа, содержащегося в гемоглобине, откуда оно получается при физиологической деструкции старых эритроцитов в костном мозге. Гемолиз осуществляется макрофагами, а расщепление гемоглобина протекает в двух направлениях – с образованием продуктов, содержащих и не содержащих железо.

Суточная потеря железа минимальна и связана со слущиванием клеток кишечного эпителия, десквамацией покрова кожи и отторжением ее придатков (волос, ногтей), малое количество микроэлемента выводится с потом, мочой. Общее количество выделенного железа составляет примерно 1 мг, однако у женщин репродуктивного периода оно в 2 раза больше ввиду менструальной потери.

Но какой бы не была потеря Fe, ее необходимо возместить. Это осуществляется приемом железа с пищей. В составе смешанной пищи ежедневно в организм поступает около 20–30 мг железа. Но это в основном трехвалентное железо, и оно связано с протеином, образуя труднорастворимые органические соединения. Его надо переработать и



редуцировать в двухвалентное, что происходит в основном под влиянием различных кислот в желудочно–кишечном тракте. Таким образом, в кишечник поступает всего 10–15 мг Fe, подходящего для резорбции. Эпителиальные клетки двенадцатиперстной кишки и верхней части тощей кишки всасывают значительные количества железа, но при этом только 10–15% Fe<sup>2+</sup> переходит в кровь, связываясь с трансферрином. Большая часть его остается в эпителиальных клетках кишечника и выбрасывается наружу вместе с ними при их слущивании.

Беременность, как чрезвычайно активный процесс, конечным результатом которого является создание нового организма, требует железо в больших количествах. Надо иметь в виду, что два триместра беременности, до VI лунного месяца включительно, может наблюдаться даже повышение сывороточного железа. Это связано с тем, что с начала гестации менструации прекращаются, в связи, с чем организм женщины экономит, а не расходует железо. Кроме того, в первые месяцы беременности нет интенсивного расходования железа, и только начиная с VII лунного месяца, организм женщины нуждается во все возрастающих количествах железа для удовлетворения собственных потребностей, увеличенной массы крови и создания фетоплацентарного комплекса.

Многочисленные исследования показали, что поступление железа из крови к плоду осуществляется через плаценту. Установлено, что принятое матерью железо уже через 40 минут появляется в плазме плода, а через два часа в его эритроцитах. Однако плод расходует железо не только для своих эритроцитов, но и для собственного развития, а в последние два месяца беременности еще и для образования резервов в печени, селезенке и костном мозге. Таким образом, в 3 триместре беременности материнский организм лишается железа в следующих количествах:

1. для формирования плода 300 мг
2. для плаценты, пуповины 100 мг
3. для 20кратного увеличения размеров матки 50 мг
4. для собственных потребностей тела 170 мг
5. для увеличения эритроцитарной массы 450 мг

**Всего 1070 мг**

Но следует иметь в виду, что менструации у женщины отсутствовали, и организм женщины экономил железо, хотя и в небольшом количестве всего лишь 40 мг. В то же время резорбция алиментарного железа в кишечнике постепенно увеличивается до 2,5-3-3,5 мг в сутки, так что общее количество сэкономленного и резорбцированного железа во время беременности составляет в среднем 820 мг (рис. 2), расход железа превышает его поступление в среднем на 250мг. В физиологических условиях эта недостаточность компенсируется выведением из депо запасов железа, что не отражается на общем состоянии и гематологических показателях. Исключение составляет сывороточное железо, которое после VII лунного месяца уменьшается приблизительно на одну треть с 120 до 80 мкг% и остается таким до конца беременности.

В тех случаях, когда потребление выше (близнецы), депо бедно железом или нарушена резорбция, сидеропения прогрессивно усугубляется, уровень сывороточного

железа падает ниже 60мкг%, а железо–связывающая способность нарастает более чем на 400 мкг%. Тогда сидеропения становится явной, и в таких случаях необходимо выяснить, связана она с беременностью или является следствием других состояний.

### **Клиника.**

От тяжести ЖДА судят по уровню гемоглобина: легкая степень характеризуется снижением гемоглобина до 110-90 г/л, средняя от 89 до 70 г/л, тяжелая 69 г/л и менее. Клиническая симптоматика обычно появляется при средней степени тяжести заболевания, при легкой форме анемии беременная может не предъявлять жалоб и объективными признаками будут только лабораторные показатели. ЖДА обычно диагностируется во второй половине беременности. Клиническая картина зависит от степени дефицита железа, недостаточности гемоглобина и симптомов, вызванных дефицитом железосодержащих ферментов.

В своем развитии железodefицитная анемия проходит два периода: скрытого дефицита и явной анемии, вызванных дефицитом железа. В период скрытого дефицита железа многие субъективные жалобы и клинические признаки, характерные для ЖДА, не выражены или отсутствуют вовсе. По мере прогрессирования заболевания, появляется слабость, головокружение, головная боль, сердцебиение, одышка, обмороки, снижение работоспособности, бессонница. Эти симптомы не специфичны для ЖДА и могут наблюдаться при анемиях другой этиологии. Патогномичным для ЖДА можно считать изменения кожи, ногтей, волос, мышечную слабость, соответствующую степень анемии, извращение вкуса.

Кожа становится более бледной, сухой, на ней появляются трещины, нередко наблюдается желтизна рук и треугольник под носом вследствие нарушения обмена каротина. Возникает ангулярный стоматит: трещины в углах губ. Изменяется форма ногтей: они уплощаются, становятся ломкими. Появляется покраснение и болезненность языка, при атрофии его сосочков развиваются явления глоссита (чаще он встречается при В<sub>12</sub>дефицитной анемии). Волосы становятся сухими, ломкими, начинают выпадать. Нередко у больных отмечается "синева" склер, которая объясняется просвечиванием сосудистых сплетений. Мышечная слабость заставляет отказаться от привычной нетяжелой физической работы. Возможно нарушение функции сфинктеров и вследствие этого непроизвольное мочеиспускание. Появляется извращение вкуса и обоняния: желание есть мел, ластик, глину, сырые крупы, нюхать жидкости с резким запахом (керосин, ацетон и др.).

Печень и селезенка при ЖДА не увеличивается. Наблюдаются симптомы поражения сердечнососудистой системы: сердцебиение, одышка, боли в груди, иногда отеки на ногах. Артериальное давление может быть снижено. У многих больных выслушивается систолический шум на верхушке сердца и в точке проекции легочной артерии. При тяжелой форме ЖДА, которая относительно редко встречается в России, развивается анемическая миокардиодистрофия.

Анемия осложняет течение беременности и родов. Часто (40-50%) присоединяется преэклампсия, преждевременные роды наступают у 11-42%, гипотония и слабость родовой деятельности отмечается у 10-15%, кровотечения в родах возникают у 10% рожениц, послеродовой период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией у 38% родильниц. Неблагоприятное влияние анемия беременных оказывает и на внутриутробное состояние плода, способствует развитию фетоплацентарной

недостаточности, внутриутробной задержке роста плода. Тяжелые формы ЖДА могут стать причиной перинатальной заболеваемости и смертности.

Установлено, что дефицит железа у беременных приводит к развитию ЖДА у новорожденных, что неблагоприятно сказывается на умственном и моторном развитии ребенка, может стать причиной серьезных нарушений иммунного статуса в раннем неонатальном периоде. Почти у половины детей, рожденных матерями с ЖДА, к концу первого года жизни диагностируется анемия.

Таким образом, транспорт железа к плоду является активным процессом, а количество этого железа находится в прямой зависимости от его содержания в плазме матери. Даже при наличии у матери латентной сидеропении запасы железа у новорожденного уменьшены, что может явиться причиной развития сидеропении и анемии у новорожденных.

### **Диагностика ЖДА.**

Во время беременности наиболее достоверна лабораторная диагностика ЖДА. По данным ВОЗ, критериями железодефицитной анемии беременных являются:

- Содержание гемоглобина 110 г/л и ниже;
- Количество эритроцитов менее  $3,5 \times 10^{12}$  г/л;
- Снижение цветового показателя ниже 0,85;
- Гематокрита ниже 0,33;
- Содержание сывороточного железа ниже 12,5 мкмоль/л.

Основными показателями ЖДА, отличающими ее от других вариантов анемий, являются низкий цветовой показатель, гипохромия эритроцитов, снижение содержания сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки и клинические признаки гипосидероза.

При гипохромной анемии, как правило, изменена морфология эритроцитов: они различной формы (пойкилоцитоз), неодинаковой величины (анизоцитоз), в мазке крови встречаются мелкие клетки (микроцитоз средний эритроцитарный объем менее  $80 \text{ мкм}^3$ ). Короткоживущие формы эритроцитов пойкилоциты и анизоциты образуются вследствие нарушения электролитного баланса красных кровяных телец, изменения структуры мембранного белка спектрина. Содержание ретикулоцитов нормальное (1,2%) или несколько повышено. В костном мозге при ЖДА наблюдается гипохромия и микроцитоз эритроцитов.

Большое диагностическое значение имеет определение сывороточного железа. При ЖДА содержание сывороточного железа менее 12,5 мкмоль/л. Для получения достоверных результатов пациентка не менее 5-7 дней до взятия крови на исследование не должна принимать препараты железа.

### **Дифференциальная диагностика.**

ЖДА следует отличать от сидероахрестической анемии и талассемии (один из видов наследственной гемолитической анемии). При сидероахрестической анемии вследствие

генетического или приобретенного нарушения обмена порфиринов железо не поступает в эритроидные клетки. В результате этого развивается анемия с резким снижением цветового показателя при повышенном содержании железа сыворотки. В костном мозге отмечаются признаки раздражения красного ростка, повышенное содержание эритроидных клеток с включением железа.

При талассемии отмечается умеренное снижение гемоглобина при значительном снижении цветового показателя, уровень сывороточного железа повышен. Характерно наличие мишеневидных эритроцитов. Одновременно выявляются все симптомы гемолитического синдрома.

ЖДА следует дифференцировать и с мегалобластными анемиями, обусловленными нарушением в костном мозге образования дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) прежде всего за счет дефицита витамина В<sub>12</sub> и фолиевой кислоты. В клинической картине отмечается гиперхромная, реже нормохромная анемия. При этом содержание железа сыворотки бывает обычно нормальным или даже несколько повышенным.

При всех перечисленных формах анемии лечение препаратами железа не показано.

### **Лечение ЖДА.**

#### **К комплексным пероральным препаратом железа относится:**

1. Феромакс по 1 капсуле один раз в день до еды 1-1,5 часа. При выраженной анемии по 1 капсуле 2 раза в день. Курс лечения 2-6 месяцев.

2. Витарич – витаминно-минеральный комплекс по 1 капсулы 1 раз в день после еды в течение 1 месяца.

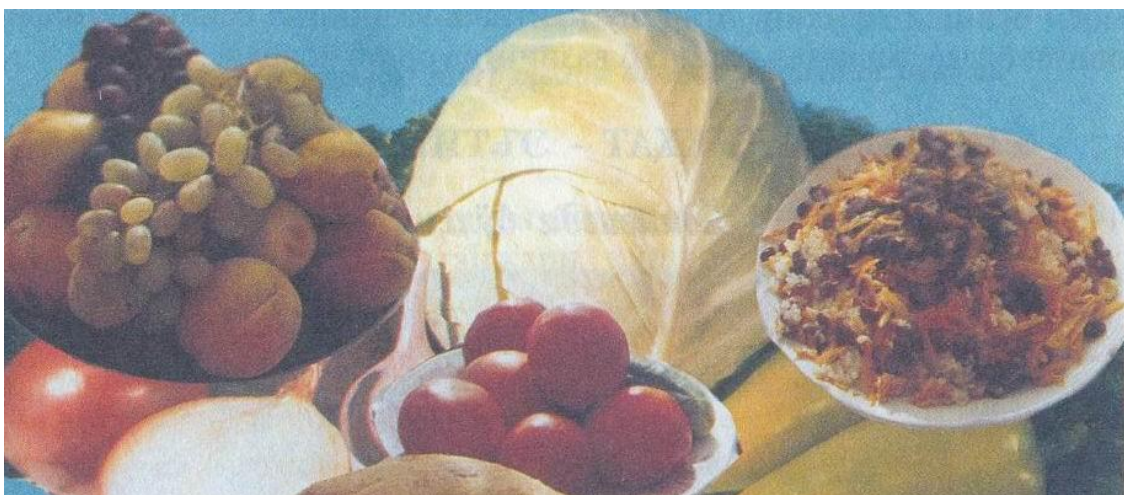
3. или Феррум Лек (жевательные таблетки, сироп, капли).

а) жевательные таблетки 1 таблетке в любое время возможно с небольшим количеством жидкости.

б) сироп: обычная суточная доза – две дозировочные (или чайные) ложки, двукратно, перед едой.

в) капли: обычная суточная доза составляет по 15 капель дважды в сутки во время или после еды.

**Длительность приема препаратов в этой дозе определяется врачом, учитывая степени анемии.**



## **Тема № 25: Синдром гипертермия ,болей и общего недомогания в акушерстве.Пиелонефрит и беременность.**

В последнее десятилетие участились заболевания почек у женщин, в частности у беременных. Болезни почек оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода.

Среди патологических процессов в почках, наблюдаемых у беременных женщин, наиболее частой клинической формой является пиелонефрит (до 10%), другие заболевания (в частности, гломерулонефрит) встречаются значительно реже (0,1—0,5%). Неблагоприятное воздействие на беременность и плод особенно выражено при пиелонефрите и гломерулонефрите: поздний токсикоз выявляется у 30—40% больных, самопроизвольное прерывание беременности в ранние или поздние сроки — у 15—20%; гипотрофия плода — у 12—15%; перинатальная смертность составляет 25—100%.

В свою очередь, прогрессирующая беременность провоцирует обострение пиелонефрита, способствует учащению приступов почечной колики, нередко неблагоприятно сказывается на течении гломерулонефрита, ухудшает функцию единственной почки у женщин, перенесших нефрэктомия.

Совершенствование диагностики, лечения и профилактики заболеваний почек у беременных, обусловленное внедрением достижений науки в практику, диктует необходимость периодического пересмотра принципов ведения беременности, родов и послеродового периода у таких женщин.

### **ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.**

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных. Это инфекционное поражение встречается в 6-10% случаев. Возникновению пиелонефрита (ПН) способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. В этих условиях создается благоприятный фон для распространения инфекции восходящим путем из уретры, мочевого пузыря по субэпителиальному слою ткани в почечные лоханки. Известно распространение инфекции гематогенным путем из очага воспаления в миндалинах, зубах, половых органах, желчном пузыре и пр. Всякое препятствие оттоку мочи усугубляет развитие инфекции мочевых путей - камни, аномалии развития, перегибы мочеточника и т.д. К развитию гестационного ПН предрасполагают благоприятные условия для активации латентно протекающей инфекции в почках: нарушения уродинамики верхних мочевых путей и гемодинамики в почках ухудшают выведение из почек инфекционных агентов, попавших в нее гематогенно.



*Рисунок 19*

В то же время дизурия, нарушение функции мочевого пузыря, увеличение его объема в результате снижения тонуса, ухудшает эвакуацию мочи из верхних мочевых путей, что способствует ее задержке и развитию воспаления в почках. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, при этом рано нарушается концентрационная способность почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с ПН. При злокачественном течении артериальной гипертензии развивается сморщенная почка и хроническая почечная недостаточность. Инфицирование стенки мочеточника нарушает его перистальтику, приводит к стазу мочи. Инфекция в почечных лоханках способствует образованию камней, травмирующих эпителий мочевыводящих путей. Образуется порочный круг - на фоне беременности снижается эвакуация мочи, способствуя развитию инфекции, а инфекция мочевых путей усугубляет стаз и тяжесть патологического процесса. Воспалительный процесс в почке чаще возникает в детстве или в период полового созревания, в дальнейшем нередко протекает бессимптомно и обостряется во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Наиболее часто пиелонефрит выявляется у беременных (48%), реже у рожениц (35%), еще реже у рожениц — в 17% случаев. Возбудителями ПН у беременных часто являются условно патогенные микроорганизмы. Кишечная палочка высеивается у 36-88% беременных и вызывает склероз почечных лоханок, околопочечной клетчатки и капсулы

почек. Протей (5-20%) своими ферментами расщепляет белки и мочевины с образованием аммиака и других веществ, которые повреждают клетки эпителия почек и мочеточников. Эта инфекция вызывает образование камней и имеет рецидивирующее течение. Из мочи беременных высевают также клебсиеллу, энтерококк и др. Однако чаще всего возбудителями ПН являются грамотрицательные микроорганизмы – стрептококки групп D и B, стафилококки и микрококки. Воспаление в почках могут вызывать также *Candida*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, анаэробные бактерии. При свежем процессе находят, как правило одного возбудителя, а при длительно существующем – несколько.

Инфекция в почку и лоханку может попасть гематогенным и реже — восходящим путем. Первичный очаг инфекции чаще всего располагается в миндалинах, кариозных зубах, в органах мочевой и половой системы. Источником инфекции в послеродовом периоде может явиться матка.

Для возникновения воспалительного процесса в почках, помимо проникновения в них инфекции, необходимы предрасполагающие факторы, наиболее существенными из которых являются нарушения уродинамики и кровообращения в почках. Изменения уродинамики верхних мочевых путей способствуют развитию пузырно-мочеточниковых и лоханочно-почечных рефлюксов (обратный ток мочи, в результате которого повышается внутрилоханочное давление, приводящее к проникновению мочи, микробов и токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого пиелонефрита). Любое препятствие оттоку мочи (камень, опухоль, перегиб мочеточника), а также аномалии развития почек и мочеточников создают предпосылки к развитию воспалительного процесса в почках.

Нарушения уродинамики мочевыводящих путей во время беременности начинаются с ранних сроков беременности и находятся в прямой зависимости от изменения концентрации и соотношения гормонов (эстрогенов, прогестерона, хорионического гонадотропина, кортикостероидов). В более поздние сроки одним из моментов, способствующих нарушению пассажа мочи, является сдавление мочеточника увеличенной и ротированной вправо вокруг продольной оси маткой.

У большинства беременных женщин (87%), страдающих пиелонефритом, его атаки отмечаются во II триместре беременности (22—28 недель).

Послеродовой пиелонефрит является, как правило, обострением хронического процесса, существовавшего до беременности, или продолжением заболевания, начавшегося во время беременности. Заболевание чаще развивается на 4, 6, 12-й дни после родов.

Различают острую и хроническую формы пиелонефрита. При обострении хронического пиелонефрита заболевание протекает как острый воспалительный процесс.

Острый пиелонефрит у беременных и родильниц характеризуется внезапным началом, высокой температурой тела, ознобами, выраженной интоксикацией, адинамией. Язык обложен, сухой, дыхание и пульс учащены. По мере развития заболевания к общим симптомам присоединяются локальные — боли в поясничной области, соответствующие стороне поражения, иррадиирующие в верхнюю часть живота, по ходу мочеточника, в паховую область, бедро, половые губы. Дальнейшее усиление болей, нарастание явлений интоксикации, гектическая температура свидетельствуют о прогрессирующем

деструктивных изменениях почечной ткани (апостематозный нефрит, карбункул почки), переходе воспалительного процесса на капсулу почки и околопочечную клетчатку. В некоторых случаях может развиваться септический шок.

Острый пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита у беременных и родильниц не всегда имеет выраженную клиническую картину, в частности, могут отсутствовать лихорадка, ознобы, локальные боли. Чаще это наблюдается у женщин, которым на протяжении беременности уже проводилась антибактериальная терапия. «Стертые» клинические проявления затрудняют диагностику заболевания.

Нередко клиника острого пиелонефрита симулирует картину острого аппендицита, острого холецистита, что может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. Пиелонефрит у родильниц, особенно впервые начавшийся после родов, может быть расценен как послеродовое заболевание (эндометрит, метрофлебит и др.). Иногда пиелонефрит сочетается с послеродовыми инфекционными заболеваниями гениталии, что также затрудняет его своевременную диагностику.





В современных условиях преобладают латентно протекающие формы хронического пиелонефрита (до 70%), сопровождающиеся неоднократными рецидивами в период беременности. Кроме того, признаками хронического пиелонефрита могут быть бессимптомная бактериурия и пиурия. Во время беременности они встречаются у 6—8% всех женщин. Наиболее тяжелое течение заболевания, плохо поддающееся терапии, наблюдается при сочетании хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью и аномалиями развития мочевыводящих путей.

#### *Ведение беременности и родов*

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Преэклампсия присоединяется не менее чем у 40% больных ПН. Перинатальная смертность составляет 25-50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям. Некоторые дети рождаются с признаками врожденного везикулёза, однако ни у одного из них не выявлено врожденный ПН. При наличии почечной гипертензии гораздо чаще возникают осложнения беременности, незрелость детей и перинатальная смертность.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по возникновению осложнений во время беременности и родов. 1 степень - женщины с острым ПН, возникшим во время беременности. 2 степень - беременные с хроническим ПН, 3 степень - беременные, страдающие ПН в сочетании с гипертензией, или азотемией, или беременные с ПН единственной почки. При 1 и 2 степени риска беременность можно пролонгировать при условии контроля за состоянием мочи 2 раза в месяц (в период между 22 и 28 недель - еженедельно) и наблюдения у нефролога. При 3 степени – беременность противопоказана из-за резкого ухудшения здоровья во время беременности с риском для жизни женщины. Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности - в специализированный стационар или в наблюдательное отделение роддома; в критические сроки (22-28 нед) для обследования и определения

функционального состояния почек; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода. Наиболее благоприятный исход беременности наблюдается при остром ПН, возникшем во время беременности с хорошим эффектом от лечения. При возникновении показаний для урологической операции сначала проводят операцию, а потом решают вопрос о сохранении беременности. Прерывание беременности не улучшает течения гнойного процесса в почке. Лечение должно быть направлено на восстановление функции почек. Особое внимание надо уделять профилактике осложнений беременности у женщин, страдающих ПН, следить за динамикой артериального давления, массы тела, тонусом матки, состоянием плода, проводить профилактику невынашивания беременности. При выявлении признаков претоксикоза проводить активную профилактику преэклампсии, мягкую стимуляцию диуреза в условиях женской консультации, профилактику обострения ПН.

Анализ крови при остром пиелонефрите характеризуется лейкоцитозом, нейтрофильным сдвигом влево, умеренной гипохромной анемией, ускоренной СОЭ. При хроническом пиелонефрите в период активации процесса, изменения крови выражены в меньшей степени, чем при остром, но отмечается стойкая анемия.

При биохимическом исследовании крови обычно выявляются гипопропротеинемия и диспротеинемия за счет уменьшения содержания альбуминов и нарастания глобулинов. Может отмечаться кратковременное умеренное повышение концентрации мочевины (в норме 2,49—8,32 ммоль/л) и креатинина (в норме 177 мкмоль/л — 2 мг%). При исследовании мочи обращают внимание на ее относительную плотность (проба Зимницкого), реакцию, количество форменных элементов и их соотношение.

Лейкоцитурия (пиурия) служит показателем инфекции мочевых путей, если определяется более 6—8 лейкоцитов в поле зрения. При остром пиелонефрите выявляется значительная пиурия. Она не определяется лишь при локализации воспалительного процесса в кортикальном слое почек или при нарушении пассажа мочи по мочеточнику. Необходимо помнить, что пиурия может появиться не только при пиелонефрите, но и при воспалении других отделов мочевыводящих путей, а также при аллергических заболеваниях почек (гломерулонефрит, липоидный нефроз). Для уточнения источника лейкоцитурии необходимо порционное исследование мочи (трехстаканная проба).

Существенное значение в диагностике пиелонефрита имеют количественные методы подсчета форменных элементов мочи. В настоящее время наиболее часто применяется метод Нечипоренко (подсчет форменных элементов в 1 мл мочи). Для исследования берут среднюю одноразовую порцию мочи. По данным А. З. Нечипоренко, у здоровой беременной женщины в 1 мл мочи содержится не более 1000 эритроцитов и 2000 лейкоцитов. Наши многолетние наблюдения показывают, что за нормальное содержание форменных элементов в 1 мл мочи может быть принято 2000 эритроцитов, 4000 лейкоцитов и 100 цилиндров.

Большое значение в диагностике пиелонефрита имеет бактериологическое исследование мочи, при котором определяют вид возбудителя, степень бактериурии, антибиотикограмму. Для инфекции мочевых путей характерна бактериурия, превышающая  $100\ 000$  ( $10^5$ ) микробных клеток в 1 мл мочи (колоний образующих единиц в 1 мл — КОЕ/мл). Более низкая степень бактериурии при послеродовом пиелонефрите может быть в тех случаях, когда заболевание началось во время беременности, особенно в конце ее, и проводилась антибактериальная терапия.

Наиболее точный метод определения количества микробов — посев мочи на агоре и подсчет колоний, но он трудоемок и продолжителен (24—48 часов). Поэтому разработаны упрощенные, но менее точные методы: посев на чашку Петри мазком — штрихом; микроскопия окрашенного осадка мочи (10 бактерий в поле зрения соответствует 100 000 в 1 мл мочи); микроскопия с помощью фазово-контрастного устройства (1 микроб в поле зрения соответствует 100 000 в 1 мл мочи). Используют также химические экспресс-методы: нитрит-тест, основанный на изменении цвета мочи при добавлении реактива, если в 1 мл мочи больше 100 000 микробов; ТТХ-тест (трифенилтетразол хлорид), основанный на способности бактерий восстанавливать реактив до красного растворимого осадка фармазона при наличии бактериурии больше 100 000 в 1 мл мочи. Точность химических методов достигает 80—85%.

В комплекс обследования беременных и родильниц с заболеваниями органов мочевыводящей системы необходимо включать ультразвуковое сканирование (ультрасонография). Исследование позволяет определить размеры почек, толщину коркового слоя, величину размера чашечно-лоханочного аппарата, выявить пороки развития почек, опухоль почки, наличие мочекаменной болезни, гидронефроз, заподозрить пиелонефрит. Метод безвреден для матери и плода и может использоваться неоднократно на протяжении беременности.

При выявлении с помощью ультрасонографии нарушения уродинамики (значительное расширение чашечно-лоханочного комплекса, расширение мочеточника), а также при подозрении на острый пиелонефрит у беременных, рожениц и родильниц обязательным компонентом комплексного обследования является хромоцистоскопия, позволяющая установить, имеется ли нарушение пассажа мочи, определить локализацию воспалительного процесса и источник пиурии. При остром пиелонефрите можно увидеть выделение мутной мочи из устья мочеточника пораженной почки, а также замедленное, ослабленное выделение индигокармина или отсутствие его выделения.

В ряде случаев ультразвуковое исследование позволяет исключить необходимость производства хромоцистоскопии.

При выявлении нарушения пассажа мочи производится катетеризация мочеточника; продолжительность пребывания катетеров в мочеточнике определяется клиническим течением заболевания (обычно от 2 до 7 дней). Остальным больным для улучшения оттока мочи из почки рекомендуется периодически (3—4 раза в день) принимать коленно-локтевое положение и положение на здоровом боку.

При подозрении на пиелонефрит кроме ультразвуковой эхографии или хромоцистоскопии по показаниям производят рентгенологическое и радиоизотопное исследование органов мочевыводящей системы.

Рентгенологическое исследование мочевых путей во время беременности допустимо только в случае предстоящей операции на органах мочевыделительной системы. Обычно производятся обзорные рентгенограммы или ретроградная урография.

В послеродовом периоде рентгенологическое исследование мочевыводящих путей необходимо производить с целью выявления органических изменений (нефролитиаз, гидронефроз, аномалии развития мочевыводящих путей и т. д.), которые могли бы

способствовать развитию гнойно-воспалительного процесса в почках во время беременности.

Изотопную сцинтиграфию и радиоизотопную ренографию можно производить после 28 недель беременности. Нередко ее показатели более информативны, чем уровень мочевины и креатинина в сыворотке крови, величина клубочковой фильтрации, показатели концентрационной способности почек и т. д. Особенно важно радиоизотопное исследование с целью раннего выявления почечной недостаточности.

Лечение острого пиелонефрита не требует специальной диеты, ограничения поваренной соли. Показано обильное питье, до 2 л жидкости в день (при отсутствии отеков). Полезны растительные антисептики и мочегонные: почечный чай, клюквенный морс, петрушка, толокнянка, полевой хвощ и др.

При назначении медикаментозной терапии необходимо учитывать индивидуальную переносимость препарата, функциональное состояние почек, тяжесть и давность патологического процесса, наличие сопутствующих заболеваний, аллергологический анамнез, а также возможность неблагоприятного воздействия на внутриутробный плод или перехода в молоко матери лекарственных препаратов с последующим поступлением их к новорожденному. При снижении функции почек доза препарата должна быть уменьшена в 2—4 раза.

Учитывая рост аллергических реакций на медикаменты, ограничения в использовании лекарственных средств, ввиду их влияния на состояние плода у беременных страдающих ПН, оправдан поиск препаратов комбинированного действия растительного происхождения, которые не вызывают побочных реакций и не влияют на плод. В последнее время в урологической практике применяется растительный препарат **Канефрон**. Он оказывает антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антибактериальное, диуретическое действие, уменьшает проницаемость капилляров почек, что соответствует патогенезу развития патологического процесса в почках при ПН. Кроме того, он не вызывает аллергических реакций и рекомендован к применению у детей, начиная с грудного возраста. Использование препарата в урологической клинике ММА имени И.М. Сеченова показало, что канефрон оказывает антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, уменьшает проницаемость капилляров почек, обладает диуретическим эффектом, улучшает функцию почек, потенцирует эффект терапии антибиотиками. Детальное исследование функции почек проводилось у больных, страдающих различными формами воспаления мочевыводящих путей и уратным нефролитиазом. Наблюдалось широкий противомикробный спектр действия и активность при устойчивой к синтетическим препаратам микрофлоре. Сочетание противомикробных и противовоспалительных свойств особенно ценно при хроническом течении ПН. Установлено также, что канефрон усиливает выведение солей мочевой кислоты и подщелачивает мочу, что препятствует формированию камней в почках.

Канефрон действует на тубулярный аппарат почки, в результате чего выделение белка с мочой значительно снижается. При увеличении диуреза до 2-2,5 литров не происходило нарушения соотношения микроэлементов крови. Ученые пришли к выводу, что канефрон - оптимальный препарат для лечения хронических заболеваний мочевыводящих путей, когда требуются длительные курсы терапии. Лекарственные растения, входящие в канефрон (золототысячник, любисток, розмарин), содержат активные

вещества (фенолкарбоновые кислоты, горечи, эфирные масла, фталиды, флавоноиды), обеспечивающие многопрофильность воздействия препарата на организм.

Опыт использования канефрона с целью лечения преэклампсии во ВНИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН в Санкт-Петербурге (В.Л. Печерина) у беременных с почечной патологией показал высокую эффективность препарата при патологии почек и несомненный лечебный и профилактический эффект при развитии преэклампсии у наблюдаемых беременных.

### ***КАНЕФРОН МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ:***

- для предгравидарной подготовки женщин, страдающих хроническим пиелонефритом с целью улучшения функционального состояния мочевыделительной системы, испытывающей во время беременности значительное увеличение нагрузки;
- для лечения ПН у беременных, начиная с ранних сроков беременности;
- для профилактики обострений ПН во время беременности в критические периоды;
- для профилактики осложнений беременности, связанных с нарушением функционального состояния почек, в том числе такого тяжелого и трудно поддающегося лечению, как преэклампсия на фоне ПН;
- для профилактики обострений и лечения мочекаменной болезни.

В I триместре беременности возможно применение природных и полусинтетических пенициллинов. Во II и III триместрах беременности и после родов допустим более широкий спектр антибактериальных средств (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, химиотерапевтические уроантисептики).

На сегодняшний день широко применяется антибиотик сультамициллина – **Априд**, входящий в группу В по FDA, в качестве терапии первого выбора при инфекциях мочевыводящих путей у беременных, который обеспечивает высокую клиническую и микробиологическую эффективность. **Априд-375** назначается 2 раза в сутки. Курс лечения 5-14 дней. Результатами проспективных исследований подтверждено высокая эффективность эмпирического назначения данного препарата.

Антибактериальная терапия целесообразна и при бессимптомной бактериурии. Своевременное проведение лечения в этих случаях является профилактикой развития острого воспалительного процесса в почке. Можно назначать

Для лечения используются и химиотерапевтические средства. Производные 8-оксихинолина (5—НОК и нитроксолин) назначают в течение 2 недель по следующей схеме: 4 дня по 2 таблетки (0,05 каждая) 4 раза в день, в последующие 10 дней по 1 таблетке 4 раза в день. Можно в течение всего курса назначить по 2 таблетки 4 раза в день.

Родоразрешение у больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути в наблюдательном отделении роддома многопрофильной больницы. Широко используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы возможны самопроизвольные роды. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во

избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде. У 20% женщин после перенесенного гестационного пиелонефрита функция почек остается сниженной. Обострение заболевания наблюдается на 4-й и 12-14 день (критические сроки). Необходимо провести обследование, профилактику обострения ПН до выписки из роддома. В дальнейшем – наблюдаются у уролога.

Беременные с заболеваниями мочевой системы нуждаются, в проведение тщательного наблюдения за состоянием внутриутробного плода.

О влиянии острого и хронического инфекционного процесса в почках матери на состояние плода и новорожденного свидетельствует повышенная частота таких осложнений как внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная инфекция, гипотрофия, мертворождаемость и ранняя детская смертность, заболевания в периоде новорожденности. Состояние плода в значительной степени зависит от продолжительности, степени тяжести заболевания матери и от наложения токсикоза.

В связи с изложенным, существенное значение имеет изучение состояния фетоплацентарной системы. Исследование плаценты и плода, кардиотокография плода, динамическая сцинтиграфия плаценты, определение содержания эстриола в плазме крови и моче, а также содержание термостабильной щелочной фосфатазы и плацентарного лактогена в сыворотке крови, с помощью которых можно установить четкую корреляцию между тяжестью заболевания почек и нарушениями в фетоплацентарном комплексе, приводящими к хронической гипоксии плода. С целью коррекции нарушения метаболизма в фетоплацентарном комплексе целесообразно назначение беременным сегтина, теоникола, малых доз гепарина.

Новорожденные – у матерей, перенесших пиелонефрит, нередко имеют признаки внутриутробного инфицирования, которое характеризуется общим тяжелым состоянием, симптомами дыхательной недостаточности, изменением неврологического статуса, прогрессирующей потерей массы тела и т. д.

Женщины, перенесшие пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, при выписке из родильного дома направляются под наблюдение врачей женской консультации. Терапевт женской консультации до конца послеродового периода осуществляет наблюдение (1—2 раза в месяц) за женщинами, перенесшими обострения заболевания почек на протяжении гестационного периода. Снимая женщину с диспансерного наблюдения, он сообщает о ней участковому терапевту, районному урологу или нефрологу. Таким образом, должна осуществляться преемственность наблюдения за женщинами с заболеванием почек: СВП — женская консультация — родильный дом — женская консультация — районная поликлиника.

Важным является вопрос о предупреждении последующих беременностей. Оптимальным методом контрацепции для женщин с заболеваниями почек является введение внутриматочной спирали. Этот метод контрацепции не вызывает обострения заболевания почек, развитие внутриматочной инфекции и не влияет на менструальную функцию. Пероральные гормональные контрацептивные препараты при патологии почек противопоказаны, так как могут вызвать обострение воспалительного процесса в почках, влияют на свертывающую систему крови и на уровень артериального давления, повышая его.

### ***ГИДРОНЕФРОЗ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.***

Гидронефроз – заболевание почки, характеризующееся стойким расширением лоханки и чашечек, застоем мочи в них и атрофией паренхимы почки, вследствие препятствия оттоку мочи. Причины, вызывающие нарушение оттока мочи: анатомические изменения в уретре или мочевом пузыре; воспалительные процессы в тазовой и забрюшинной клетчатке; удлинение и перегибы мочеточников; наличие камней, аномалий развития сосудов, близко прилегающих к мочеточнику. Различают гидронефроз врожденный или приобретенный. Приобретенный гидронефроз может быть органическим или функциональным. Гидронефроз беременных чаще всего возникает в результате функциональных изменений в мочевыводящей системе (гипотония, гипокинезия чашечно-лоханочной системы и мочеточников, нарушение уро и гемодинамики), обусловленных гормональными дискорреляциями.

Наиболее частым признаком гидронефроза являются тупые боли в области почки, иррадиирующие в паховую область и бедро, чувство тяжести в поясничной области. Причиной этих болей является медленное повышение внутрилоханочного давления, смещение почки под действием тяжести и натяжение сосудов почечной ножки, а также ишемия почечной ткани, вследствие повышения внутрилоханочного давления. На фоне постоянных тупых болей могут наблюдаться приступы почечной колики.

Вторым по частоте признаком гидронефроза является гематурия, возникающая вследствие нарушения гемодинамики в сосудах почки.

Наиболее частым осложнением является инфекция, которая ведет к переходу асептического гидронефроза в инфицированный, о чем свидетельствуют повышение температуры тела, стойкая пиурия, интоксикация.

Для распознавания гидронефроза во время беременности наиболее целесообразно прибегнуть к ультразвуковому сканированию почек, которое позволяет определить размеры чашечек, лоханки, наличие конкрементов, дифференцировать гидронефроз от других заболеваний почек (нефроптоз, опухоль почки и др.) и от заболеваний соседних органов (заболевания желчного пузыря, эхинококк печени, опухоль кишечника, киста брыжжейки или яичника и др.).

Заподозрить гидронефроз можно и при проведении хромоцистоскопии.

Гидронефроз нередко осложняется пиелонефритом и нефролитиазом. Инфекция мочевых путей (пиелонефрит) встречается почти у всех беременных, больных гидронефрозом, независимо от того, существовал ли он до беременности или возник во время ее.

В послеродовом периоде при подозрении на гидронефроз для уточнения диагноза производят экскреторную урографию.

Лечение гидронефроза может быть консервативным и оперативным. Если гидронефроз сопровождается инфекцией мочевыводящих путей, следует назначить такую же терапию, как при пиелонефрите. При отсутствии эффекта от консервативного лечения возникает необходимость в хирургическом вмешательстве. Показанием к операции

являются частые рецидивы гидронефроза у беременных, сопровождающиеся лихорадочным состоянием, некупирующимися приступами почечной колики. Чаще всего производят пластические операции в области лоханочно-мочеточникового соустья, а в случае далеко зашедшего одностороннего гидронефроза (резко выраженная атрофия паренхимы, отсутствие функции почки, пионефроз) производится нефрэктомия.

Вопрос о допустимости беременности при гидронефрозе должен решаться в стационаре после обследования.

Гидронефроз, появившийся во время беременности, обычно не является показанием к ее прерыванию. При гидронефрозе, существовавшем до беременности, нередко развивается тяжелая форма позднего токсикоза, часто отмечаются преждевременные роды или рождение детей с явлениями гипотрофии с признаками внутриутробного инфицирования.

Беременность противопоказана при двустороннем гидронефрозе, развившемся до беременности; при гидронефрозе единственной почки, даже если ее функция сохранена; при одностороннем гидронефрозе, сопровождающемся азотемией или пиелонефритом, плохо поддающейся лечению.

### ***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, гидронефрозе, 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.

## **Тема: № 26.. Синдром гипертермия , болей и общего недомогание в акушерстве.(сахарный диабет, бронхит, пневмония)**

Патология органов дыхания одинаково часто наблюдается как у беременных, так и у женщин вне беременности, в детородном возрасте.

Заболевания органов дыхания, как и любая другая экстрагенитальная патология, осложняет течение беременности и родов, состояние внутриутробного плода. А беременность изменяет характер и утяжеляет течение болезней легких.

Итак, беременность у женщин, больных бронхитом.

Бронхиты – воспаление бронхов.

### **У беременных встречаются:**

- Первичные бронхиты, – чаще всего – причиной которых, являются вирусы, бактерии, на фоне ослабленного организма (чаще всего – это переохлаждение); часто сочетаются с другими воспалительными заболеваниями дыхательных путей.

- Вторичные бронхиты – как осложнение туберкулеза, тифа и других....

- Аллергические бронхиты – имеет астматическое составляющее.

- Производственные бронхиты – вызываемые вредными производственными факторами – химические, физические, пылевые и другие....

### **Бронхиты различают:**

- острые

- хронические.

**Острый бронхит** – им заболевают весной и осенью. Этому способствуют погодные условия: сырость и холод; и снижение сопротивляемости организма в эти периоды года.

Заболевание протекает с интоксикацией и нарушением трудоспособности.

**Хронический бронхит** имеет длительное течение, также с интоксикацией, с чередованием периодов обострения и ремиссии.

**Причиной** могут быть:

- частые воспаления верхних дыхательных путей

- следствие острого бронхита

- курение

- производственные вредные факторы – в результате длительного вдыхания пыли, дыма, газа.

Хронический бронхит может привести к таким **осложнениям как:**

- пневмосклероз – разрастание соединительной ткани - заменяя легочную ткань и уменьшая дыхательную поверхность легких

- эмфизема легких (emphysema – от греческого слова – наполнение воздухом, вздутие) –

расширение легких за счет увеличения размеров альвеол, наполненных воздухом; при этом уменьшается подвижность легких, дыхание и кровообращение

- бронхиальная астма (asthma – от греческого слова - удушье) – приступы удушья

- бронхоэктатическая болезнь – расширение бронхов, где скапливается бронхиальный секрет, часто гнойный

- дыхательная недостаточность

- легочно-сердечная недостаточность.

Сама **беременность** не способствует развитию заболевания бронхитом. Тем не менее, при беременности в связи с гормональной перестройкой организма, отмечается набухание слизистой оболочки бронхов, что затрудняет отхаркивание секрета из бронхов.

**Основные осложнения беременности, возникающие у больных женщин с бронхитом:**

- внутриутробное инфицирование плода

- гипоксия плода
- гипотрофия плода
- внутриутробная гибель плода и гибель новорожденного в ранние периоды жизни.

**Неосложненное течение хронического бронхита** допускает возможность наступления и продолжения беременности и родов.

## ПНЕВМОНИЯ (ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕГКИХ) У БЕРЕМЕННЫХ

Часто мы считаем, что кашель и насморк можно вылечить исключительно домашними средствами, и не идем к врачу. Однако именно эти безобидные, на первый взгляд, симптомы могут свидетельствовать о начале достаточно серьезного заболевания. Воспаление легких (пневмония) - одно из самых тяжелых осложнений ОРВИ. Поэтому будущая мама при появлении первых признаков простуды обязательно должна обратиться за консультацией к специалисту.



### ПРИЧИНЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболеваемость пневмонией, в том числе и среди беременных, носит сезонный характер: чаще болеют в холодное время года. Провоцирующим фактором является переохлаждение. Эпидемии гриппа способствуют учащению пневмоний, вызванных вирусами гриппа. Другим важным предрасполагающим к пневмонии фактором является курение. К сожалению, не все женщины бросают [курить во время беременности](#).

Пневмонией заражаются воздушно-капельным путем при контакте с кашляющими и чихающими людьми. Верхние дыхательные пути являются основной преградой на пути вирусов и бактерий. При слабом иммунитете, высокой активности микроорганизмов, загрязненности вдыхаемого воздуха инфекционный процесс не ограничивается поражением верхних дыхательных путей, а распространяется дальше. Заболевание может ограничиться поражением слизистой оболочки бронхов – бронхитом. Но довольно часто происходит поражение самой легочной ткани – пневмония.

Это наиболее распространенный, но не единственный путь возникновения пневмонии. Воспаление легких редко бывает первичным, обычно оно возникает как осложнение другого заболевания, чаще всего - обычной острой респираторной вирусной инфекции ([ОРВИ](#)) – насморка, фарингита, ларингита, бронхита.

При любом воспалительном процессе в организме, операции, ожоге, отравлении в кровь выбрасывается огромное количество токсинов. Все эти опасные вещества легкие улавливают, после чего некоторые нейтрализуют, а другие выводят из организма при помощи кашля. Чем тяжелее болезнь и опаснее травма, тем больше вероятность, что легочный фильтр не выдержит и в нем начнется воспалительный процесс. То есть для возникновения пневмонии совсем не обязательно переохлаждаться.

Чтобы понять, почему развивается пневмония, проведем небольшой экскурс в физиологию. Слизистая оболочка бронхов выделяет слизь. В ней содержатся вещества, поддерживающие эластичность легочной ткани. Слизь обволакивает пылевые частицы, попадающие в легкие. Высокая концентрация в слизи противомикробных веществ – один из главных факторов борьбы с возбудителями инфекции. Когда густая слизь нарушает вентиляцию легких, в

плохо вентилируемых участках нарушается кровообращение, оседают микробы и начинается воспалительный процесс. Таким образом, основная причина пневмонии – нарушение свойств легочной слизи. Большую роль играет состав воздуха: чем он суше и чем более загрязнен, тем больше изменяются в неблагоприятную сторону свойства слизи (она становится гуще). Поэтому очень важно, чтобы воздух в помещении был чистым и прохладным (оптимальная температура 18°C). При этом чрезвычайно опасны любые обогреватели, высушивающие воздух. Пыль в воздухе увеличивает вероятность высыхания слизи, поэтому необходимо регулярно проводить влажную уборку, избегая хлорсодержащих дезинфицирующих средств. При обилии ковров и мягкой мебели увлажнять воздух довольно сложно.

Кроме сухого и теплого воздуха, слизь высушивает высокая температура тела. Но прием жаропонижающих уменьшает количество интерферона – белка, нейтрализующего вирусы. Выход заключается в том, чтобы больше пить. Если много пить, мокрота «разжижается» и ее удаление облегчается.

Регулярному удалению мокроты из организма способствует **кашель**. Он бывает разным: либо сухим и болезненным, либо влажным, когда после кашля человек испытывает облегчение. Именно от вида кашля зависит назначаемое лечение. Многие препараты – так называемые **отхаркивающие средства** - не прекращают кашель, а делают его средством выздоровления. Их использование при ОРВИ резко снижает вероятность пневмонии, но при обязательном выполнении двух условий: обильного питья и чистого прохладного воздуха. Другое дело - препараты, **подавляющие кашель**. Их применяют в ситуациях, когда кашель не приносит облегчения, а лишь причиняет страдания больному (так бывает, например, при коклюше или хроническом бронхите). Если же эти средства используются при ОРВИ, в легких может скопиться мокрота, что приведет к осложнениям – в частности, к той же пневмонии.

Но мокрота сама по себе не вызывает воспалительного процесса в легочной ткани. Для этого необходим возбудитель, который обычно обитает в носоглотке, и только иммунитет сдерживает его бурное размножение. ОРВИ активизирует бактерии, снижает иммунитет, а если слизь при этом не обеспечивает достаточной защиты, то опасность развития пневмонии очень велика.

Большой ошибкой в этой ситуации является **прием антибиотиков** или сульфаниламидов. На вирусы эти препараты не действуют, и среди множества бактерий всегда найдутся такие, которые нечувствительны к принятому антибиотику. Они-то и вызовут воспаление легких. Но и это еще не все. Мы уничтожаем одних микробов, а другие, лишившись естественных соперников, начинают размножаться. В итоге такой профилактической антибиотикотерапии при ОРВИ в 9 раз увеличивается вероятность возникновения пневмонии.

## СИМПТОМЫ

Как же распознать возникшую пневмонию? Обычно болезнь начинается постепенно, хотя может наблюдаться и острое ее начало: озноб, лихорадка (температура поднимается до 40°C), сухой кашель, общая слабость, головная боль, одышка. Этому могут сопутствовать боли в груди, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании. Боль может отдавать в живот. При глубоком вдохе возможен приступ кашля. Все это соответствует так называемой крупозной пневмонии, при которой воспаление охватывает большую часть легкого. Не все из описанных симптомов присутствуют обязательно, но температура, кашель и резкая слабость бывают всегда.

Другой вариант – болезнь начинается как обычная ОРВИ: **насморк**, кашель, температура. Через некоторое время температура падает, а потом вновь повышается и уже не снижается. Температура не поднимается выше 38°C, но держится почти постоянно, сопровождаясь кашлем и слабостью.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Течение пневмонии у беременных нередко бывает более тяжелым в связи с естественным в этот период уменьшением дыхательной поверхности легких, высоким расположением диафрагмы, приподнятой увеличенной маткой и ограничением вследствие этого дыхательных движений легких, дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. Однако оно может быть и стертым: без высокой температуры, выраженных явлений интоксикации, патологических изменений в крови, - что затрудняет диагностику.

Знание приведенных признаков необходимо не для самолечения, а для того, чтобы не тянуть с обращением к специалисту. Окончательный диагноз может быть поставлен только после выслушивания врачом легких (в случае заболевания в легких слышны хрипы), клинического анализа крови (в крови больного увеличивается количество лейкоцитов и скорость оседания эритроцитов) и, в недостаточно ясных случаях, – после рентгеновского исследования легких, которое можно произвести после **10 недель беременности**.

Пневмонию, как правило, удается вылечить, поэтому она не является противопоказанием для продолжения беременности. При развитии пневмонии незадолго до родов врачи стараются по возможности отсрочить развитие **родовой деятельности**, так как родовой акт может быть опасен в связи с воздействием токсико-инфекционных факторов на нервную и сердечно-сосудистую системы женщины. При наличии выраженной дыхательной недостаточности роды ведут по индивидуальному плану. Роды на фоне пневмонии чаще всего протекают без осложнений.

Лечат пневмонию в стационаре. Главное при этом – выбор антибиотика, его дозы и способа введения в организм. Кроме антибиотиков используются препараты, расширяющие бронхи, витамины и отхаркивающие средства. **Следует иметь в виду, что несвоевременный и беспорядочный прием антибиотиков при воспалении легких опасен**. Он приводит к развитию дисбактериоза, подавлению иммунитета и в результате – к осложнениям.

Заболевание длится от 2 недель до 1 месяца. Но и затяжное течение пневмонии (более 4 недель), как правило, заканчивается выздоровлением.

## САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

**Сахарный диабет** – это заболевание, характеризующееся абсолютной или относительной недостаточностью инсулина или недостаточной её эффективностью, что приводит к непереносимости углеводов и нарушению обмена веществ с последующими изменениями в различных органах и тканях. Повышение резистентности тканей к инсулину и снижение его биосинтеза вызывает нарушение обмена веществ, прежде всего углеводного, понижая проницаемость для глюкозы на различных путях её превращения (гликолитическом, пентозном, цикле Кребса). Способствуя превращению глюкозы – 6 фосфата в глюкозу и переходу последней из клеток в межклеточное пространство. Наряду с нарушением углеводного обмена понижается липогенез и повышается липолиз, усиливаются катаболические и уменьшаются анаболические процессы белков. Нарушаются водно – электролитный обмен и обмен витаминов.

Метаболические нарушения, обусловленные инсулинрезистентностью тканей и снижением продукции гормона, ещё более усугубляются с повышением образования антагонистов инсулина – гормона роста, плацентарного лактогена, глюкогона и гормонов периферических эндокринных желез (надпочечников, щитовидной железы).

Основным источником энергии у плода является глюкоза, содержание которой у него на 10-20 % ниже, чем у матери, что способствует увеличению её переноса от матери к плоду. Это приводит к тому, что в печени матери недостает субстратов (особенно аланина), необходимых для гликонеогенеза. В связи с этим для восполнения метаболических потребностей в материнском организме используются другие источники, в частности

происходит ускоренное расщепление жиров. При этом повышается уровень свободных жирных кислот и триглицеридов в крови, способствуя развитию кетоацидоза. В норме в III триместре беременности отмечаются следующие особенности обмена веществ: резистентность к инсулину, гиперинсулинемия, тенденция к гипогликемии натощак и гипергликемии после приёма пищи. Колебания сахара в крови матери остаются небольшие 3,57 – 4,40 ммоль/л с повышением после приёма пищи до 7,7 ммоль/л.

#### **Диагностика.**

Диагностика сахарного диабета основана на определении содержания сахара в крови натощак и в течение суток в моче качественно и количественно, толерантности к глюкозе, кетоновых тел в моче и крови, гликозилированного **гемоглобина** в сочетании с ферритином и трансферрином, а также на данных клиники.

Если натощак определяется 7 ммоль/л сахара в крови, а также в любое время суток случайно выявляется уровень его 11 ммоль/л и более, то это достоверные признаки сахарного диабета.

**Правила при проведении ТТГ** (тест толерантности к глюкозе) у беременных: три дня до исследования приём пищи с богатым содержанием углеводов, накануне исследования, с вечера приём пищи исключается; кровь берется натощак и проводится нагрузка сахаром (100 гр. глюкозы за 5 минут или 1,75 г на 1 кг массы тела); через 1,2,3 ч. исследуется сахар в крови и моче: лучше определять сахар в плазме.

**Определение глюкозы в моче.** Почечный порог глюкозы, когда она обнаруживается в моче, равен 10 ммоль/л. Применяются методы качественного определения глюкозы в моче (методы Феллинга, Ниландера и др.) от 0,1 % её содержания, особенно для контроля за состоянием больных.

**Определения содержания гликозилированного гемоглобина** в эритроцитах и феррина с трансферрином в сыворотке крови позволяет рано и с большой точностью установить диагноз. По уровню гликозилированного гемоглобина у матери прогнозируются пороки развития плода: до 6 % - норма, 6 – 8 % - риск ВПР, 8 – 10 % - умеренный риск и более 10 % - высокий риск ВПР.

#### **Классификация - сахарного диабета ВОЗ.**

##### **А) Клинические типы:**

1. Сахарный диабет: ИЗСД (1 тип – инсулин зависимый СД) ИНСД ( 2 тип – инсулин независимый СД )
2. Другие типы сахарного диабета, связанные с определенными ситуациями (вторичный СД) в том числе с заболеваниями поджелудочной железы и другой эндокринной патологией, нарушением инсулин рецепторного аппарата, применением лекарственных химических средств.
3. Нарушения толерантности к глюкозе, в том числе в сочетании с ожирением, без него и с другими перечисленными заболеваниями.

**Б) Латентный диабет** у лиц, имеющих нормальную реакцию на ТТГ, но в прошлом с патологической реакцией.

**В) Пред диабет** - это состояние от зачатия до первой аномальной реакции на ТТГ.

**Г) Достоверные классы риска** (лица с нормальной толерантностью к глюкозе, с высоким риском развития сахарного диабета) – потенциальный диабет в следующих случаях: один из одно яичевых близнецов болен сахарным диабетом: один или оба родителя больны сахарным диабетом: в анамнезе рождения ребенка с большой массой (4500 г и более) или мертворожденного.

**Клиническое течение** диабета во время беременности: жажда, полиурия, зуд кожи, нарушение зрения, похудание.

**ИЗСД (тип 1)** – характеризуется острым началом в детском или юношеском возрасте, инсулинопенией с выраженными обменными нарушениями. Это наследственная форма болезни с наличием антител в крови к клеткам островков Лангерганса. Больные должны получать постоянно инсулина.

**ИНСД (тип 2)** - диабет взрослых, развивается после 30 – 40 лет с менее выраженными обменными нарушениями. Больные могут обходиться без инсулина, соблюдая диету с применением сахаро-снижающих препаратов. Это также в основном генетическая форма болезни, с аутосомно-доминантным типом наследования, без образования антител в крови и клеткам островков Лангерганса.

По клиническому течению разделяют: **легкая форма** болезни – без выраженных осложнений и обменных нарушений, когда компенсация углеводного обмена достигается лишь с помощью диетотерапии. При диабете **средней тяжести** коррекция нарушений обеспечивается неоральными сахаро – снижающими препаратами или инсулином в дозе до 60 ед./ сут при отсутствии осложнений и сохранении трудоспособности. **Тяжелая форма** - диабета характеризуется различными осложнениями снижением трудоспособности и применением больших доз инсулина для коррекции нарушений.

### **Лечение сахарного диабета и его осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.**

Каждая больная сахарным диабетом, подлежит госпитализации во время беременности и менее 3-х раз.

#### **Цель I госпитализации:**

1. Тщательное клиническое обследование на ранних сроках.
2. Установление диабетического и акушерского диагноза
3. Определение степени риска
4. Решение вопроса целесообразности о сохранения беременности.

**II. Госпитализация:** (после 20 нед. беременности) обусловлена ухудшением течения сахарного диабета.

**III. Госпитализация:** (после 30 нед. беременности) связана с третьим критическим сроком и подготовкой к родам.

Больным назначают инсулин. Потребность к инсулинотерапии меняется в различные сроки беременности. Основные рекомендации для проведения инсулинотерапии у беременных можно сформулировать следующим образом:

I. Необходимо стремиться к полной компенсации заболевания беременности – нормализация не только углеводного, но и липидного обмена, в сочетании с рациональным режимом и диетой.

II. Необходимо, чтобы организм больных женщин, был ещё до наступления беременности адаптирован к условиям строгой метаболической компенсации сахарного диабета.

III. Следует провести критически адекватную инсулинотерапию даже при легких формах сахарного диабета.

Лечение пероральными антидиабетическими средствами при беременности противопоказано в связи с переходом их через плацентарный барьер и тератогенным действием.

Задачей контроля врача за состоянием углеводного обмена во время беременности является поддержание среднего дневного уровня сахара в крови ниже 5,5 ммоль/л, а после приема глюкозы – 7.7 ммоль/л.

### **Процедура в/в введения инсулина.**

I. Приготовления раствор инсулина. Смешивают 25 ед. инсулина для инъекций с 500 мл 0,9 % изотонического раствора натрия хлор чего обеспечивает концентрацию 1 ед./20 мл.

II. Обычная полная доза от 0,25 до 2,0 ед./ч (от 5 до 40 мл/ч)

III. Общее количество жидкости, которое допустимо вводить беременности во время родов 500 мл.

Основная жидкости для в/в введения (декстроза) + раствор инсулина + раствор окситоцина (при родовозбуждения) что в целом данного составлять 75 – 100 мл/г. Беременным с заболеваниями почек или сердца – следует вводить меньшее количество жидкости, при этом целесообразно ввести центральный катетер венозный для более тщательного мониторинга

При **сахарном диабете** характерны невынашивание, преждевременные роды, частое развитие преэклампсии, высокая перинатальная смертность, пороки развития плода.

## **Тема : № 27. Синдром гипертермия ,болей и общего недомогание в акушерстве. Роль медицинской сестры с высшим образованием при экстрагенитальной патологии**

Медсестра с высшим образованием участвует в обследовании беременных:

- Взятие крови,
- Мазков,
- Мочи на анализы,
- На серологическое исследование,
- Проведение проб на туберкулез и т.д.

Выполняет назначения врача и сестринский уход при лечении данных больных в стационаре, ведет диспансерное наблюдение за данными больными, которые одновременно наблюдаются в женской консультации и в лечебном учреждении, где наблюдается и лечится данная патология поликлиника, тубдиспансер, кожно-венерологический диспансер и т.д.

Медсестра с высшим образованием должна контролировать, как посещает ее пациентка женскую консультацию, выполняет ли рекомендации врача акушера – гинеколога, своевременно ли проходит обследование и назначенное лечение.

Она должна вести санитарно – просветительную работу, снабжать беременную информационным материалом. Особое значение здесь имеет медицинская этика и деонтология.

Важнейшей задачей является профилактика гриппа, венерических заболеваний, туберкулеза. Сестринский процесс – это особый способ мышления и действия, используемый для определения, предотвращения действительных или потенциальных проблем со здоровьем и в содействии здоровому образу жизни.

Первым, кто описал уход за больными, как процесс был Холл (1961). Термин сестринский процесс для обозначения этапов сестринского ухода впервые использовали Джонсон(1959), Орландо(1961) и Виденбах (1963). В начале своего развития сестринский процесс имел три этапа, в настоящее время их насчитывается пять.

Пользуясь сестринским процессом как основой, Американская Ассоциация медсестер в 1973 году разработала стандарты для оценки качества ухода, который предоставляют медсестры. Следующие характеристики описывают природу сестринского процесса и расширяют его определение.

15. Сестринский процесс (динамический и циклический уход) – это постоянная оценка изменяющихся реакций больной на уход в целях необходимого пересмотра плана ухода за больным. Ранее завершенные этапы постоянно пересматриваются для точности и соответствия.
16. Сестринский процесс, сконцентрированный на пациента, включает план ухода за больными, основан на нуждах и состоянии пациента, организуется в рамках проблем пациента, а не в соответствии с интересами ухода.
17. Сестринский процесс – целенаправленные действия по уходу, рассматривающиеся и основывающиеся больше на принципах, чем на традиции («Мы всегда делали так»). Выбираются такие порядки по уходу за больными, какие необходимые для достижения цели пациента.
18. Сестринский процесс - гибкий процесс по уходу за больными может быть применен к клиентам любого возраста, с любым медицинским диагнозом и в любой момент болезни или здорового состояния.
19. Сестринский процесс, ориентированный на проблему. Это значит, что планы по уходу организуются в соответствие с проблемами пациента. Конечно же, сестринский процесс не сможет устранить все проблемы пациента. Тогда целью сестринского процесса становится облегчение их до возможности предела, поддержание сил пациента.
20. Сестринский процесс - мыслительный процесс. Он привлекает интеллектуальные способности для решения проблем и принятия решения. Сестры используют критическое мышление для систематического и логического применения знаний по уходу, что дает ей возможность определить их значение и спланировать соответствующий уход.
21. Сестринский процесс, ориентированный на действия, не заканчивается составлением плана по уходу, а продолжается, выполняя и оценивая этот план



## Тема № 28. Беременность и TORCH инфекция.



Из рисунка становится ясным значение всех букв аббревиатуры, кроме «other» (другие). В эту категорию входят доказанные (сифилис, хламидиоз, гепатиты А и В, гонококковая инфекция, листериоз) и вероятные (парвовирус В19, вирус ветрянки, энтеровирусы) инфекции, похожие по клиническим проявлениям внутриутробного заражения новорожденных на токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирус и герпес.

- Антитела к краснухе при беременности
- Анализ на токсоплазмоз у беременных

### Специальные термины иммунологии, знание которых необходимо в расшифровке результата тестов на ТОРЧ-инфекцию



## Виды иммунитета

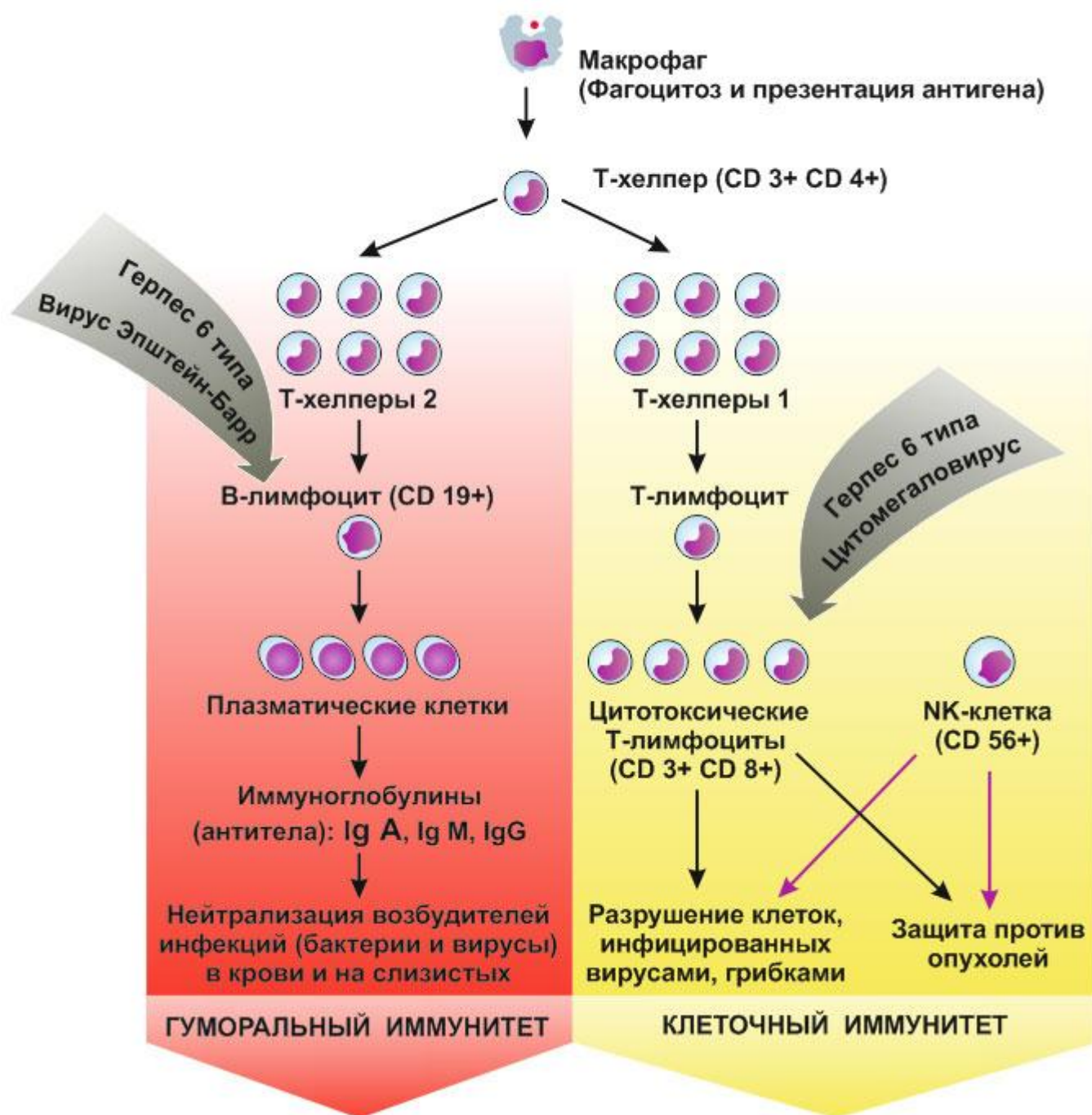
Классификация иммунитета долгое время представляла проблему в медицине, пока не был выработан единый подход в этом вопросе. В самом упрощенном виде иммунитет подразделяют на два вида: а) неспецифический (врожденный) и б) специфический (приобретенный). Более подробно на схеме:



Выработка антител связана с развитием гуморального типа иммунного ответа.


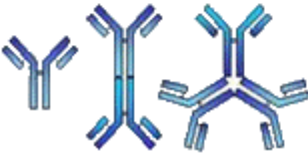
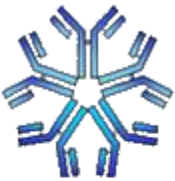


## РАЗВИТИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ИММУННОГО ОТВЕТА

Иммунный ответ на бактерии, вирусы, грибки,  
бактериальные антигены лекарственных препаратов



### Антитела

Антитела (иммуноглобулины, Ig) – специфические белки, вырабатываемые β-лимфоцитами (плазмócитами), основная задача которых в человеческом организме – иммунная регуляция, участие в иммунном ответе в качестве своеобразного оружия против антигенов. У млекопитающих выделяют пять специфических классов иммуноглобулинов – IgG, IgA, IgM, IgD, IgE, они отличаются друг от друга функциональными особенностями, химическим составом, физической структурой:

Название класса иммуноглобулинов	Количество субъединиц (L-H) <sup>2</sup>	Количество антиген-связывающих сайтов	Содержание в сыворотке крови, %%	Среднее время жизни в сыворотке крови, дней	Мо м
IgG (имеет 4 подкласса) 	1	2	70-80	23	
IgA (имеет 2 подкласса) 	1 (80% - у человека), 2, 3	2, 4, 6	10-15	6	
IgM 	5	10	5-10	5	
IgE 	1	2	0,002	2,5	
IgD 	1	2	<1	3	

Значение антител IgG и IgM в диагностике инфекций группы ТОРЧ  
 Иммуноглобулины класса М и G проявляют себя на разных этапах разрастания инфекции и распадаются в крови каждый в свой срок, что позволяет специалистам определять момент

проникновения инфекции и делать довольно точные прогнозы относительно дальнейшего течения болезни, назначения лечения.

Антитела М возникают на самых ранних этапах развития инфекционного процесса, долго сохраняются в крови (от 6 недель до 2 лет), выполняют рецепторную функцию (отвечают за определение уязвимости антигена). Они первыми из всех иммуноглобулинов реагируют на антиген, потом их заменяют антитела G. Антитела М не способны проникать через плаценту к плоду, но этого и не нужно, так как они вырабатываются в его крови (за эту особенность их прозвали антителами новорожденных). Наличие такого типа иммуноглобулинов – верный признак присутствия инфекции, в том числе и ВУИ.

Торч инфекции при беременности: расшифровка анализа

СОДЕРЖАНИЕ: [[СКРЫТЬ](#)]

- [1 Специальные термины иммунологии, знание которых необходимо в расшифровке результата тестов на ТОРЧ-инфекцию](#)
  - [1.1 Иммунология](#)
  - [1.2 Иммунитет](#)
  - [1.3 Виды иммунитета](#)
  - [1.4 Антитела](#)
  - [1.5 Значение антител IgG и IgM в диагностике инфекций группы ТОРЧ](#)
  - [1.6 Авидность](#)
- [2 Клинические особенности процедуры анализа на ТОРЧ-инфекцию](#)
  - [2.1 Подготовка к сдаче анализов](#)
  - [2.2 Маркировка результатов](#)
- [3 Виды анализов, используемых для определения ТОРЧ-инфекций](#)
- [4 Примеры расшифровки анализа на ТОРЧ-инфекцию](#)
  - [4.1 А\) Цитомегаловирус](#)
  - [4.2 Б\) Герпес](#)
  - [4.3 В\) Краснуха](#)
- [5 Опасность ТОРСН-инфекций для будущей матери и плода](#)
  - [5.1 Похожие статьи](#)

ТОРСН (ТОРЧ) – патогенные инвазии, которые Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает наиболее опасными для женщины в период гестации (беременности) и плода, который она носит. Особенность этих инвазий – в их относительной безобидности для человека в обычном состоянии и значительной опасности для беременных, что делает анализ на ТОРЧ-инфекции при беременности крайне важным способом диагностирования, предупреждения и расшифровки возможных угроз здоровью женщины в положении.

## **Тема :№ 29.Иммуноконфликтная беременность.**

### **Иммунологический конфликт по резус-фактору и системе АВО.**

Иммунологический конфликт обусловлен несовместимостью крови матери и плода по резус-фактору и системе АВО, вследствие чего развивается гемолитическая болезнь плода и новорожденного.

Резус-фактор, попадая в кровь резус-отрицательного человека, вызывает его иммунизацию, что проявляется выработкой антирезус-антител. Так переливание

резус-положительной крови резус-отрицательному пациенту стимулирует образование антител в 50% случаев.

К иммунизации резус-отрицательной женщины может привести внутривенное введение резус-положительной крови, предшествующие самопроизвольные или искусственные аборт, внематочная беременность, но чаще всего - беременность и роды резус-положительным плодом, особенно при операционных вмешательствах: ручное отделение плаценты или кесарево сечение. Резус-иммунизации способствуют нарушения целостности ворсин хориона, наблюдающегося при гестозах, угрозах прерывания беременности, инфекционных и экстрагенитальных заболеваниях, в результате которых в кровоток матери поступает достаточное количество фетальных эритроцитов.

Протекающие через плаценту резусные и групповые антитела вызывают гемолиз эритроцитов плода с развитием типичных проявлений гемолитической болезни. Гемолиз эритроцитов сопровождается образованием большого количества непрямого билирубина, который является сильным тканевым ядом, приводящим, благодаря блокаде ферментных систем, к снижению тканевого дыхания.

При изосенсибилизации женщины по резус-фактору и системе АВО наблюдается не только рождение плода с признаками гемолитической болезни, но и антенатальная гибель плодов и повторное самопроизвольное прерывание беременности. При высокой активности антител самопроизвольные аборт могут наступить в ранние сроки беременности.

Большое диагностическое значение имеет исследование резус-антител в крови беременной. При исследовании обращают внимание на величину титра антител и на его колебания на протяжении беременности.

При титре резус-антител 1:16 риск внутриутробной гибели плода достигает 10%.

Титр 1:32 в большинстве лабораторий считается критическим, то есть при превышении этого значения возможность мертворождения становится значительной. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного это состояние, возникающее в результате несовместимости крови матери и плода по некоторым антигенам.

Наиболее часто гемолитическая болезнь новорожденного развивается вследствие резус-конфликта. При этом у беременной женщины резус-отрицательная кровь, а у плода резус-положительная.

Во время беременности резус-фактор с эритроцитами резус-положительного плода попадает в кровь резус-отрицательной матери и вызывает в ее крови образование антител к резус-фактору (безвредных для нее, но вызывающих разрушение эритроцитов плода). Распад эритроцитов приводит к повреждению печени, почек, головного мозга плода, развитию гемолитической болезни плода и новорожденного. В большинстве случаев заболевание быстро развивается после рождения, чему способствует поступление большого количества антител в кровь ребенка при нарушении целостности сосудов плаценты.

#### **Резус-конфликт между матерью и плодом.**

Женщины, у которых существует риск развития конфликта, должны во время беременности находиться под тщательным контролем акушера-гинеколога. На протяжении всей беременности необходимо определять уровень резус-антител в крови (1 раз в месяц до 32 недель беременности, 2 раза в месяц с 32 до 35 недель, а затем еженедельно). Высота титра антител помогает определять состояние плода, прогнозировать тяжесть проблем новорожденного и при необходимости принять меры для предотвращения развития осложнений.

Предотвратить развитие конфликта во время повторных беременностей можно путем введения анти-резус-иммуноглобулина у женщин с отрицательным резусом

сразу после: первых родов, прерывания беременности, переливания несовместимой крови.

Эта ситуация встречается не так уж и редко. Причина ее - несовместимость крови матери и плода по так называемому резус-фактору.

**Резус-фактор** (по-другому - **резус-антиген** или **Rh-антиген**) представляет собой вещество, находящееся на поверхности красных кровяных клеток (эритроцитов). Смысл Rh-антигена в том, что он служит опознавательным знаком для иммунной системы, своеобразным "удостоверением личности".

**Угроза резус-конфликта при беременности существует лишь в том случае, если женщина резус-отрицательна, а ее муж (отец будущего ребенка) - резус-положительный. При этом плод должен обязательно унаследовать резус-антиген от отца.** Хотя и эта ситуация не всегда приводит к резус-конфликту. Все же остальные сочетания Rh-принадлежности супругов в этом плане совершенно безопасны.

Необходимо отметить, что первая беременность резус-отрицательной женщины Rh(-)-плодом чаще всего заканчивается нормально. При последующих аналогичных беременностях риск конфликта увеличивается. Почему это происходит, станет понятно после объяснения механизма резус-конфликта.

Суть резус-конфликта заключается в следующем: во время беременности эритроциты плода через плаценту попадают в кровь матери. Резус-антиген, находящийся на эритроцитах плода играет роль "неправильного удостоверения личности" для иммунной системы матери. Клетки плода признаются чужеродными и подвергаются уничтожению с помощью специальных белков - антител. Поскольку эритроциты плода продолжают поступать в материнский кровоток, продолжается и выработка губительных антител. Антитела "ищут" источник поступления "чужих" клеток, т.е. плод. На их пути встает плацента. И если антителам удастся прорвать ее барьер, то они начинают уничтожать эритроциты плода уже в его собственных сосудах. При этом появляется большое количество вещества, называемого билирубином. Билирубин может повреждать мозг плода, окрашивать его кожу в желтый цвет ("желтуха"). Поскольку эритроциты плода непрерывно уничтожаются, его печень и селезенка стараются ускорить выработку новых эритроцитов, при этом увеличиваясь в размерах. В конце концов, не справляются и они. Наступает сильное кислородное голодание и запускается новый виток тяжелых нарушений в организме плода.

Самое главное в решении проблемы резус-конфликта - это его профилактика. В женской консультации при первой явке женщины проводят определение ее резус-принадлежности. Если женщина является Rh(-), то ее берут на специальный учет.

Необходимо также определить Rh-принадлежность ее партнера. Если есть риск резус-конфликта, то в течение беременности проводят неоднократное исследование уровня противорезусных антител в крови женщины.

Резус-иммунизация - гуморальный иммунный ответ на эритроцитарные АГ плода резус -группы. Образовавшиеся антитела, проникая через плаценту вызывают экстравазкулярный гемолиз и анемию, приводящие к развитию эритробластоза плода. Все резус - АГ находящиеся на мембране эритроцитов, стимулирующий в организме беременной синтез АТ класса JgG.

#### **Выявление изоиммунизации**

Определение титра резус АТ в крови беременной проводят 1 раз в месяц до 32 недели беременности, 2 раза в месяц 32-35 недель беременности, а затем еженедельно. Если резус отрицательный матери имеющей резус положительного

партнера, обнаружены анти - резус -АТ, необходимо определить их класс. JgМАТ - не участвует в развитии гемолитической болезни плода и новорожденного. JgG-АТ могут быть причиной эритроblastоза плода, уровень АТ определяют титрованием. Если и мать и отец резус - отрицательны, необходимости дальнейшего обследования на анти резус-АТ нет.

#### **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.

**Предотвратить развитие конфликта** во время повторных беременностей можно путем введения анти-резус-иммуноглобулина у женщин с отрицательным резусом сразу после: первых родов, прерывания беременности, переливания несовместимой крови.

#### **Возможности причины сенсibilизации.**

- 1) Внематочная беременность.
- 2) Аборты - самопроизвольные и искусственные.
- 3) Переливание резус - положительной крови в прошлом.
- 4) Внутриутробная сенсibilизация (когда резус- отрицательный беременная сенсibilизирована при рождении резус- положительными клетками крови матери).
- 5) Рождение резус положительного ребенка резус-отрицательный матерью при АВО-несовместимости.
- 6) Рождение в прошлом детей с гемолитической болезнью.

#### **Диагностика**

Титр АТ у матери и акушерский анамнез помогают прогнозировать тяжесть эритроblastоза 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



## **Тема :№ 30.Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода.**

Издавна акушеры знали о заболеваниях (семейная желтуха) новорожденных, сопровождающихся желтухой, нередко со смертельным исходом. Однако причина и патогенез гемолитической болезни стали известны только с 1940 г., когда американские ученые К. Landsteiner и А. Wiener обнаружили белковый фактор в эритроцитах, который обладал антигенными свойствами. Этими учеными в эксперименте было показано, что эритроциты обезьян (макака-резус) при введении кроликам вызывали у последних выработку антител. Реакция антиген-антитело, выражающаяся в агглютинации, была обнаружена у 15% людей. У остального населения подобный антиген, названный D-фактором, резус-фактором ( $Rh_0$ ), содержится в эритроцитах, а также может быть в лейкоцитах, тромбоцитах и др. клетках тканей. В последующем было доказано, что, помимо резус-фактора, в эритроцитах могут быть обнаружены и другие антигены, отличающиеся друг от друга, - C ( $Rh^1$ ) и E ( $Rh^{II}$ ). Особенность каждого типа Rh заключается в том, что в ответ на введение в организм крови с определенным Rh-типом в сыворотке вырабатываются соответствующие агглютинины. Сыворотка анти- $Rh_0$  дает в 85% случаев положительную реакцию, анти-  $Rh^1$  - в 70%, анти-  $Rh^{II}$  - в 30 %. Rh-типы встречаются по отдельности или в сочетании друг с другом. Чаще всего эритроциты являются носителями двух или трех антигенов. Из трех типов резус-фактора наибольшее практическое значение имеет тип  $Rh_0$ , так как он обладает более сильным антигенным действием. По существу кровь считается резус-отрицательной только в тех случаях, когда в ней отсутствуют все 3 разновидности резус-фактора. Сложность системы резус обуславливается большим количеством мутаций каждого гена. Наличие резус фактора не связано с групповой принадлежностью, полом или возрастом человека. Одной из особенностей резус фактора является его передача по наследству.

**Свойства резус-антител.** Впервые антитела в крови матери, родившей мертвого младенца, обнаружил талантливый ученый и врач Филипп Левин – выходец из России, 25-летний доктор медицины. Ученый предположил, что причиной этого является плод, унаследовавший антиген от отца. В 1944-1946 годах Винер и Рейс открыли наличие 2-х видов Rh –антител: блокирующих и агглютинирующих.

Доказательством иммунизации человека резус-фактором является наличие в сыворотке его крови резус-антител. Однако отсутствие резус-антител не всегда является показателем отсутствия иммунизации. Есть предположения, что в подобных случаях антитела фиксированы клетками ретикулоэндотелиальной системы.

Различают 3 вида резус-антител: агглютинирующие, блокирующие и скрытые. Агглютинирующие антитела дают видимую агглютинацию с резус-положительными эритроцитами нулевой или одноименной группы, если они взвешены в сыворотке, альбумине, желатине (неполные антитела) или в взвеси эритроцитов в солевом растворе (полные антитела). Под блокирующими антителами подразумеваются такие антитела, которые не дают видимой агглютинации. Скрытыми называют такие антитела, которые выявляются только в разведении сывороткой АВ. Блокирующие антитела, не давая видимой реакции агглютинации, блокируют эритроциты. Обладая более низким молекулярным

весом, чем агглютинирующие антитела, они легко проходят через плаценту и имеют большое значение в патогенезе ГБН.

**Патогенез резус-иммунизации при беременности.** Основой изосерологической несовместимости крови матери и плода является неоднородность у них антигенных факторов эритроцитов крови, чаще по системе резус, реже по системе АВО. Вследствие проникновения факторов крови плода, обладающих антигенными свойствами, в кровотоки матери, у которой они отсутствуют, в её организме вырабатываются аллоиммунные антитела, которые через плаценту проникают к плоду, и в его организме возникает реакция антиген-антитело. Подобная реакция приводит к агглютинации и гемолизу эритроцитов плода, анемии, образованию непрямого билирубина - к гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП и ГБН).

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного может развиваться также при несовместимости крови матери и плода по системе АВО. Антигены А и В плода могут проникать во время беременности в кровотоки матери, приводя к выработке иммунных  $\alpha$ - и  $\beta$ -антител соответственно и развитию у плода реакции антиген-антитело ( $A\alpha$ ,  $B\beta$ ). При этом иммунологическая несовместимость проявляется в том случае, если у матери 0(I) группа крови, а у плода - А(II) или В (III).

Резус-иммунизация, вызванная беременностью, начинается с момента образования резус-фактора в эритроцитах плода. Резус-фактор появляется у плода с начала кроветворения в печени и поступления в периферическую кровь безъядерных эритроцитов. Резус-фактор формируется в ранние сроки беременности (по некоторым данным, начиная с 3-8 дня беременности), эритроциты плода в крови беременных могут появляться при сроке 6-8 недель. Продолжительность циркуляции эритроцитов плода в кровотоке матери точно не установлена, однако известно, что аборты в ранние сроки гестации и внематочная беременность способствуют иммунизации.

По статистическим данным, сочетание резус-отрицательной матери с резус-положительным отцом имеет место в 10-13% всех браков. Однако, резус-иммунизация возникает не у всех резус-отрицательных женщин, беременных резус-положительным плодом, а только у 5-10% из них. Причина повышенной чувствительности некоторых резус-отрицательных женщин к резус-фактору плода до настоящего времени остается неясной. Предполагают существование генотипического наследственного фактора, определяющего склонность организма к изоиммунизации.

Роды особенно часто являются причиной попадания антигенов в кровотоки матери с её последующей сенсibilизацией. Опасность сенсibilизации увеличивается при оперативных родах, особенно во время кесарева сечения и ручного отделения плаценты. В меньшей степени вероятно попадание эритроцитов плода в кровотоки матери в процессе беременности, но и это не исключено при наличии факторов, способствующих нарушению целостности ворсин хориона и плаценты: амниоцентез, угроза прерывания беременности, предлежание плаценты, ПОНРП, внутриутробная смерть плода.

Для иммунизации достаточно введения 0,1 мл резус-положительной крови (G.K. Cohen и соавт., 1964). Раз возникнув, антитела не исчезают, и чувствительность к повторному попаданию в организм резус-положительных эритроцитов велика.

Отсутствие резус-иммунизации при первой беременности, она обычно развивается при 2, 3 и 4 беременностях, а также при абортax, самопроизвольных выкидышах и гемотрансфузии и обуславливает степень иммунизации с ростом антител. Это является в свою очередь причиной самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, ГБП и ГБН.

### **Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.**

Гемолитическая болезнь (эритроblastоз) нередко является причиной смерти плода и новорожденного, повышенной заболеваемости в постнатальном периоде и последующие годы жизни.

#### **Способы проникновения антител через плаценту:**

1. Во время родов в связи с травмированием ворсинок и повышением внутриматочного давления. В результате гемолитическая болезнь развивается уже после рождения новорожденного - послеродовая, желтушная форма ГБН.
2. При осложненной беременности, сопровождающейся повреждением плаценты (преэклампсия, угроза преждевременных родов, ПОНРП, ПП), развиваются врожденные формы ГБП (отечная; анемическая; желтушная).
3. Антитела циркулируют в организме матери (от предшествовавших беременностей), но через плаценту не проникают. При этом, у изосенсибилизированной матери может родиться здоровый Rh-положительный плод.

Антирезус-антитела матери, попадая в кровоток плода, вызывают агглютинацию его эритроцитов. В последующем независимо от варианта воздействия комплексы эритроцитов разрушаются, выделяется большое количество непрямого билирубина, возникает анемия и гипербилирубинемия. Если эритроциты не разрушаются в кровяном русле, то они накапливаются в селезенке и там подвергаются гемолизу под воздействием фагоцитов.

#### **Тяжесть поражения плода зависит:**

##### **I. От антител:**

1. концентрации антител в крови матери
2. Мощности пассажа их через плаценту
3. Длительности пассажа

II. От степени зрелости плода. Зрелость плода - это важный фактор его выживания в условиях воздействия материнских антител. Чем зрелее плод, тем более выражены его компенсаторно-приспособительные и защитные реакции. Таким образом, важное значение приобретает срок гестации, при котором началось воздействие антител на плод. У зрелого плода отмечаются увеличение паренхиматозных органов, усиление костно-мозгового и экстрамедуллярного кроветворения (очаги в печени, селезенке) выраженная реакция лимфоидных органов.

III. Плацента. Выполняет функцию мощного элиминатора – переводит токсичный непрямо́й билирубин из организма плода в материнский организм. «Декомпенсация» наступает после родов, ибо после прекращения выделительной функции плаценты в крови и тканях новорожденного быстро накапливаются продукты распада непрямо́го билирубина, что является причиной тяжелой интоксикации и нередко - смерти.

#### **Формы гемолитической болезни**

1. Отечная форма (длительное или повторное умеренное воздействие антител на незрелый плод). Несовершенство компенсаторных механизмов, продолжающееся повреждение антителами, несмотря на элиминацию плацентой токсических продуктов, приводит к гибели плода до, во время, или сразу после родов.

Морфологические признаки: резкие отеки, гемосидероз печени, иногда селезенки, почек, увеличение их размеров, признаки декомпенсации эндокринной и лимфоидной систем, дистрофические и некротические изменения в паренхиматозных органах, увеличение сердца.

2. Анемическая форма (анемия без желтухи) является результатом непродолжительного внутриутробного действия антител в небольшой дозе на достаточно зрелый плод. Повреждение невелико, элиминация плацентой достаточная. После рождения зрелая печень обеспечивает достаточное выделение билирубина, желтуха не возникает. Прогноз благоприятен.

3. Врожденная желтушная форма (желтуха с анемией) возникает при значительном внутриутробном воздействии антител на достаточно зрелый плод. При этом хорошо выражена компенсация приспособительных механизмов. Плод рождается с явными признаками ГБН: анемией, увеличением печени, селезенки. Развивается или прогрессирует желтуха, билирубиновая энцефалопатия. Тяжесть этой формы обусловлена угнетением антителами системы иммунной защиты, вследствие чего у младенца часто возникают инфекционные осложнения (пневмония, пупочный сепсис).

4. Смешанная форма (когда сочетаются выше указанные формы)

В зависимости от степени иммунизации ГБП может развиваться в различные сроки беременности, иногда очень рано с 22-23 недель. При любом сроке могут отмечаться наиболее тяжелые проявления заболевания – общая водянка, отечная форма ГБП. Чаще заболевание возникает впервые часы и дни рождения. В зависимости от степени тяжести заболевание может проявляться в анемической, желтушной форме и форме универсального отека. При всех формах отмечается выраженная анемия.

**Диагностика основывается на:**

***1. Тщательном сборе анамнеза***

а) пути иммунизации (особое внимание уделяется абортам!)

б) акушерский анамнез: рождение живых детей с гемолитической болезнью; погибших от гемолитической болезни, внеутробная гибель от гемолитической болезни; внутриутробная гибель от гемолитической болезни

***2. Определение в крови антител и их титра***

Метод Кумбса, разработанный для криминалистики и используемый в судебной медицине, впоследствии стал использоваться в акушерстве для выявления Rh-антител. Метод основан на преципитации. Непрямая проба позволяет обнаружить в пуповинной крови эритроциты новорожденного, связанные с антителами (реакция агглютинации крови ребенка со специфической сывороткой Кумбса)

Этот тест не является абсолютным, так как антитела не исчезают после их выработки в организме матери, даже если в последующем не развивается заболевание плода или если у

плода Rh- отрицательная кровь. Определенное значение имеет динамика титра антител. Титр антител отражает наибольшее разведение сыворотки крови (1:2, 1:4, 1:16 и т.д.), при котором еще происходит гемолиз добавляемых к ней Rh-+ эритроцитов. Во время беременности титр антител может повышаться, несколько снижаться, колебаться. Нарастание титра антител не всегда определяется повышением степени иммунизации, иногда это объясняется попаданием их в кровяное русло их других клеток, а снижение - наоборот, связыванием их клетками. Тем не менее, повышение титра антител, особенно значительное (на 3-4 порядка), учитывают как косвенный признак ухудшения течения ГБП.

Различают:

1. стабильный титр
2. равномерное повышение титра
3. равномерное снижение титра
4. резкое увеличение титра перед родами
5. резкое падение титра перед родами
6. чередование подъемов и спадов антител

Первые три варианта: возможно рождение детей без ГБН (например, Rh-отрицательный), но нередко тяжелые поражение плода вплоть до внутриутробной гибели.

4-й и 5-й варианты: наблюдается только при Rh –положительном плоде и частью сопровождается тяжелой формой ГБН.

«Скачущий» титр – внутриутробная гибель плода или тяжелое поражение плода ГБ.

### ***3. Исследование билирубина в сыворотке крови беременной.***

Гипербилирубинемия и анемия являются одними из основных признаков ГБП, поэтому чрезвычайно важно определение степени их выраженности, о чем с известной долей вероятности можно судить по оптической плотности билирубина (ОПБ) в околоплодных водах.

Билирубинемия, выявляемая при повторных исследованиях, может быть связана:

- 1) как с выведением в кровь матери продуктов распада эритроцитов плода;
- 2) нарушением реакции печени у беременных.

### ***4. Исследование околоплодных вод.***

Сочетание желтой окраски вод с водянкой плода отмечена еще в 1949 году Pickles.

Впервые амниоцентез с последующим изучением вод предпринял в 1950 году Bewis. Исследуется содержание билирубина в амниотической жидкости (>0,3 мг%- тяжелая ГБН). Околоплодные воды получают путем амниоцентеза.

Амниоцентез – операция, целью которой является получение околоплодных вод для биохимического, гормонального, иммунологического, цитологического и генетического исследований, позволяющих судить о состоянии плода. Различают трансвагинальный и трансабдоминальный амниоцентез. Операцию всегда выполняют под контролем УЗИ. У беременных с Rh-сенсibilизацией, когда необходимо исследование ОПБ, пробу

амниотической жидкости следует быстро перенести в темный сосуд, для того, чтобы избежать изменения свойств билирубина под влиянием света.

ОПБ устанавливают с помощью спектрофотометрии при длине волны 450нм по отношению к дистиллированной воде.

Нормальная величина ОПБ не превышает 0,1.

При ОПБ от 0,1 до 0,15 можно предположить наличие ГБП легкой степени.

При ОПБ от 0,15 до 0,2 – ГБП средне и тяжелой формы.

При ОПБ от 0,2 и выше – ГБП тяжелой формы, либо внутриутробная гибель.

При оценке ОПБ могут быть получены ложноположительные результаты при попадании в иглу материнской крови, мекония, мочи или асцитической жидкости плода.

Более точно оценить тяжесть гемолитического процесса можно при исследовании ОПБ при различных длинах волн света. В таких случаях вычисляют  $\Delta\Sigma$ , наносят на график, разделенный на 3 зоны в зависимости от степени тяжести гипербилирубинемии и срока гестации. От того, в какую зону попадает установленное значение ОПБ, зависит дальнейшая тактика врача (шкала Лили, график Liley).

### **5.УЗИ.**

Целесообразно УЗИ проводить в следующие сроки беременности: 20-22, 24-26, 30-32, 34-36 нед. и непосредственно перед родоразрешением. УЗИ позволяет выявить изменения, как плаценты, так и плода. В зависимости от степени тяжести заболевания наблюдаются увеличение толщины плаценты. Превышение нормальной для срока гестации толщины плаценты на 0,5-1 см и более указывает на возможное заболевание плода, в связи с чем требуется провести повторное УЗИ. При отечной форме ГБП толщина плаценты может достигать 60-80 мм. При ГБ УЗИ позволяет выявить у плода увеличение размеров печени и селезенки. Признаками отечной формы ГБ являются выраженная гепатоспленомегалия, асцит, многоводие.

Также проводят определение биофизического профиля по видоизмененной шкале Vintzileos (1983). В отличие от маловодия, которое является неблагоприятным фактором у беременных без изосерологической несовместимости, при наличии таковой учитывают степень многоводия, а вместо степени зрелости плаценты – её толщину. Остальные критерии шкалы (сердечная деятельность, дыхательные движения, двигательная активность, тонус) оцениваются по стандартной схеме.

### **Течение, ведение беременности и родов.**

Течение беременности у резус-сенсibilизированных женщин отличается рядом особенностей. Беременные часто жалуются на общую слабость, сонливость, нехватку воздуха, кратковременную потерю сознания, на частые боли внизу живота. У резус-иммунизированных беременных часто в первой половине беременности развиваются токсикозы (50%), угроза прерывания беременности (47%), гипотония (23%). Во второй половине беременности наблюдаются отеки у 13% женщин, преэклампсия у 16%, также часто встречается анемия. Кроме этого, могут наблюдаться нарушения функции печени. Со стороны плода отмечается хроническая гипоксия плода.

У всех беременных при первом посещении врача определяют группу и резус-принадлежность крови. У беременных с группой крови 0 (I) в том случае, если у мужа иная группа, необходимо исследовать кровь на наличие групповых иммунных антител. При

резус-отрицательной крови у беременной определяют резус-принадлежность мужа и если у него резус-положительная кровь, то есть риск развития изосенсибилизации.

У пациенток с резус-отрицательной кровью следует, начиная с ранних сроков, проводить анализ крови на наличие антител и определения их титра: до 20 нед. беременности 1 раз в месяц, после 20 нед. – 1 раз в 2 нед. Другие авторы предлагают следующие варианты обследования. Если у беременной с резус-отрицательной кровью не определяются антитела, то 1 раз в 2 месяца, если она иммунизирована, то до 32 недели 1 раз в месяц, 32-35 недели – 2 раза в месяц, до родов – 1 раз в неделю проверяется кровь на наличие и рост титра антител. Необходимо также проведение непрямой реакции Кумбса, которая позволяет определить, какие антитела циркулируют в крови, связанные или свободные.

В отсутствие антител до 28 нед беременности многие исследователи рекомендуют беременным с резус-отрицательной кровью с профилактической целью внутримышечно вводить 300мг RhIg, который может блокировать резус-антитела. Важно, чтобы препарат, содержащий антитела, не проходил через плаценту.

Определение состояния плода на основании результатов оценки биофизического профиля и УЗИ проводят еженедельно, начиная с 31-32нед. У беременных группы высокого риска развития ГБП (наличие в анамнезе поздних выкидышей, преждевременных родов, мертворождений, ГБП) УЗИ нужно проводить ежедневно или с интервалом 1-2 дня.

С целью снижения сенсибилизации беременным с резус- отрицательной кровью даже в отсутствие у них резус-антител, а также при наличии АВО-сенсибилизации рекомендуется провести 3 курса неспецифической десенсибилизирующей терапии по 10-12 дней при сроке 10-12, 22-24, 32-34 нед. Женщины, у которых наблюдается осложненное течение беременности, должны быть госпитализированы в отделение патологии беременных, где наряду с лечением основного заболевания проводят курс десенсибилизирующей терапии.

Беременным, в анамнезе которых имеются самопроизвольные выкидыши и роды плодов с отечной или тяжелой желтушной формой гемолитической болезни, при высоком титре резус-антител в специализированном учреждении можно проводить плазмаферез, заключающийся в изъятии у беременных определенного объема (250-300мл) плазмы, содержащей антитела. Замещение изъятых плазмы производят коллоидными, кристаллоидными и белковыми препаратами и одновременно возвращают в кровотоки форменные элементы крови беременной. Плазмаферез выполняют 1 раз в неделю под контролем титра антител, начиная с 23-24 нед беременности до родоразрешения; плазмаферез можно проводить и до беременности в качестве подготовки к ней.

Беременных, у которых отмечается резус-сенсибилизация, следует направлять в родильный дом при сроке беременности 34-36 нед, при АВО-сенсибилизации 36-37 нед для дополнительного обследования и решения вопроса о родоразрешении. При наличии ГБП необходимо досрочное родоразрешение, так как к концу беременности увеличивается поступление резус-антител к плоду. Оптимальные срок родоразрешения - 37-38нед беременности, так как при более раннем родоразрешении вследствие функциональной незрелости органов ГБ протекает более тяжело, ребенок страдает от респираторного дистресс-синдрома. Однако, если объективные данные свидетельствуют о выраженном страдании плода, если женщина имеет отягощенный акушерский анамнез, родоразрешение возможно и в более ранние сроки беременности. При этом необходимо провести

мероприятия, направленные на ускорение созревания легких недоношенного плода. Назначают дексаметазон по 2мг 4 раза в сутки за 2-3дня до предполагаемых родов.

При выраженной отечной форме ГБП беременность прерывают при любом сроке.

Как правило, родоразрешение проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение выполняют при наличии дополнительных акушерских осложнений.

При готовности шейки к родам производят амниотомию. В случае, если родовая деятельность не разовьется, через 5-6 ч после амниотомии начинают родовозбуждение окситоцином или простагландинами по общепринятой методике.

В родах проводят тщательный контроль за состоянием плода, осуществляют профилактику гипоксии. Сразу после рождения ребенка его быстро отделяют от матери во избежание массивного попадания резус-антител в кровотоки новорожденного. Из пуповины берут кровь для определения содержания билирубина, гемоглобина, группы крови ребенка, его резус-принадлежности. Проводят непрямую пробу Кумбса, позволяющую обнаружить эритроциты новорожденного, связанные с антителами. Учитывая склонность плода и новорожденного с гемолитической болезнью к кровоизлияниям, следует бережно вести второй период родов. Целесообразны эпидуральная анестезия и рассечение промежности. При АВО – сенсбилизации ведение родов не имеет каких-либо особенностей.

В последующем при необходимости заменного переливания крови новорожденным с ГБ используют пуповинные сосуды, поэтому скобку на пуповину не накладывают. Пуповину перевязывают на расстоянии 2-3см от пупочного кольца.

Терапия при Rh- иммунизации:

1. Консервативные методы
2. Хирургические (аллопластика кожного лоскута)
3. Досрочное родоразрешение

#### **Гемолитическая болезнь новорожденных**

Выделяют анемическую, желтушную и отечную формы болезни.

*Анемическая форма* с первых часов жизни проявляется бледностью кожного покрова, гиподинамией, увеличением печени и селезенки. В крови снижен уровень гемоглобина.

*Желтушная форма* клинически характеризуется ранним появлением желтухи, увеличением размером печени и селезенки. Как правило, сопровождается анемией.

*Отечная форма* – наиболее тяжелая форма болезни, часто заканчивающейся внутриутробной гибелью плода. Наблюдается общий отек, практически все полости (брюшная, плевральная) заполнены жидкостью, печень и селезенка больших размеров.

Гемолитическая болезнь новорожденных по АВО-системе, как правило, не имеет специфических проявлений на момент рождения ребенка.

На основании лабораторных и клинических данных можно выделить 3 степени тяжести ГБН по резус-фактору:



Легкая форма (I степень тяжести) характеризуется некоторой бледностью кожи, незначительным снижением гемоглобина (до 150 г/л) и умеренным повышением уровня билирубина в пуповинной крови (до 85,5 мкмоль/л), легкой пастозностью жировой клетчатки;

Среднетяжелая форма (II степень тяжести) характеризуется бледностью кожи, снижением уровня гемоглобина (150-110г/л), повышением билирубина (85,6-136,8 мкмоль/л) в пуповинной крови, пастозностью, увеличением печени и селезенки;

Тяжелая форма (III степень тяжести) характеризуется резкой бледностью кожи, значительным снижением гемоглобина (менее 110г/л), значительным повышением билирубина (136,9 мкмоль/л) в пуповинной крови, генерализованными отеками.

*Билирубиновая энцефалопатия* – самое тяжелое осложнение ГБН, связанное с токсическим повреждением нейронов непрямым билирубином. К факторам, повышающим риск поражения ЦНС новорожденного, относятся недоношенность, асфиксия, гипотермия, ацидоз, гипопроотеинемия, недостаточность питания.

Клинически выделяют 4 фазы течения билирубиновой энцефалопатии:

1. билирубиновая интоксикация (вялость, гипо-, адинамия, гипо-, арефлексия);
2. признаки ядерной желтухи (спастичность, судороги, «мозговой крик», симптом «заходящего солнца»);
3. мнимое благополучие (со 2-й недели уменьшение спастичности, судорог);
4. формирование клинической картины неврологических осложнений (ДЦП, атетоз, параличи, парезы, глухота)

#### **Диагностика ГБН.**

1. Степень отягощенности акушерского анамнеза

2. Клиническая выраженность заболевания

А) группа, Rh-принадлежность крови младенца

Б) прямая проба Кумбса (прямая пропорциональная зависимость титра от тяжести желтухи)

В) Hb и эритроциты в пуповинной крови

Г) непрямой билирубин в сыворотке пуповинной крови (в динамике для выяснения почасового прироста) ( 0,1 мг% в час - тревожный признак)

**Лечение ГБН** Применение заменного переливания крови новорожденным с ГБН, а также введение матери антирезус-иммуноглобина (RhIgG) после прерывания беременности любым путем (аборт, роды, внематочная беременность) значительно снизило высокие значения перинатальной смертности и заболеваемости. Введенный RhIgG, связывает Rh-антигены, которые могут поступать в кровоток матери при прерывании беременности, и тем самым предотвращают выработку материнских антител и Rh-иммунизацию.

#### **Лечение ГБН:**

1. медикаментозное: витамины, гепатопротекторы, альбумин

2. заменное переливание крови (180 мл крови на 1 кг массы новорожденного)- Rh-отрицательной.

**Показания к операции заменного переливание крови (ЗПК):**

1) безусловным показанием к экстренному проведению операции ЗПК является тяжелая форма ГБН;

2) показанием к раннему проведению операции ЗПК (в первые 24 часа) являются следующие:

уровень общего билирубина в пуповинной крови выше 77,5 мкмоль/л;

уровень гемоглобина в пуповинной крови ниже 110 г/л (гематокрит ниже 35%)

почасовой прирост билирубина выше 8,5 мкмоль/л (быстро прогрессирующая анемия), при этом используется техника ЗПК с замещением 2 ОЦК;

3) только в отсутствие необходимых условий для эффективного проведения комплексной консервативной терапии могут быть использованы расширенные показания к раннему проведению операции ЗПК:

уровень общего билирубина в пуповинной крови выше 68 мкмоль/л

уровень гемоглобина в пуповинной крови ниже 140г/л

появление желтухи у ребенка в первые 6ч;

почасовой прирост уровень общего билирубина выше 6,8 мкмоль/л

При этом также используется техника ЗПК с замещением 2 ОЦК;

4) в отсутствие показаний к проведению ЗПК в первые сутки жизни основанием для проведения этой операции служат уровень общего билирубина в сыворотке крови выше

256 мкмоль/л на 2-е сутки и более 340 мкмоль/л у доношенных и более 256-340 мкмоль/л у недоношенных в последующие сутки жизни.

Выбор препаратов крови и особенности их использования при ЗПК:

1. для заменного переливания крови при резус-конфликтах используется одногруппная резус-отрицательная кровь;
2. при несовместимости по групповым факторам - эритроцитарная масса 0(I) группы соответственно резус-принадлежности ребенка и плазмы одногруппной или АВ (IV) группы в соотношении 2:1;
3. при несовместимости и по резус-фактору, и группе крови – эр. массу 0(I) группы резус-отрицательную и плазму АВ (IV) группы в соотношении 2:1

### **Профилактика резус-сенсibilизации.**

Профилактические мероприятия заключаются в следующем: любое переливание крови производить с учетом резус-принадлежности крови реципиента и донора; необходимо сохранить первую беременность у женщин с резус-отрицательной кровью; профилактика и лечение осложненной беременности; проведение десенсибилизирующей терапии; осуществление специфической профилактики резус-сенсibilизации у женщин с резус-отрицательной кровью путем введения антирезус-иммуноглобулина после любого прерывания беременности.

Специфическая профилактика Rh- иммунизации заключается во введении анти-D-гамма-глобулина (препарат Рогам) в первые 48-72 часа после родов (300 Ед) или аборт (150 Ед) Rh-отрицательным женщинам. Условие: женщина не должна быть иммунизирована во время беременности. Иммуноглобулин-антирезус вводят по одной дозе внутримышечно однократно. Родильнице указанную дозу назначают в течение 48 ч после родов, при аборте - по окончании операции. После кесарева сечения и ручного отделения плаценты дозу препарата необходимо удвоить.

При неукоснительном выполнении методики специфической профилактики резус-сенсibilизации можно практически решить проблему резус-конфликтной беременности.

### **Тема :№ 31.Невынашивание беременности. Этиология, патогенез, классификация.**

**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:

A разрыв околоплодного пузыря;

B целый околоплодный пузырь и раскрытие шейки более 2 см;

C 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:

- страметазон 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 методов 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, уреоплазм.
  - 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 назначается контрацептивные средства с учетом показаний и противопоказаний.

#### **Тема: №32. Перенашивание беременности. Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска.**

**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 дистресс 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;
- переношенная 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 интраспинальной линии	-3	-1	+1	+2

При отсутствии готовности родовых путей (зрелости шейки матки) к индукции родов проводится созревание 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 1мин. с последующим увеличением капель по 5 капель каждые 5мин. доведя 40капель в 1 мин. и/или 3-4 схватки матки за 10 мин.

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

Режим приема мизопростала 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 мизопростала 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 мизопростала 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.

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, УТТ, КТГ.
3. Тактика ВОП: госпитализация в акушерский стационар для родоразрешения.

#### 5. Практическая часть

##### Перечень практических навыков.

Определение срока беременности и родов

Наружный акушерский осмотр беременных;

Определение массы плода

(смотри приложение к учебному пособию практические навыки)

#### 8. Контрольные вопросы:

Составление группы беременных с риском на перенашивание

Написать индивидуальные планы обследования и ведения беременных при перенашивании

Интерпретация основных лабораторных и функциональных методов исследований, применяемых при данной патологии.

Особенности клинического течения, тактика ведения на догоспитальном этапе женщин с перенашиванием.

Прогноз и профилактика акушерской патологии у женщин с перенашиванием.

Послеродовая реабилитация женщин после осложненной беременности и родов, взятие на диспансерный учет с данной патологией.

#### Тема :№ 33.Фетоплацентарная недостаточность,синдром внутриутробной задержки развитие плода.

Мы можем определить некоторые специфические детали о состоянии плода

При правильном понимании физиологии плода врачи могут задавать конкретные вопросы о его состоянии. Здоров ли он? Хорошо ли он переносит среду, в которой находится, и хорошо ли он развивается? Безопасно ли для него находится в матке? Безопасны ли для него роды? Недавние достижения в акушерских технологиях смогли дать некоторые ответы на эти вопросы.

#### Цели антенатального ухода:

Помочь женщине оставаться здоровой

Выявить и пролечить имеющиеся патологические состояния

Обеспечить здоровье плода

#### Ключевая информация

### 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.

### Оценка состояния плода во время беременности и родов.

Для диагностики нарушений жизнедеятельности плода определяют частоту, ритм, вариабельность сердцебиения во время функциональных проб. Оценка 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.

### 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)

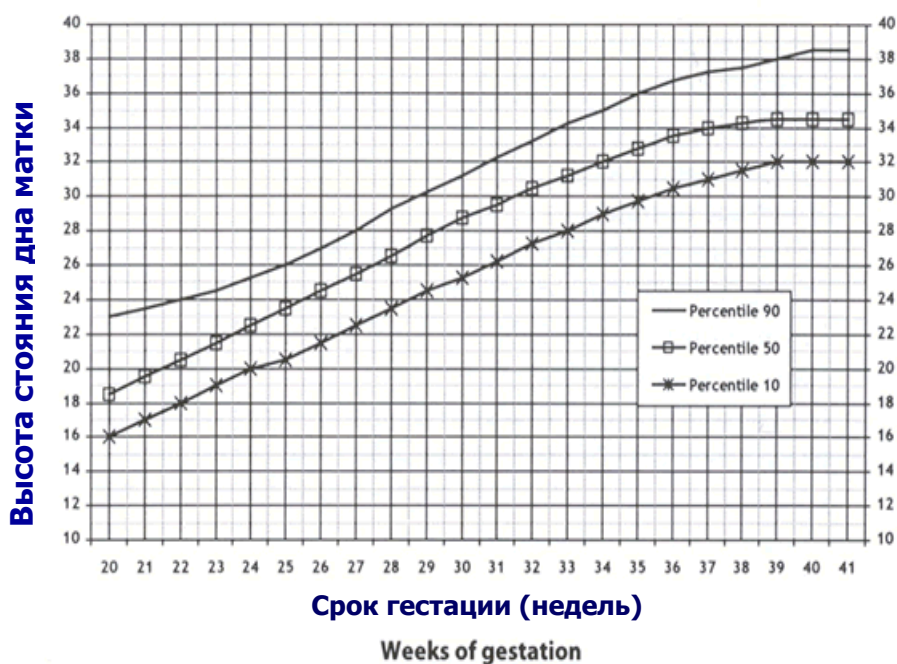
Учащение сердцебиений плода на 15-35 ударов в ответ на шевеление (положительный «миокардиальный рефлекс» или реактивный NST-тест) характеризует нормальное его состояние.

К современным методам оценки состояния плода относится и **ультразвуковая диагностика**, позволяющая определить величину бипариетального размера головки плода, толщину и площадь плаценты и количество околоплодных вод.

**В антенатальном уходе** используется простой и недорогой метод, который предполагает измерение высоты стояния дна матки и регистрация изменений на графике антенатального развития. Этот метод позволяет диагностировать маленький или большой размер плода для соответствующего гестационного возраста, и может использоваться в качестве скринингового теста для проведения дальнейших исследований.

#### График антенатального развития

Figure 4: Uterine height values by weeks of gestation



Часто отождествляются понятия «малый для гестационного возраста плод» и «плод с малым весом при рождении». Понятие «плод с малым весом при рождении» объединяет два патологических и одно нормальное состояние. Нормальное состояние – это когда ребенок здоров, но маленький по конституции. К патологическим состояниям относятся преждевременные роды и задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР). В медицинской литературе встречаются также такой синоним, как ВЗРП – внутриутробная задержка развития плода.

Новорожденные со ЗВУР имеют гораздо больше шансов умереть или иметь синдром дыхательной недостаточности, или получить такие осложнения как внутрижелудочковое кровоизлияние и некротический энтероколит.

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.).

**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

**Тесты, используемые при дородовом уходе для оценки состояния плода**

**Оценка двигательной активности плода**

Рутинный формальный подсчет шевелений плода не рекомендован. Предпочтительнее не формальный подсчет, а качественная оценка матерью активности плода

**Аускультация ЧСС плода** Может подтвердить, что плод живой

Рутинное выслушивание не рекомендуется. Должно проводиться по просьбе матери, чтобы заверить ее, что плод живой

**Ультразвуковое исследование (УЗИ)**

Рутинное УЗИ на ранней стадии беременности (до 24 недель) эффективно для:

Оценки гестационного возраста

Раннего определения многоплодия

Раннего определения непредвиденного порока развития плода в то время, когда еще возможно прерывание беременности

Рутинное УЗИ женщинам на поздней стадии беременности, относящимся к группе с низкой степенью риска, или же женщинам, у которых группа риска не определена:

Не несет пользы для матери или плода

**Общие обследования, используемые при антенатальном уходе для выявления МГВП**

Пальпация живота

Измерение высоты стояния дна матки

Ультразвуковая биометрия

Биофизические тесты и доплерометрия пупочной артерии для диагностики МГВП/ЗВУР

**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
Постельный режим	Прекращение курения беременной женщиной
Аспирин и дипиридамо	Пищевые добавки при недоедании
Гормоны	Лечение малярии
Кислород	Лечение бессимптомной бактериурии
Глюкоза	Аспирин для женщин с преэклампсией в анамнезе
Витамины	
Метаболиты	
Токолитики	
Блокаторы кальциевых каналов	
Увеличение ОЦК	

### Единственное эффективное лечение ЗВУР

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ в наиболее оптимальный срок

### Плацентарная недостаточность.

Это нарушение функции плаценты обусловленное морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа. Проявляющаяся нарушением транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты.

### Классификация.

1. Гемодинамическая плацентарная недостаточность-нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения.
2. Плацентарно-мембранная – снижение способности плацентарной мембраны к транспорту метаболитов.
3. Клеточно-паренхиматозная – нарушение клеточной активности трофобласта и плаценты.

**Выделяют:** Первичная плацентарная недостаточность (ППН) – формируется во время имплантации, раннего эмбриогенеза ( до 16 нед.) и плацентации под воздействием генетических, эндокринных и инфекционных факторов. Эти факторы действуют на гаметы, зиготы, бластоцисту, плаценту и на женские половые органы. В результате изменяются строение, расположение и прикрепление плаценты. Первичная плацентарная недостаточность способствует развитию уродств плода, врожденных пороков, неразвивающейся беременности.

Вторичная плацентарная недостаточность (ВПН) – формируется после 16 нед. беременности под влиянием материнского организма и экзогенных факторов.

ППН и ВПН делятся на острую и хроническую:

**Острая** – возникает при ПОНРП, отслойке предлежащей плаценты.

**Хроническая**– в результате ЭГЗ или генитальных заболеваний, развивается рано, течет длительно; нарушаются компенсаторно-приспособительные процессы с развитием циркуляторных расстройств и воспалительно-дегенеративных изменений.

**Диагностика.** Разработка современных методов исследования состояния фетоплацентарного комплекса в динамике беременности и родов позволила своевременно диагностировать и лечить основные клинических формы страдания плода: - задержку внутриутробного развития (гипотрофию) и/или его хроническую гипоксию.

**Пренатальная диагностика** указанных состояний:

-эхография («биофизический профиль» по Manning или в модификации Vintzileos, фетометрия, исследование плаценты, в частности определение степени зрелости по Grannum).

-кардиотокография (системы бальных оценок Фишера, Кребса, Савельевой или компьютерная оценка данных по Демидову, Redman&Dowes).

-доплеровская флуометрия в сосудах системы «мать-плацента-плод».

-цитология.

-амниоскопия,

-гормональные методы.

**Лечение** (лечение основного заболевания).

1. Улучшение маточно-плацентарного кровообращения

2. Нормализация обмена мать-плод

3. Улучшение метаболической функции плаценты.

4. Воздействие на плод через плаценту.

**Лечение.**

В группах риска 3-х разовое профилактическое лечение.

1. Отказ от вредных привычек, санация очагов хронической инфекции.

2. Нормализация питания и режима

3. Лечение как при гипоксии плода и ФПН. **Определение маленького для гестационного возраста плода (МГВП)**

**Маловесный ребенок**

«Маленький ребенок» или «ребенок, родившийся с низким весом» - это ребенок:

-Родившийся недоношенным, срок беременности от 32 до 36 недель

-Родившийся за 1-2 месяца до ожидаемой даты

-Родившийся с весом 1500-2500 г.

«Очень маленький ребенок» или «ребенок, родившийся с очень низким весом» - это ребенок:

-Родившийся чрезвычайно недоношенным, срок беременности менее 32 недель

-Родившийся больше чем на два месяца раньше ожидаемой даты

-Родившийся с весом <1500 г.

Такие новорожденные, более уязвимы, чем ребенок с большим весом, и часто нуждаются в направлении в специальное отделение для получения особого ухода.

Рекомендуется направлять всех новорожденных, особенно маловесных или очень маловесных детей вместе с их матерями в специализированное отделение. При необходимости перевода женщины на более высокий уровень оказания помощи, желательно ее переводить до родов (пока ребенок находится в матке). В условиях регионализированной перинатальной помощи, женщин, рожаящих намного раньше срока, следует направлять в родильное отделение с более высоким уровнем оказания помощи, где недоношенный или «очень маленький ребенок» сможет получить надлежащий уход.

Существуют две категории «маленьких» детей/детей, родившихся с низким весом:

Недоношенный ребенок с весом при рождении от 1500г до 2500 г.

Доношенные дети, слишком маленькие для своего внутриутробного возраста, которые родились с весом меньше 2500 г. Эти дети являются более зрелыми, чем недоношенные.

Основные причины рождения «маленького» ребенка

Курение, употребление алкоголя или наркотиков во время беременности

Неправильное питание матери

Анемия у матери

Инфекции:

-Бактериальные: стрептококк В, кишечная палочка, листерия

-Вирусные: грипп, корь, цитомегаловирус

- Паразитарные: малярия, токсоплазмоз

Гипертензия во время беременности

Многоплодная беременность – двойни, тройни

Аномалии матки или плаценты

Дородовой разрыв плодных оболочек

Некоторые врожденные пороки и генетически обусловленные состояния новорожденного.

Проблемы ухода за «маленьким» ребенком

«Маленький» ребенок:

- Имеет больше шансов заболеть, чем ребенок, родившийся с весом более 2500 г
- Имеет более высокий риск смертности, чем ребенок с весом более 2500 г
- Нуждается в более тщательном уходе и контроле состояния, чем ребенок, родившийся с весом более 2500 г
- Остается в родильном отделении дольше, чем ребенок, родившийся с весом более 2500 г
- Часто нуждается в направлении на более высокий уровень оказания помощи.

Некоторые особенности «маленького» ребенка

У «маленьких» детей есть некоторые особенности:

- Биологическая незрелость (особенно среди недоношенных новорожденных)
- Маленькие размеры: большая поверхность тела относительно веса, маленький объем желудка
- Ограниченные запасы жира, гликогена, железа, кальция и витаминов.

Специальная подготовка к рождению «маленького» ребенка

Температура в родильной комнате должна быть не ниже 25°C, в идеале 28°C; обогреватели должны быть включены; следует подготовить теплые полотенца и одежду для ребенка  
«Маленькие» дети чаще нуждаются в реанимации, чем дети, родившиеся с нормальным весом:

-команда неонатологов с оборудованием для реанимации (включая ларингоскоп и лекарственные средства) должна находиться в родильном зале

Особое внимание необходимо уделять предупреждению гипотермии и инфекций

Лучший способ предупредить гипотермию «маленького» ребенка – обеспечение немедленного контакта «кожа-к-коже» с матерью, если ребенок не нуждается в реанимации.

#### **Тепловая защита новорожденных.**

Это ряд мероприятий которые проводятся при рождении и в первые дни жизни и обеспечивают режим, при котором новорожденный не переохлаждается и не перегревается, а поддерживает нормальную температуру – 36.5 – 37.5°C Чем меньше вес новорожденного, тем больше риск переохлаждения. Температурная стабильность растет с увеличением веса ребенка. Температура в материнской утробе составляет 38°C, наибольшее охлаждение новорожденного происходит в первые минуты после рождения и если потерю тепла не предотвратить, то у ребенка развивается гипотермия.

При гипотермии ребенок особенно с малым весом или больной находится под большим риском появления проблем в состоянии его здоровья или риском смерти.

Тепловая защита новорожденных состоит из следующих принципов. Это не зависит от того, что ребенок родится на дому или в лечебном заведении:

Теплый родильный зал >25 C;

Немедленное обтирание;

Контакт кожа-к-коже (как минимум 2 часа);

Грудное кормление;

Отложить взвешивание и купание;

Совместное пребывание матери и ребенка;

Соответствующее пеленание и укутывание;

Транспортировка в теплых условиях;

Оживление в теплых условиях;

Повышение уровня подготовки и знаний сотрудников.

**Лечение гипотермии.** Новорожденного ребенка с признаками гипотермии нужно как можно скорее согреть. **Легкой гипотермии** (температура тела 36.0-36.4°C) ребенка можно согреть при помощи контакта кожа-к-коже, в теплом помещении (не ниже 25°C).

Гипотермии **средней тяжести** согреть:

Под лампой-обогревателем;

В инкубаторе, при 35-36°C

При помощи водяного матраца-грелки;

В теплом помещении: температура в помещении должна быть 32-34°C (и выше) если ребенок больной или слабый;

В теплой детской кроватке, ее можно согреть горячей грелкой или горячим камнем, которые нужно убрать перед тем, как положить в кроватку ребенка;

Если недоступны названные методы или при стабильном состоянии ребенка можно использовать контакт кожа-к-коже с матерью в теплом помещении (не ниже 25°C) Процесс согревания нужно продолжать пока температура ребенка не достигнет нормального уровня. Температуру нужно измерять каждый час, так же как температуру прибора, который используется, и при температуре помещения. Ребенка нужно продолжать кормить.



#### **Аномальная температура тела у новорожденного.**

Пониженная температура тела (гипотермия-температура ребенка менее 36.5°C) и повышенная температура тела (гипертермия-температура ребенка более 37.5°C) признаки аномалии температуры тела.

**При тяжелой гипотермии** (температура тела ребенка менее 32°C) проводится следующие мероприятия:

Немедленно согреть ребенка методом согревания. При правильном согревании температура тела ребенка увеличивается по крайней мере на 0.5°C в час в течении последних трех часов. Снять с ребенка холодную или влажную одежду и одеть теплую одежду.

Восстановить гипогликемию.

У ребенка частота дыхания более 60 раз в мин или у него отмечается втягивание грудины или шумный выдох (грантинг), надо лечить дыхательные расстройства.

Если ребенок показывает признаки готовности сосать грудь, надо проводить грудное вскармливание, если нет, надо дать ему сцеженное грудное молоко через желудочный зонд, как только температура ребенка достигнет 35°C.

При нормализации температуры тела ребенка, надо измерять ее каждые три часа в течение 12 часов.

**При гипотермии средней тяжести** (температура тела 32°-36°C) выполняется, так же как и при тяжелой.

**Гипертермия** (температура тела ребенка более 37.5°C) вызвана перегревом при использовании источника лучистого тепла или инкубатора надо проводить следующие принципы:

Уменьшить параметры нагревающего устройства и открыть дверце.

Частично или полностью раздеть ребенка на 10 мин. потом опять одевать и накрыть

Каждый час измерить температуру в инкубаторе или под источником лучистого тепла, и соответственно подобрать необходимые параметры.

#### **АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

Это патологическое состояние связанное с нарушением механизмов адаптации при переходе от внутриутробного существования к внеутробному, 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.

## **Рвота, диарея, кровотечения или бледность, родовая опухоль, проблемы кожи и слизистых оболочек, родовая травма, врожденные дефекты, судороги.**

Если у ребенка отмечается сильная рвота не зависящая от метода вскармливания, и с примесью желчи или крови надо применять следующие мероприятия:

Изучить данные анамнеза,

Осмотреть ребенка на болезненность живота и атрезии ануса.

Начать внутривенную инфузию

В период ухода за ребенком с **диареей** необходимо соблюдать требования по профилактике инфекций.

Не запрещать грудное вскармливание.

Ребенку надо давать пить раствор для оральной регидратации.

При продолжении жидкого и частого стула надо продолжать инфузионную терапию.

**Ребенок, у которого имеется кровотечение** или отмечается бледность при рождении или в любое время после рождения, с признаками или без признаков внутреннего или внешнего кровотечения применяются следующие принципы:

Оказать неотложные меры для остановки кровотечения.

При наличии признаков шока или признаки шока проявляющиеся во время осмотра ребенка начать инфузионную терапию раствором Рингера, при необходимости перелить кровь.

**Большинство родовых опухолей**, которые возникают во время родов, являются небольшими и проходят спонтанно; однако, кровотечение под надчерепной апоневроз может быть опасно для жизни, поэтому его надо немедленно распознать и лечить.

При этом надо оценить состояние ребенка:

-пропальпировать расположение и размеры родовой опухоли;

-проверять на наличие флюктуации и боли.

-определить уровень гемоглобина, гематокрита, проверять ЧСС и дыхание.

Начать кормить грудью.

Начать внутривенное введение жидкости.

**Проблемы кожи и слизистых оболочек.**

Кожные инфекции у новорожденных детей являются чрезвычайно заразными. Они бывают в виде: красных или припухлых, пустул или пузырей, белых пятен на языке или во рту. При этом необходимо промыть пораженную область кожи, используя антисептический раствор и чистые марлевые салфетки. При тяжелых состояниях с помощью лаборатории надо определить чувствительность возбудителя, и начать антибактериальную терапию. Если имеется флюктуация в области припухлости, желательно вскрыть и дренировать гнойник.

**Родовая травма-это** необычное положение одной из костей (руки, ноги, или плеча) ребенка без видимого кровотечения. Имеется асимметрия движений рук. Из анамнеза необходимо обращать особое внимание на трудные роды, для постановки вероятного диагноза. При необходимости надо пользоваться рентгенологическим исследованием.

Дети, рождающиеся с **врожденными дефектами** такие, как кожные отростки или дополнительные пальцы руки или ноги, врожденная расщелина губы или неба, косолапость, атрезия ануса направляются в специализированный центр для хирургического лечения.

Обязанности мед. персонала обеспечить эмоциональную поддержку матери и утешить ее.

**Судороги** могут вызвать асфиксию, родовую травму, или гипогликемию; они также могут быть признаком менингита или неврологических расстройств. В промежутке между судорогами ребенок может казаться здоровым, или быть без сознания, летаргичным или раздражительным.

Тактика ведения:

- внутривенное инфузия;
- устранить гипогликемию
- вводить фенobarбитал 20мг/кг массы тела внутривенно или внутримышечно.
- при необходимости надо вводить фенитоин внутривенно в 15 мл физ. растворе.

**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.

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.

Если центральный цианоз сохраняется даже при назначении 100% кислорода, по возможности надо переводить ребенка в стационар, в котором возможно проводить искусственную вентиляцию.

#### Неонатальный сепсис

Признаки характерные для неонатального сепсиса

Летаргия или вялость мышечного тонуса

Сонливость или пониженная активность

Рвота (вероятность сепсиса)

Вздутие живота

Вялое кормление или полный отказ от пищи после периода нормального вскармливания (вероятность сепсиса)

Признаки заболевания, проявляющиеся при рождении или в первый день жизни

Затянувшие роды

Роды в неблагоприятных условиях

Осложненная или трудная беременность и роды и дистресс плода

**Тактика:** госпитализация специализированный стационар.

## **Лечение**

Обеспечьте внутривенный доступ и в первые 12 часов вливать внутривенную жидкость в зависимости от возраста ребенка

Кровь на бак. посев и чувствительность, уровень Нб

Если нет менингита назначьте в/в ампицилин и гентамицин

При улучшении состояния при 3-х дневном курсе антибиотиков и при отрицательном посеве продолжаем лечение 5 дней

При положительном посеве согласно чувствительности продолжаем лечение 7-10 дней

После 12 часов лечения антибиотиками и улучшения состояния ребенка, начинайте прикладывать к груди. Если не способен сосать дайте сцеженное грудное молоко.

После прекращения антибиотиков наблюдаем в течении 24 часов

**Синдром внезапной детской смертности (СВС)**- это неожиданная, ненасильственная смерть ребенка грудного возраста, при которой отсутствуют адекватные для объяснения причин смерти клинические и патологоанатомические признаки заболевания.

### **Факторы риска:**

Социальные

Вредные привычки родителей (курение, алкоголизм, наркомания)

Неблагоприятные жилищно-бытовые условия

Мягкая (пуховая) подушка, матрас ребенка, тугое пеленание.

Биологические

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборты, выкидыши, юный и пожилой возраст первородящей)

Отягощенное течение беременности (ЭГЗ, стремительные роды, преэклампсия, артериальная гипотония)

Неонатальная патология (рождение ребенка с очень крупной массой тела, либо с малым весом, ЗВУР, гипоксия плода, позднее прикладывание к груди, спинальная травма, зондовое питание в первые дни жизни)

Частые инфекции

Существует два варианта СВС:

первичная остановка сердца связанная с фибрилляцией желудочков, ведущая к вторичной смерти мозга

первичная остановка дыхания с последующей медленной остановкой сердца

### **Профилактика:**

Выявлять группу риска и обучать матерей правильному уходу за новорожденными.

Проводить по возрасту массаж и гимнастику, закаливание.

### **Меры по предупреждению СВДС**

Шаг 1 – Сон на спине: положение ребенка во время сна - на спине

Шаг 2 – Отказаться от курения во время беременности и после рождения ребенка

Шаг 3 - Избегать перегрева ребенка

Шаг 4 – Укладывать ребенка спать на твердую поверхность

Шаг5– Убрать из детской кроватки мягкие предметы и незакрепленные постельные принадлежности

Шаг 6 – Спать на отдельной кровати, но в непосредственной близости от ребенка

Шаг 7 – Придерживаться грудного вскармливания

Шаг 8 – Следовать компании «BacktoSleep» («Сон на спине»)

## **Тема №34**

**Синдром кровотечения из половых органов в акушерстве. Кровотечение во II половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предлежания плаценты.**

Акушерские кровотечения являются одним из частых и серьезных осложнений беременности и родов. Частота их в последние годы составляет 2,7-2,9% общего числа родов, в 20-25% случаев они являются причиной материнской летальности.

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25%.

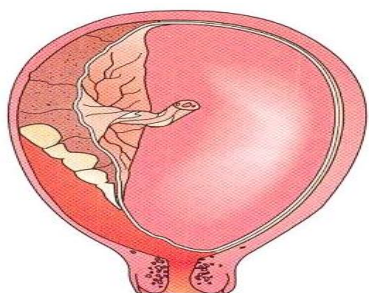
Анализ смертности беременных и рожениц от кровотечения свидетельствует об определенных дефектах в организации лечебно-профилактического процесса в ж/к и родильных домах.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом периоде уменьшились, однако чаще стали наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и её предлежанием и кровотечения на фоне нарушения гемостаза.

Кровотечения во второй половине беременности чаще всего обусловлены: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием плаценты, разрывами матки.

### **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

ПОНРП – это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом или во втором периодах родов). Встречается эта патология в 0,5-1,5% случаев.



*Рисунок 21. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.*

Различают частичную и полную отслойку плаценты, прогрессирующую и непрогрессирующую, легкую и тяжелую форму.

Ведущей причиной этой патологии является преэклампсия, особенно в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями – гипертонической болезнью, пиелонефритом,

сахарным диабетом, заболеваниями сердечно – сосудистой системы, В<sub>12</sub>, фолиеводефицитной анемией и другими заболеваниями, которые оказывают наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и являются фоном для развития преэклампсии.

**В родах причиной ПОНРП может быть:**

- дискоординированная родовая деятельность;
- внезапное и быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;
- рождение первого плода при монохориальной двойне;
- локализация плаценты на межмышечном узле;
- хронический базальный эндометрит;
- преждевременное старение плаценты;
- переносная беременность.

Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило,

предшествует хроническое нарушение маточно – плацентарного кровообращения:

- спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки;
- повышение вязкости крови со стазом эритроцитов, их агрегацией, лизисом и высвобождением кровяного тромбо – пластина;
- ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластично сосудистой

стенки, повышению ее проницаемости, что способствует разрыву артериол, капилляров,

формированию микрогематом, которые, постепенно сливаясь, разрушают базальную

пластинку децидуальной ткани, захватывают межворсинчатые пространства, образуя

ретроплацентарную гематому. Излившаяся при отслойке плаценты кровь диффузно

имbibурует миометрий порой до висцеральной брюшины параметрия, возникает маточно

– плацентарная апоплексия, описанная Кувелером.

**Клиника.** ПОНРП зависит от степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии.

ПОНРП чаще наблюдается у первобеременных. Неизменным фоном для развития

отслойки является осложнение беременности преэклампсией, как правило, длительно

текущей, сочетающейся с теми или иными соматическими заболеваниями.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Кровотечение может

быть внутренним, наружным и комбинированным. Наиболее опасно внутреннее

кровотечение. Варианты кровотечения зависят от локализации гематомы. В случае

возникновения гематомы в центре плаценты наружного кровотечения может и не быть или оно появляется позже. При отслойке плаценты по периферии кровь даже при небольшой гематоме может быстро отслоить оболочку, и кровотечение становится наружным.

**Болевой синдром** – второй чрезвычайно важный признак ПОНРП. Боль первоначально локализуется в той области матки, где расположена плацента, и постепенно распространяется на остальные ее отделы. Болевой синдром более выражен при отслойке с образованием ретроплацентарной апоплексии. В том случае внезапно возникают сильные распирающие боли в животе. Общее состояние женщины резко ухудшается, нарушается гемодинамика. Пульс и дыхание учащаются, артериальное давление прогрессивно снижается, кожные покровы бледнеют. Матка в состоянии гипертонуса, напряжена, болезненна при пальпации, увеличена в размерах, иногда асимметрична, быстро развивается картина геморрагического шока и симптомы внутриутробной гипоксии плода.

Имеется определенная зависимость между степенью отслойки плаценты, объемом ретроплацентарной гематомы, степенью напряжения матки и состоянием плода. При отслойке до 1/3 плаценты плод находится в состоянии гипоксии, при отслойке меньшей площади плаценты, если имели место морфологические или функциональные признаки ее недостаточности. Гипертонус матки свидетельствует о величине ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови, и указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объемом 1000 мл и более обязательно имеют место признаки геморрагического шока и ДВС – синдрома.

Обильные кровотечения, которые нередко наблюдаются после родоразрешения, обусловлены атонией матки в сочетании с острой коагулопатией. Матка, пропитанная кровью, теряет способность сокращаться, а кровь не свертывается, так как содержит небольшое количество прокоагулянтов вследствие их длительного предшествующего

внутрисосудистого потребления. При повышении фибринолитической активности синдром ДВС быстро переходит в III – IV фазу, кровотечение принимает генерализованный, неукротимый характер. Быстро прогрессирует шок.

В более легких случаях отслойки наблюдаются небольшие боли в животе, повышение тонуса матки и болезненность ее при пальпации в месте отслойки плаценты. Наружное кровотечение может отсутствовать. Отслойка небольшого участка плаценты может остаться незамеченной.

### **Диагностика ПОНРП:**

- кровотечение при ПОНРП – чаще в I периоде родов, III триместре беременности, реже во II периоде родов и во II триместре беременности, чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее;
- боль выражена при ПОНРП;
- состояние матки при ПОНРП – матка плотная, напряженная, нередко с локальным выпячиванием и болезненностью;
- при ПОНРП матка пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует;
- раздражение брюшины при ПОНРП может быть;
- сопутствующая патология при ПОНРП – преэклампсия, гипертоническая болезнь, болезни почек.

Велика роль в диагностике ПОНРП ультразвуковое сканирование.

Патологоанатомической (морфологический) диагноз ПОНРП устанавливают по виду материнской части плаценты (наличие фасеток, вдавлений при неполной отслойке плаценты) и на основании результатов микроскопического исследования (обширные микроинфаркты, фибриновые тромбы, склероз ворсин, истончение и отсутствие децидуальной ткани и др.).

**Лечение** прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести к развитию атонического кровотечения. Кроме того, усугубляются нарушения в системе гемокоагуляции, что также способствует усилению послеродового кровотечения и

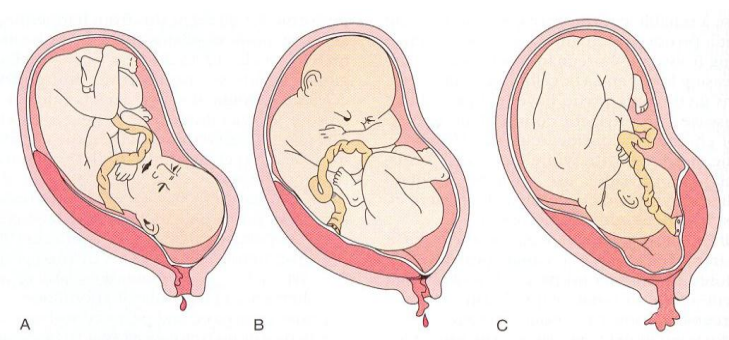
быстрому развитию необратимого шока. В связи с этим кесарево сечение является операцией выбора при ПОНРП. Если во время операции обнаружена имбиция матки кровью, то показано удаление матки.

После кесарева сечения или после самопроизвольных родов следует помнить об опасности коагулопатического кровотечения, при возникновении которого показано оперативное лечение в объеме экстирпации матки.

С целью профилактики ПОНРП следует совершенствовать диспансеризацию беременных, выделить женщин в группы повышенного риска по возникновению акушерских кровотечений. Обращать внимание на опасность возможной отслойки плаценты у беременных с преэклампсией, поэтому своевременно проводить профилактику и лечение преэклампсией.

#### **Предлежание плаценты.**

Частота этой патологии по отношению к общему числу родов колеблется от 0,2 до 0,9%. Различают полное (центральное) и неполное (боковое, краевое) предлежание. Кроме предлежания плаценты выделяют низкое расположение ее, когда нижний край плаценты находится на расстоянии 6 см от внутреннего зева.





## ***Рисунок 22. Предлежания плаценты.***

**К причинам возникновения предлежания плаценты относятся атрофические и дистрофические изменения эндометрия (после абортов и воспалительных процессов);**

- аномалии развития, деформации, опухоли матки;
- инфантилизм;
- застойные явления в малом тазе при заболеваниях сердца, печени, почек;
- неполноценность плодного яйца.

Предлежания плаценты чаще наблюдается у повторнородящих (примерно у 75%) по сравнению с первородящими (примерно у 25%). При предлежании плаценты в 5 – 6 раз чаще развивается приращение и еще чаще плотное прикрепление ее. Исходя, из возможности миграции плаценты частота предлежания во II триместре беременности наблюдается в 8 – 10 раз чаще, чем в начале родов.

### **Клиника.**

Ведущим клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение, возникающее в связи с ее отслойкой от стенки матки, в результате формирования нижнего сегмента в конце беременности и во время родов. Малоэластичная плацентарная ткань неспособна растягиваться вслед за стенкой матки, поэтому частично отслаивается, при этом вскрываются межворсинчатые пространства и начинается кровотечение, которое может возникнуть на протяжении беременности и во время родов. Так, при центральном (полном) предлежании кровотечение нередко начинается рано – во II триместре беременности, при боковом и краевом (неполном) – в III триместре или в родах. Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительнее, чем при неполном ее виде.

**Кровотечение при этой патологии имеет свои особенности:**

- оно всегда наружное, внезапное, как правило, без видимой внешней причины;
- не сопровождается какими – либо болевыми ощущениями;
- часто начинается в покое, ночью (проснулась «в луже крови») обязательно повторяется.

Характер кровотечения никогда нельзя предусмотреть. После 26 – 28 недель

беременности кровотечения могут спровоцировать физическая нагрузка, половой акт, влагалищное исследование, акт дефекации.

При предлежании плаценты нередко отмечается угроза невынашивания беременности, предлежания может способствовать возникновению угрожающего аборта.

Для предлежания плаценты характерно наличие артериальной гипотензии в конце беременности у 20 – 30% беременных, железодефицитной анемии, дефицита ОЦК. После родов ОЦК еще больше снижается, что следует учитывать при восполнении кровопотери.

При предлежании плаценты беременность и роды часто осложняются косым и поперечным положением плода, тазовым предлежанием, недонашиванием;

- слабостью родовой деятельности;
- нарушением течения послеродового периода в связи с вращением плаценты;
- гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде;
- эмболией околоплодными водами;
- тромбоэмболией;
- восходящей инфекцией.

**Диагностика** предлежания плаценты не представляет особых трудностей при наличии у беременных отягощенного акушерского анамнеза, повторных кровотечений. При наружном осмотре обнаруживается высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз, поперечное или косое положение плода.

Аускультативно в области нижнего сегмента матки определяется шум плацентарных сосудов. Объективным и безопасным методом диагностики данной патологии является ультразвуковое исследование, позволяющее с высокой степенью точности получить представление о локализации и путях «миграции» плаценты. Для этих целей целесообразен двух-, трехкратный УЗИ-контроль (в 16, 24-26 и в 34-36 недель). Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал позволяет исключить полип, эрозию, рак и

другую патологию, которая может быть источником кровотечения. При влагалищном исследовании выявляется пастозность сводов, при проходимости шейчного канала над внутренним зевом определяется плацентарная ткань. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование допустимо только в стационаре при развернутой операционной и готовности к операции. Производство влагалищного исследования в амбулаторных или домашних условиях является грубой ошибкой, так как может привести к усилению кровотечения.

Причиной дородового кровотечения при данной патологии является преждевременная отслойка предлежащей плаценты, послеродового кровотечения – гипо- и атония нижнего сегмента матки, а также повреждение обширной сосудистой сети шейки матки. Наиболее сильные кровотечения при этой патологии, как правило, развиваются в последовом, раннем послеродовом периодах.

**Предлежания плаценты** – грозная патология, является одной из основных причин акушерских кровотечений и геморрагического шока. К факторам, способствующим развитию шока, относятся: наблюдающиеся при предлежании плаценты артериальная гипотензия, железодефицитная анемия, сниженный прирост ОЦК к началу родов, а также обильное кровотечение на фоне предшествующих дробных кровопотерь. Недостаточный учет кровопотери в сочетании с недооценкой гиповолемии, имеющейся у беременной или роженицы с предлежанием плаценты, способствует быстрому развитию шока разной степени тяжести.

**Клинические дифференциально-диагностические признаки предлежания плаценты:**

- кровотечение при предлежании плаценты – чаще во II-III триместре беременности и в I периоде родов, обильное, наружное, повторяющееся;
- боль отсутствует при предлежании плаценты;
- состояние матки при предлежании плаценты консистенция и форма ее обычные;
- плод при предлежании плаценты хорошо пальпируется, сердцебиение плода чаще нормальное, реже страдает;
- сопутствующая патология при предлежании плаценты – осложненные роды и аборт в анамнезе, инфантилизм.

**Наблюдение и лечение** беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты, ни при каких условиях не подлежат выписке из стационара до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться, прежде всего, силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием плода. Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное, то назначаются: строгий постельный режим, препараты токолитического и спазмолитического действия, улучшающие координированный характер сократительной деятельности матки, лечение анемии, препараты, нормализующие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

При отсутствии выраженного кровотечения рекомендуется адреномиметики (алупент, партусистена и др.) в течение 3 –7 дней. При назначении токолитических препаратов необходимо помнить об их гипотензивном эффекте, что важно при лечении беременных с предлежанием плаценты, у которых отмечается склонность к этому состоянию.  $\beta$ -адреномиметики способствуют увеличению маточно-плацентарного кровотока за счет сосудорасширяющего эффекта на периферическом уровне. В связи со спазмолитическим эффектом, возможно, некоторое увеличение кровянистых выделений, что требует отмены препарата.

Вследствие недоношенности, внутриматочной гипоксии при предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная смертность (главным образом неонатальная), развитие у новорожденных дыхательных расстройств. Для улучшения обменных процессов обязательно использование комплекса витаминов, эссенциале, липостабила. Целесообразно назначение теоникола, курантила, свечей с теофиллином. По показаниям

применяется седативная терапия (настой травы пустырника, корень валерианы, седуксен), а также антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин).

Беременным с предлежанием плаценты слабительные противопоказаны. При необходимости назначают очистительную клизму.

#### **Показаниями к кесареву сечению во время беременности являются:**

- повторяющиеся кровопотери, объём которых превышает 200 мл;
- сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря 250 мл и более и продолжающееся кровотечение;
- полное предлежание плаценты на 38-й недели беременности, а также неполное предлежание в сочетании с другой акушерской и соматической патологией.

В этих случаях операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

#### **Показания к кесареву сечению в родах:**

- полное предлежание плаценты;
- сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, поперечным и косым положением плода, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода, при анатомически узком тазе, возрасте первородящей 30 лет и старше.

Такие операции, как метрейризм, кожно-головные щипцы по Иванову, низведение ножки

при тазовом предлежании плода, в качестве средства борьбы с кровотечением при

предлежании плаценты не применяются, так как они травматичны и опасны для матери и

плода. Инфузионно-трансфузионную терапию необходимо начинать до операции

кесарева сечения и проводить с учётом состояния женщины и кровопотери.

Консервативное ведение родов возможно при неполном предлежании плаценты и

прекращении кровотечения после амниотомии. Амниотомия производится при хорошей

родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5-6 см и более; при полной

соразмерности головки плода и таза матери; при затылочном предлежании плода; при

нормальной (координированной) сократительной деятельности матки; при отсутствии

патологии или осложнений, способствующих разрывам шейки матки (крупный плод, дискоординация родовой деятельности, переношенная беременность, старые разрывы шейки матки II-III степени, рубцовая деформация шейки матки после ДЭК, возрастная первородящая).

#### **Принципы консервативного ведения родов:**

- ранняя амниотомия с предварительным введением спазмолитиков (но-шпа, папаверин, баралгин);
- внутривенное введение спазмолитиков в первом периоде родов;
- полная готовность к инфузионной терапии;
- исключение родостимуляции;
- ручное отделение и выделение плаценты с контролем матки для своевременного выявления приращения плаценты и диагностики гипотонии или разрыва нижнего сегмента;
- для профилактики гипотонического кровотечения сразу после родов внутривенное введение утеротоников (метилэргометрин, окситоцин и др.);
- при продолжающемся кровотечении показана лапаротомия и экстирпация матки.

Расширение использования операции кесарева сечения и активное ведение послеродового и раннего послеродового периодов привели к 10-15 – кратному уменьшению материнской и существенному снижению перинатальной смертности.

Предлежания плаценты представляет огромную опасность не только для матери, но и для плода. При массивных кровопотерях у матери дети рождаются в состоянии адинамии, анемии и шока. Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода наблюдаются в 18-20% случаев.

**Профилактика** предлежания плаценты включает борьбу с абортами, терапию воспалительных заболеваний женских половых органов, раннее выявление и лечение инфантилизма.

### **Тема 35: Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при кровотечениях во второй половине беременности.**

Всегда при кровотечениях роженица или родильница оказывается в опасном положении. Понятно и тягостное чувство акушерки, которая встречается с такой больной. Для проведения большинства акушерских мероприятий, необходимых в подобных случаях, требуется надлежащая обстановка, а самое главное технические навыки (кесарево сечение, наложение щипцов, перфорация головки, переливание крови), которыми акушерка не владеет или которые не может проводить без врача.

Отсюда вытекает, что акушерке необходимо своевременно или тщательно проводить подробное обследование каждой беременной. Это даст возможность заранее выявить беременных с преэклампсией, с заболеваниями почек, сердечно-сосудистой системы, с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, с узким тазом, многоводием и другой патологией и своевременно их госпитализировать. Беременных с узким тазом, беременных, у которых имелось или имеется кровотечение или кровянистые выделения, необходимо заблаговременно госпитализировать.

Наблюдение и лечение беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты, ни при каких условиях не подлежат выписке до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться, прежде всего, силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием плода. Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное, то назначается консервативная терапия.

Поэтому чрезвычайно важно проведение психопрофилактической подготовки с самых ранних сроков беременности. В родильном стационаре, наряду с правильной организацией лечебно-охранительного режима медсестра высшей категории должна следить и контролировать гемодинамические показатели – измерение артериального давления, пульса, гемоглобина и следить отделяемые выделения. Во всех случаях тяжелой патологии, когда акушерка не в состоянии справиться сама, она не должна теряться, срочно вызвать консультацию врача акушера-гинеколога и дать санкцию на развертывание операционной.

## **ТЕМА :№36. Кровотечение третьем периоде и последовом периоде.Неправильное прикрепление плаценты и нарушение рождения последа .Гипо и атония матки.**

ПП – неправильное ее расположение: вместо тела матки в той или иной степени плацента захватывает нижний сегмент.

Различают 4 степени ПП:

1. полное (центральное) – плацента полностью прикрывает внутренний зев
2. частичное (боковое) – плацента на 2/3 перекрывает внутренний зев
3. краевое – плацента на 1/3 перекрывает внутренний зев
4. низкое расположение – плацента расположена близко к внутреннему зеву, но ее нижний край не доходит до последнего на 7 см.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

Материнские факторы (зависят от состояния организма женщины):

А) травмы и заболевания, сопровождающиеся атрофическими и дистрофическими изменениями эндометрия (чаще у повторнородящих)

Б) нарушение кровоснабжения эндометрия вследствие предыдущих оперативных вмешательств в нижнем сегменте матки.

ПП образуется в результате изменений в самом оплодотворенном яйце

- эритробластоз плода (способствует увеличению плаценты)
- нарушение нидационной функции трофобласта, а именно запоздалого появления ферментативных процессов в трофобласте, оплодотворенное яйцо не может своевременно привиться в области дна матки.

**КЛИНИКА:** Кровотечение во время беременности появляется внезапно, без болевых ощущений, может прекратиться вследствие тромбоза, но спустя некоторое время может возникнуть вновь. Кровотечение чаще возникает в начале 3 триместра в результате растяжения и сокращения матки во время беременности или в периоде раскрытия шейки матки. Кровотечение обусловлено отслоением части плаценты – ткань плаценты не способна растягиваться, поэтому при растяжении подлежащей стенки матки часть плаценты отслаивается, межворсинчатые пространства вскрываются, происходит разрыв маточно-плацентарных сосудов, возникает обильное кровотечение.

### **ДИАГНОСТИКА.**

УЗИ – точность метода составляет 90-95%. Окончательный диагноз предлежания плаценты устанавливают при вагинальном осмотре (в стационаре при развернутой операционной) при пальпации плаценты или ее края после прохождения через цервикальный канал. Данное исследование может привести к усилению кровотечения.

**Дифференциальную диагностику необходимо проводить:**

1. с механическими травмами половых органов (ссадина, разрыв слизистой влагалища)
2. полипами
3. раком шейки матки
4. псевдоэрозией шейки матки
5. ПОНРП
6. разрыв матки (начинающийся)

### **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ**



Тщательный контроль и наблюдение за беременной оправдано, если плод недоношенный. Консервативная тактика допустима при отсутствии родовой деятельности, стабильном состоянии плода и незначительном кровотечении.

Беременная немедленно направляется в стационар. Применяются при лечении препараты, снимающие тонус матки, осуществляют восполнение кровопотери. Вводятся витамины, проводится профилактика гипоксии плода.

Однако, консервативная терапия должна проводиться в разумных пределах. Хронические кровопотери опасны тем, что материнский организм потом хуже справляется с последующей острой кровопотерей, даже если она не очень велика. Добавочная кровопотеря может быть роковой для матери и для плода. Поэтому предельной границей нужно считать снижение количества гемоглобина до 8,3 г/л и одномоментное кровотечение превышающее 200 и более, продолжающееся. В данной ситуации неизбежно решить вопрос оперативного родоразрешения - кесарево сечения.

Для правильного выбора метода родоразрешения большое значение имеет точная диагностика предлежания плаценты и ее формы.

При полной или центральной предлежании плаценты родоразрешение проводится только путем кесарева сечения (абсолютное показание). Оперативное родоразрешение проводят также, при частичном предлежании плаценты, если кровотечение интенсивное, а родовые пути не подготовлены к родам.

Амниотомия производится при наличии родовой деятельности, при раскрытии маточного зева и частичном предлежании детского места. Разрыв оболочек прекращает дальнейшую отслойку плаценты, способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты и останавливает кровотечение.

При родах через естественные родовые пути показано ручное обследование полости матки и проведение профилактики гипотонического кровотечения.

Плановое кесарево сечение производится при массе плода более 2500г, сроке беременности (не менее 37 недель).

Экстренное кесарево сечение проводят, если кровотечение представляет угрозу для жизни женщины, вне зависимости от размеров и гестационного возраста плода.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ:**

1. Некроз гипофиза или повреждение почек как результат массивной кровопотери
2. Сильное послеродовое кровотечение вследствие перерастяжения нижнего сегмента матки
3. Приращение плаценты, так как в нижнем сегменте толщина эндометрия недостаточна для инвазии трофобласта.

Вагинальные кровотечения после родоразрешения на сегодняшний день продолжают оставаться весьма актуальной проблемой. Актуальность трактуется массой грозных осложнений, таких как кровотечения, занимающих одно из первых мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Своевременная диагностика и коррекция является одно из первостепенных этапов лечебной помощи, которая возложена на врача первого звена. Осложнения, связанные с кровотечениями постоянно значатся в ряду главных причин материнской смертности практически во всех развитых странах мира.

Ранняя диагностика, своевременная коррекция данного состояния является приоритетным направлением врачебной помощи, не только акушерского направления, но и ряда смежных специальностей, таких как реаниматология, гематология, терапия, урология и др. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями объясняется вовлечением в патологический процесс всех жизненно важных органов родильниц, а также даже благополучный исход, требует дальнейшей реабилитационной терапии в условиях семейной поликлиники. Учитывая актуальность проблемы, возникает необходимость обучения студентов этио-патогенетическим основам данной патологии, классификации, методам ранней диагностики и профилактики. Обучить навыкам оказания первой помощи при тяжелых формах кровотечений, обучить основным принципам интенсивной терапии и реабилитации.

Кровотечение в послеродовом периоде иногда обусловлено более интимным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки, при этом различают две формы патологического прикрепления плаценты - плотное прикрепление (*placenta adhaerens*) и приращение ее (*placenta accreta*). Плотное прикрепление происходит вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенное между мышечной стенкой матки и плацентой. Оно очень редко бывает тотальным, чаще - частичным, когда отдельные дольки плаценты или значительная часть их имеют патологическое прикрепление. Ворсины хориона при этом не выходят за пределы компактного слоя эндометрия, который может быть также значительно атрофирован, плотное прикрепление плаценты встречается в среднем в 0,69% случаев.

Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинами хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него. Приращение плаценты может быть полным и частичным. Полное приращение плаценты встречается крайне редко: примерно один раз на 24506 родов (Персианинов Л. С., Расстриги Н.И. , 1983). Приращение плаценты наблюдается почти исключительно у повторнородящих. Плотное прикрепление и приращение плаценты обусловлены одним и теми же факторами, которые можно разделить на три группы:

- 1) зависящие от состояния организма беременной и структурно-морфологических изменений в эндометрии и миометрии,
- 2) связанные с ферментативной активностью гиалуронидазы ворсин хориона и защитной ролью децидуальной оболочки матки;
- 3) обусловленные весьма нередким сочетанием первых двух факторов.

К 1-й группе факторов можно отнести глубокие структурно-анатомические изменения отпадающей оболочки, преимущественно дегенеративного и атрофического характера развившиеся вследствие перенесенного ранее эндометрита, у беременных с тяжелым течением позднего токсикоза или хроническими заболеваниями почек, у тех женщин, у которых в прошлом были патологические роды и оперативные вмешательства на матке (искусственные аборты, часто осложненные, рубцы на матке после кесарева сечения, миомэктомии), а также при аномалиях расположения плаценты. 2-я группа причин связана с тем, что между ворсинами хориона и децидуальной оболочкой нарушается физиологическое ферментативное равновесие в системе гиалуроновая кислота-гиалуронидаза. При нормально развивающейся беременности децидуальная ткань противостоит инвазии хориона в мышцу матки, при аномалии прикрепления плаценты активность хориона резко возрастает.

Ведущим симптомом аномалии прикрепления плаценты является кровотечение, обычно возникающее в III периоде родов, но оно может отсутствовать, если плацента еще не начала отслаиваться и полностью прикреплена к своему ложу. В редких случаях, когда при приращении плаценты ворсины хориона проникают в мышечный и серозный слои матки, наблюдается кровотечение в брюшную полость, которое может начаться задолго до наступления родов.

В случаях отсутствия кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 30 мин., безуспешного применения сокращающих средств (внутривенное введение 1 мл окситоцина в растворе глюкозы) через 10 мин приступают к операции ручного отделения плаценты и выделения последа. К этой же операции прибегают немедленно в тех случаях, когда кровопотеря превышает 250-300 мл и отсутствуют признаки отделений плаценты. Распознавание этих двух форм патологического прикрепления плаценты возможно лишь во время операции отделения плаценты от стенки матки. При плотном прикреплении плаценты с некоторым затруднением удается отделить ее целиком. В случаях приращений плаценты ручное отделение ее является лишь диагностическим методом, диктующим необходимость незамедлительного удаления матки. При неполном приращении плаценты, вследствие частичного ее отделения, всегда отмечается кровотечение, в то время как при полном - кровотечения не наблюдается, если не предпринимаются попытки насильственного отделения ее и не нарушается целостность межворсинчатых пространств. Попытка отделения плаценты, как при частичном, так и при полном ее приращении приводит лишь к разрывам плацентарной ткани и травматизации стенки матки, что в еще большей степени усиливает кровотечение.

Большая продолжительность последового периода свыше 40 мин может свидетельствовать о нарушении моторной функции и более интимном прикреплении плаценты. При нарушении моторной функции матки, наблюдавшейся в I и II периодах родов, с последней потугой необходимо ввести внутривенно или подкожно препараты тономоторного действия, но не в большом количестве, так как это может спровоцировать парадоксальную или тормозную фазу парабиоза и привести к полному нарушению сократительной деятельности матки.

У всех женщин при кровотечении, начавшейся в III периоде родов, и отсутствии признаков отделения плаценты необходимо немедленно произвести ручное отделение при невозможности полного удаления плаценты (частичное ее приращение), следует немедленно, еще до развития тяжелых гемодинамических расстройств, приступить к удалению матки, предварительно (до операции) начав гемотрансфузию. Необходимо отметить, что и у женщин с приращением плаценты может произойти разрыв матки, обусловленный истончением ее стенки. Грубое обращение с маткой особенно при попытке удалить плаценту по частям в случаях приращения ее, приводящей к массивному кровотечению, может осложниться ДВС.

Причинами задержки отделившейся плаценты часто является переполненный вследствие паретического состояния мочевого пузыря, также слабого развития мускулатура брюшного пресса и дряблое состояние передней брюшной стенки, перерастяжение матки (крупный плод, многоплодие, многоводие), преждевременные роды, первичная и вторичная слабость родовой деятельности и переутомление роженицы, быстрое родоразрешение оперативным путем, миомы матки.

Кровотечение, возникшее после рождения последа, наиболее часто связано с задержкой частей плаценты, реже -оболочек или части их. Кровь вытекает либо непрерывной струей, либо, что бывает чаще, отдельными порциями. Теряемая кровь обычно темного цвета, с примесью мелких сгустков. Следует помнить, что в ряде случаев внутренний зев может быть закрыт крупным сгустком крови, поэтому наружное кровотечение отсутствует. В таких случаях матка плохо сокращена, отмечается ухудшение общего состояния роженицы, пульс и дыхание учащаются, снижается АД, кожные покровы бледнеют. При наружном массаже матки сгусток может выделиться и кровотечение возобновляется.

Кровотечение на почве задержки частей последа устанавливают путем тщательного осмотра его после рождения. Родившийся или искусственно выделенный послед тщательно осматривают, начиная с материнской стороны. Поверхность плаценты должна быть гладкая, цвет ее серовато-синий, она покрыта тонким слоем децидуальной оболочки. При наличии дефекта плацентарной ткани этот участок плаценты отличается темно-красной окраской с неровными краями. Осматривая плодовую сторону плаценты, обращают внимание на кровеносные сосуды, которые обычно не заходят за край плаценты. Если сосуды переходят за край плаценты, а оболочки в этом месте оторваны, можно считать, что имелась добавочная долька, которая задержалась в матке. В случаях задержки частей плаценты и большей части оболочек, а также при подозрении на их задержку немедленно производят обследование полости матки и удаление задержавшихся в ней элементов последа и кровяных сгустков. Операция ручного обследования полости матки при своевременном ее выполнении дает надежный гемостатический эффект и предупреждает большие кровопотери. Отсутствие эффекта при ручном обследовании полости матки в большинстве случаев свидетельствует о том, что операция выполнена с опозданием. Степень нарушения моторной функции матки можно определить при ручном отделении плаценты или ручном обследовании полости матки. При сохраненной моторной функции сила сокращения ощущается рукой оперирующего, При гипотонии отмечают слабые сокращения, а при атонии матки сокращения отсутствуют, несмотря на механическое и лекарственное воздействие. При установлении гипотонии матки во время операции производят (осторожно!) массаж матки на кулаке. При производстве внутриматочного вмешательства недопустимо даже малейшее нарушение правил асептики и антисептики. До начала операции начинают капельное внутривенное введение растворов. Перед началом операции обязательно выпускают мочу катетером. Операцию производят под общим наркозом.

Факторами риска развития послеродового кровотечения являются: преэклампсия, многоводие, послеродовое кровотечение в анамнезе, кесарево сечение в анамнезе, продолжительный 3 период родов (более 30 минут), травмы, акушерские щипцы, вакуум-экстаркция, стимуляция родов.

Вагинальные кровотечения после родоразрешения в зависимости от этиологии подразделяются на 4 большие группы. Для лучшего запоминания они объединены и отмечены буквой «Т» или ещё называют их правилом «Четырех Т»:

#### « Четыре Т »:

- **Ткань (10%)**
- **Тонус (70%)**
- **Травма (20%)**
- **Тромбин (1%)**

**ТКАНЬ.**Под этим названием объединены причины послеродовых кровотечений, обусловленных задержкой частей последа, ущемлением плаценты, видами приращения плаценты. В подавляющем числе случаев при физиологическом течении последового периода отделение плаценты от стенки матки происходит в силу того, что матка после рождения ребенка сильно сокращается, при этом плацентарная площадка не соответствует размерам плаценты, а внутриматочной давление резко падает, и наступает постепенное отделение плаценты от стенок матки. При неосложненном течении средняя продолжительность 3 периода родов не должна превышать 25-30 мин

### **ТОНУС.**

-выпустить Кровотечение, возникшее в первые часы послеродового периода наиболее часто обусловлено нарушением сократительной деятельности матки – **ГИПО - ИЛИ АТОНИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ** ее.

Все причины, вызывающие нарушение сократительной деятельности матки, можно разделить на две основные группы.

1. Состояния или заболевания матери, обуславливающие гипотонию или атонию матки (преэклампсия, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, органов кровообращения, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции и др.).

2. Причины, способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки, аномалии прикрепления плаценты, задержка в полости матки частей последа или ущемление его, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки (метроэндометрит), миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения деструктивного характера в плаценте. Кроме того, к развитию гипотонии и атонии матки могут predispose и такие дополнительные факторы, как аномалии родовой деятельности, приводящие к длительному или быстрому и стремительному течению родов; несвоевременное излитие околоплодных вод; несвоевременные вмешательства в родах, быстрое извлечение плода при акушерских операциях, необоснованное, чрезмерно активное ведение последового периода, назначение в больших дозах препаратов тономоторного действия; частое использование приемов для определения признаков отделения плаценты; несвоевременное и необоснованное применение (при неотделившейся плаценте) таких приемов, как метод Абуладзе, Гентера, Лазаревича - Креде; наружный массаж матки; потягивание за пуповину и др.

Переход гипотонии матки в атонию происходит обычно вследствие действия причин, вызвавших гипотонию. Различие в генезе этих двух состояний матки заключается лишь в силе и длительности раздражителя, который вызывает при атонии не торможение, а полное прекращение проводимости раздражения в нервных проводниках и узлах матки обеспечивающих ее сокращение. Кровотечение на почве гипотонии матки чаще всего наблюдается при задержке в матке последа или его частей, а атония наступает и развивается уже после полного опорожнения матки.

Гипотоническое кровотечение имеет волнообразный характер. Матка при этом дряблая. После наружного массажа и выдавливания сгустков крови матка сравнительно быстро восстанавливает свой тонус. Следует иметь в виду, что при гипотонии матки сгустки крови, находящиеся в ее полости, могут не выделяться, что может создать ложное впечатление об отсутствии кровотечения. Матка в таких случаях увеличивается в размерах, стенки ее напряжены. Атония матки клинически проявляется непрерывным и профузным кровотечением, причем матка постоянно остается дряблой и не реагирует даже на мощные раздражители.

Чем раньше установлен диагноз гипотонии матки, тем быстрее можно восстановить ее нормальный тонус, а следовательно, и сократительную функцию. Врач всегда должен помнить, что средства, своевременно примененные, оказываются эффективными при гипотонии, а при атоническом состоянии матки использование их является безрезультатным. В случаях упорного и безуспешного применения консервативных методов остановки кровотечения зачастую теряется момент для своевременного хирургического вмешательства, и предпринятая операция оказывается запоздалой.

В комплексе проводимых мероприятий для остановки гипотонического кровотечения, как правило, используют медикаментозные средства. С этой целью 1 мл (5 ЕД) окситоцина в 200 мл 5% раствора глюкозы медленно вводят внутривенно, капельно. Из препаратов спорыньи в качестве сокращающих средств применяют 0,05% раствор эргомина гидротартрата в дозировке 0,5-1 мл внутримышечно. Из других препаратов спорыньи применяется 0,02 % метилэргометрин, в тех же дозировках. Необходимо помнить, что применение препаратов спорыньи при передозировке может оказать угнетающее действие на сократительную деятельность матки. Уместно, также отметить индивидуальную чувствительность к различным медикаментозным средствам. В настоящее время при гипотоническом кровотечении очень эффективно использование простагландинов (мизопростол) rectum в дозировке 400 мкг.

При отсутствии эффекта от своевременно проведенного лечения (наружный массаж матки, введение утеротонических средств, ручное обследование полости матки с бережным наружно-внутренним массажем, бимануальное сдавление матки, прижатие брюшной аорты) и продолжающемся кровотечении (кровопотеря свыше 1300-1500 мл) необходимо немедленно приступить к чревосечению. При массивном послеродовом кровотечении операция должна быть предпринята не позже чем через 30 мин после начала гемодинамических нарушений. Предпринятая после этого срока операция, как правило, не гарантирует благоприятного исхода.

Хирургические методы остановки кровотечения основаны на перевязке маточных и яичниковых сосудов или удалении матки. Перевязку сосудов осуществляют следующим образом. После вскрытия брюшной полости матку выводят в рану, рука оперирующего подводится под матку и несколько смещает кпереди листок широкой связки у места вхождения маточной артерии в матку, при этом сосудистый пучок бывает хорошо виден, а пульсирующая артерия легко определяется на ощупь. Маточную артерию перевязывают кетгутом или шелком на уровне внутреннего зева с обеих сторон без рассечения листков брюшины. Другую пару лигатур накладывают с обеих сторон у основания собственных связок яичников. Если перевязка сосудов осуществлена правильно, пульсация маточных артерий в дистальной отделе прекращается, меняется цвет матки (цианоз, затем побледнение за счет ишемии), матка приобретает хороший тонус, прекращается кровотечение. При

положительном эффекте перевязки сосудов через 10-15 мин брюшную полость можно закрыть наглухо.

К надвлагалищной ампутации матки следует прибегать при отсутствии эффекта от перевязки сосудов матки, а также в случаях частичного или полного приращения плаценты, диффузного пропитывания матки кровью (матка Кувелера) и в том случае, когда матка является причиной нарушения свертывания крови (Репина М.А.1979).

Экстирпацию рекомендуется производить тогда, когда атония матки возникает в результате приращения подлежащей плаценты, а также при глубоких разрывах шейки матки и наличии инфекции.

Исход борьбы с кровотечением во многом зависит от последовательности мероприятий и четкой организации оказываемой помощи. У персонала родильного отделения должна быть выработана постоянная готовность к оказанию срочной помощи таким роженицам. В действиях персонала не должно быть чувства растерянности. Чрезвычайно важным в организации оказания быстрой и эффективной помощи при кровотечениях является четкое распределения обязанностей и взаимозаменяемости членов дежурной бригады. В родильном отделении следует обязательно проводить и систематически осуществлять тщательный контроль за количеством имеющегося запаса крови, за состоянием систем для переливания ее и растворов, Все необходимые медикаменты и инструменты надо хранить в специально отведенном месте. В каждой дежурной бригаде нужно иметь доноров для забора у них свежей крови.

При вагинальном кровотечении в послеродовом периоде следует придерживаться следующего порядка наиболее надежных потому обязательных мероприятий, состоящих из трех этапов оказания помощи:

#### **I ЭТАП:**

мочу катетером;

-произвести наружный массаж матки;

-ввести утеротонические средства

-осмотр мягких родовых путей на предмет травмы;

-осмотр плаценты на предмет задержки её частей;

#### **II ЭТАП:**

-катетеризация вен для восполнения кровопотери;

-произвести под общим наркозом ручное обследование полости

матки и ее массаж;

-бимануальное сдавление матки;

-прижатие брюшной аорты

#### **III ЭТАП:**

-перевязка трех пар сосудов, наложение швов по Линчу;

-ампутация или экстирпация матки

При проведение этапов остановки кровотечения **НЕЛЬЗЯ!** ориентироваться на состояние женщины, на временной фактор.

**НЕОБХОДИМО ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ ТОЛЬКО НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМОГО МЕРОПРИЯТИЯ!**

### **Тема: №37. Синдром кровотечения акушерстве. Физиологическая кровопотеря.**

Первые 2–2,5 ч после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врачакушер внимательно следит за общим состоянием женщины, её пульсом, АД, постоянно контролирует состояние матки: определяет её консистенцию, ВДМ, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производят осмотр мягких тканей родовых путей. Осматривают наружные половые органы, промежность, влагалище и его своды. 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 последовом и раннем послеродовом периодах. Средняя кровопотеря составляет 250 мл

Максимальная физиологическая кровопотеря составляет не более 0,5% от массы тела родильницы, т.е. при массе тела 60 кг — 300 мл, 80 кг — 400 мл.

Спустя 2–4 ч родильницу на каталке перевозят в послеродовое отделение.

Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложнённых родов, физиологические, поэтому родильницу следует считать здоровой.

Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией, наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, состоянием физиологического иммунодефицита. Поэтому наряду с врачебным наблюдением для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. В одну палату помещают матерей, родивших в течение одних суток. Совместное пребывание матери и ребёнка значительно снижает риск послеродовых осложнений у родильниц и новорождённых. Это связано с тем, что мать осуществляет уход за ребёнком самостоятельно, ограничивая контакт новорождённого с персоналом акушерского отделения, снижается возможность инфицирования госпитальными штаммами условнопатогенных микроорганизмов. В первые сутки уход за новорождённым помогает осуществлять медицинская сестра отделения. Она обучает мать последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребёнка



(глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами, навыкам кормления и пеленания. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 4–6 ч) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника, а также профилактике тромбоэмболических осложнений. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют 2 раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желёз, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Ежедневно осматривают наружные половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отёка, гиперемии, инфильтрации.

При задержке мочеиспускания следует попытаться вызвать его рефлекторно (открыть кран с водой, поливать тёплой водой на область уретры, положить тёплую грелку на лобковую область). При отрицательном результате применяют инъекции окситоцина по 1 мл 2 раза в сутки внутримышечно, 10 мл 10% раствора магния сульфата внутримышечно однократно, катетеризацию мочевого пузыря. При необходимости повторной катетеризации следует применить катетер Фолея на сутки.

При отсутствии самостоятельного стула на третьи сутки после родов назначают слабительное или очистительную клизму.

Для получения точного представления об истинных темпах инволюции матки на 2–3 сутки рекомендуют проводить УЗИ матки, используя специальные номограммы ультразвуковых параметров. Кроме того, этот метод позволяет оценить количество и структуру лохий, находящихся в матке. Задержка значительного количества лохий в матке может послужить поводом для её хирургического опорожнения (вакуумаспирация, лёгкий кюретаж, гистероскопия).

Уход за наружными половыми органами, особенно при наличии разрыва или разреза промежности, включает обмывание слабым дезинфицирующим раствором и обработку швов на коже спиртовым раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия. Шёлковые швы на кожу промежности в последние годы почти не накладывают, так как уход за ними более сложен и требует их снятия не ранее 4 суток послеродового периода. Кроме того, есть вероятность формирования лигатурных свищей. Альтернативой шёлковым швам служат современные рассасывающиеся синтетические нити (викрил, дексон, полисорб). Их использование не препятствует самой ранней выписке.

При появлении гиперемии, инфильтрации тканей, признаков нагноения швы следует снять.

Для профилактики пролапса гениталий, недержания мочи всем роженицам рекомендуют с первых суток после родов практиковать упражнения Кегеля. Этот комплекс разработан для восстановления тонуса мышц тазового дна и заключается в произвольном их сокращении. Основная сложность этих упражнений — обнаружить необходимые мышцы и почувствовать их. Сделать это можно следующим образом — попытаться остановить струю мочи. Мышцы, которые задействуются для этого, — промежностные мышцы.

Начинать тренировки необходимо с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день. Через неделю добавлять по пять упражнений к каждому, продолжая выполнять их пять раз в день. В дальнейшем каждую неделю добавлять по пять упражнений, пока их не станет по тридцать.

Только после восстановления тонуса мышц промежности роженице разрешают упражнения для восстановления тонуса мышц брюшного пресса.

После родов здоровая роженица может вернуться к привычному для неё рациону питания. Однако до восстановления нормальной функции кишечника (обычно это первые 2–3 дня) рекомендуют включать в рацион больше продуктов, богатых клетчаткой. Очень важно наличие в ежедневном меню молочнокислых продуктов, содержащих живые бифидо и лактокультуры. Кормящим женщинам можно рекомендовать включение в рацион специальных сухих диетических смесей, использующихся в качестве молочного напитка. Весьма полезны кислородные коктейли.

Однако лактация и грудное вскармливание диктует определённые ограничения диеты. Следует помнить, что состав грудного молока ухудшается, если кормящая мать перегружает пищу углеводами, ест много сахара, кондитерских изделий, круп. При этом в молоке снижается количество белка. Необходимо ограничить употребление так называемых облигатных аллергенов: шоколада, кофе, какао, орехов, мёда, грибов, цитрусовых, клубники, некоторых морепродуктов, так как они могут вызвать нежелательные реакции у ребёнка. Следует избегать также консервов, острых и резко пахнущих продуктов (перец, лук, чеснок), которые могут придать молоку специфический привкус.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить роженицу и новорождённого от инфекции. Ежедневно следует принимать душ, менять нательное бельё. Содержание в чистоте наружных половых органов имеет большое значение.

Лохии не только загрязняют их, но и вызывают мацерацию кожи, а это способствует восходящему проникновению инфекции. Для профилактики этого рекомендуют не менее 4–5 раз в сутки проводить обмывание наружных половых органов водой с мылом.

Уход за здоровой роженицей неотделим от ухода за её здоровым новорождённым, его осуществляют в соответствии с современными перинатальными технологиями. В

их основе лежит совместное пребывание родильницы и новорождённого, что обеспечивает исключительно грудное вскармливание.

Современные перинатальные технологии включают в себя комплекс мероприятий, базирующихся на традиционных, признанных всеми народами способах выхаживания здоровых детей.

В основе современных перинатальных технологий лежит исключительно грудное вскармливание.

Для обеспечения исключительно грудного вскармливания необходимы:

- немедленное прикладывание ребёнка после рождения к груди матери;
- совместное пребывание матери и ребёнка в родильном доме;
- исключение всех видов питья и кормления, кроме грудного молока;
- недопустимость применения сосок, рожков и «пустышек», ослабляющих оральную моторику новорождённого;
- кормление ребенка грудью по первому требованию, без ночных интервалов;
- максимально ранняя выписка из родильного дома.

новорождённых».

Абсолютные противопоказания к грудному вскармливанию:

- употребление наркотиков и алкоголя;
- Точечная лейкоцитозия;
- рак молочной железы (РМЖ);
- герпетическая сыпь на сосках;
- активная форма туберкулёза лёгких;
- прием химиотерапевтических средств при онкологических заболеваниях;
- ВИЧ-инфекция;
- галактоземия у ребёнка.

Наличие имплантатов молочных желёз не служит противопоказанием к грудному вскармливанию.

## **КОНТРАЦЕПЦИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Послеродовой период — идеальное время для решения вопросов планирования семьи. Ановуляция продолжается только в течение 5 нед после родов у некармлиющих

женщин и около 8 нед у кормящих. Беременность во время кормления грудью наступает примерно у 1% женщин в течение первого года после родов.

Выбор метода контрацепции после родов зависит от грудного вскармливания и его режима.

Метод лактационной аменореи — достаточно надежный и экономически оправданный метод послеродовой контрацепции. Исключительно грудное вскармливание (без ночного интервала) обеспечивает очень хорошую защиту от беременности.

В течение 6 мес после родов при условии наличия аменореи и исключительно грудного вскармливания (без ночного интервала) женщина остается инфертильной. У женщин, кормящих грудью нерегулярно, возможна овуляция и наступление беременности.

Механизм действия лактационной аменореи основан на блокаде овуляции, поскольку кормление грудью обеспечивает достаточный для этого уровень пролактина.

Этот метод успешен в том случае, если кормление грудью осуществляют не реже, чем каждые 3–4 ч днём и по меньшей мере один раз ночью. При этом сохраняется аменорея. Возраст ребёнка должен быть менее 6 мес.

Однако метод не обеспечивает защиты от ИППП и ВИЧинфекции. Если любое из трёх условий не выполняется, женщине следует использовать другой метод, совместимый с кормлением грудью.

Некормящим женщинам комбинированные оральные контрацептивы можно назначать не ранее 2–3 нед после родов.

Обязательное условие — получение результата анализа крови на свёртываемость.

Приём комбинированных оральных контрацептивов можно начать сразу после прекращения грудного вскармливания или через 6 мес после родов.

Чисто прогестиновые препараты (минипили) у кормящих грудью женщин (при смешанном вскармливании) можно применять через 6 нед после родов, у некормящих — через 3 нед. Прогестины не подавляют лактацию, а, наоборот, могут стимулировать её, не влияют на рост ребёнка. Кормящим женщинам можно внутримышечно ввести длительно действующий прогестин — медрокипрогестерон, который будет высвобождаться в дозе 150 мг в течение 3 мес, не увеличивая риск развития тромбоза и не уменьшая ценности грудного молока. Эффективность такого способа контрацепции более 99%.

Возможно введение внутриматочного контрацептива (мирена©). Вводить внутриматочный контрацептив лучше всего в первые 10 мин после рождения последа или в первые 48 ч после родов (в родильном доме). Контрацептив можно

вести и по истечении 4 нед после родов (при первом посещении гинеколога). Основные осложнения при введении внутриматочного контрацептива: обморок (обусловлен стимуляцией блуждающего нерва), перфорация матки (8 случаев на 1000 введений), маточное кровотечение, инфекции тазовых органов.

Для пациенток, практикующих смешанное вскармливание, лактационная аменорея как метод контрацепции неприемлем. В этих случаях следует рекомендовать рожильнице барьерный метод контрацепции и спермициды. Этот метод может использоваться в любое время после родов, он не влияет на качество и количество молока. Кроме того, презервативы со смазкой и спермицидами решают проблему вагинальной сухости (нередкой у кормящих женщин)..

### **Тема :№38.Синдром кровотечения в акушерстве.Определение артериального давление и пульса.**

Артериальное давление (АД) - давление, которое кровь оказывает на стенки сосудов. Уровень АД зависит, главным образом, от ударного объема крови и периферического сопротивления сосудов.

Определять артериальное давление можно несколькими способами: кровавым, пальпаторным, аускультативным по Короткову и тахиосциллографическим.

Наиболее часто используют аускультативный метод предложенный Н.С. Коротковым в 1905 году, который позволяет определить и максимальное (систолическое) и минимальное (диастолическое) давление с помощью аппарата сфигмоманометра. Сфигмоманометры бывают ртутные (аппарат Рива-Роччи) и пружинные.

Обычно давление измеряют на плечевой артерии. Для этого на плечо накладывают манжету, таким образом, чтобы нижний край ее был на 2-3 см выше плечевого сгиба, а между нею и кожей проходил один палец. Манжета, манометр и сердце больного должны находиться на одном уровне. Соединив манжету с манометром и закрыв вентиль, в манжету нагнетают воздух до тех пор, пока не исчезнет пульс на локтевой артерии. После этого дополнительно повышают давление на 20-30 мм рт. ст. Затем на область локтевой артерии прикладывают стетоскоп и, постепенно выпуская воздух из манжеты, выслушивают тоны на артерии и следят за показаниями манометра. Появление устойчивых тонов (I фаза по Короткову) соответствует уровню максимального (систолического) давления, исчезновение тонов (IV фаза по Короткову) соответствует минимальному (диастолическому) давлению.

Пальпаторным методом можно исследовать только максимальное (систолическое) давление, которое соответствует показаниям манометра, совпадающим с началом пульсации локтевой артерии под пальпирующим пальцем.

**Нормальным артериальным давлением принято считать:**

систолическое - 110-140 мм рт. ст. диастолическое - 60-90 мм рт. ст. Разница между систолическим и диастолическим давлением называется пульсовым давлением и составляет - 40-50 мм рт. ст. Оптимальное давление - 120/80 мм рт.ст.

На величину артериального давления влияет множество факторов: положение больного, физическая нагрузка, окружающая среда и т.д. Наиболее оптимальным является измерение АД в условиях основного обмена, что не всегда возможно в повседневной практике. Поэтому рекомендуется измерять АД 2-3 раза, принимая за окончательную величину наименьший показатель. При первичном исследовании АД измеряется на обеих руках, при этом на левой руке оно может быть несколько выше, чем на правой.

Иногда требуется измерение давления на ногах. Для этого используется более длинная манжета, которая накладывается на нижнюю треть бедра. Больной лежит на животе, стетоскоп прикладывается в подколенную ямку. Следует помнить, что на бедренной артерии систолическое давление на 35-40 мм рт. ст., а диастолическое - на 15-20 мм рт. ст. выше, чем на плечевой артерии. У больных с коарктацией аорты при высоком давлении на руках, на ногах давление будет существенно ниже.

Повышение давления - *артериальная гипертензия* - на короткое время может наблюдаться при психическом возбуждении, физической нагрузке, после обильной еды, приема алкоголя.

Повышение только систолического давления отмечается при гипертиреозе, склерозе аорты.

Повышение и систолического и диастолического давления отмечается при гипертонической болезни, заболеваниях почек, надпочечников, головного мозга, сужении перешейка аорты.

Повышение систолического и резкое понижение диастолического - при недостаточности аортального клапана.

Снижение АД - *гипотензия* - наблюдается при гипотонической болезни, тяжелых заболеваниях (туберкулез, рак и др.), эндокринных заболеваниях (микседема, аддисонова болезнь).

**Уменьшение пульсового давления** чаще всего происходит за счет снижения систолического (при стенозе устья аорты, выпотном или слипчивом перикардите, сердечной недостаточности).

**Возрастание пульсового давления** вследствие преимущественного повышения систолического характерно для тиреотоксикоза, распространенного атеросклероза, недостаточности аортального клапана.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВЕННОГО ДАВЛЕНИЯ:** производится прямым (кровенным) методом флеботонометром Вальдмана, который представляет собой водяной

манометр: тонкая стеклянная трубка с диаметром просвета около 1,5 мм закрепляется на металлическом штативе с миллиметровыми делениями от 0 до 350; нижний конец стеклянной трубки соединяется системой резиновых трубок с иглой. Перед измерением давления трубки и иглу стерилизуют и заполняют стерильным изотоническим раствором. Уровень раствора устанавливают на нулевой метке. Флеботометрия производится лежа, уровень раствора и вена должны быть на уровне правого предсердия (нижний край грудной мышцы). Высота стояния физраствора будет соответствовать величине венозного давления.

В норме венозное давление 50-100 мм водного столба (0,5 - 1,0 кПа).

Существует также косвенный (непрямой) метод определения венозного давления. Больной укладывается горизонтально. О величине давления судят по уровню поднятия руки, измеряемому в градусах. Рука постепенно поднимается вверх до тех пор, пока не спадутся вены на тыле кисти.

**Повышается венозное давление** при сердечной недостаточности по правожелудочковому типу, **понижается** - при сосудистой недостаточности.

### Определение пульса



*Пульс - это периодические толчкообразные колебания стенок кровеносных сосудов (артерий, вен), обусловленные сокращениями сердца.*

Что бы определить пульс, например, артериальный **пульс определяют**, положив пальцы руки на область крупной артерии, чаще всего это лучевая артерия, лежащая в нижней трети предплечья непосредственно перед лучезапястным суставом со стороны большого пальца руки. Мышцы рук обследующего не должны быть напряжены.

На артерию укладывают два или три пальца (обычно, указательный и средний) и сжимают ее до полного прекращения кровотока; затем давление на артерию постепенно снижают,

оценивая ключевые свойства пульса: частоту, ритмичность, напряжение (по сопротивлению сосуда сдавливанию), высоту и наполнение.

### Методика определения частоты пульса

*Частоту пульса при правильном ритме определяют, подсчитывая число пульсовых ударов за полминуты и умножая результат на два; при аритмии число пульсовых ударов подсчитывают в течение целой минуты.*

Нормальная частота пульса в покое у взрослого человека составляет:

- 60-80 ударов в минуту; при длительном стоянии;
- при возбудимом волнении может быть достигать 100 ударов в минуту.

У детей пульс чаще:

- у новорожденных он в норме равен примерно 140 ударам в минуту;
- к концу первого года жизни частота пульса снижается до 110-130 ударов в минуту,
- к 6 годам примерно до 100 ударов в минуту,
- к 14-16 годам частота пульса приближается к нормальной для взрослого человека.

Повышение частоты пульса называется **тахикардией**, понижение - **брадикардией**.

### Определение ритма пульса

Ритм пульса оценивают по интервалам между ударами пульса. У здоровых людей, особенно в детском и юношеском возрасте, во время вдоха пульс несколько учащается, а во время выдоха урежается (физиологическая, или дыхательная, аритмия).

Неритмичный пульс выявляется при **различных аритмиях сердца**.

### Как определить давления по пульсу

Напряжение пульса определяют следующим образом: на артерию устанавливают подушечки двух или трех пальцев руки и сдавливают артерию одним из пальцев до тех пор, пока второй палец (или два пальца) не перестанут воспринимать пульсовые удары.

Напряжение пульса определяется силой, которую необходимо приложить, чтобы прекратилось прохождение по артерии, артериальной волны.

При высоком артериальном давлении пульс становится твердым, при низком мягким. Исследовать свойства пульса необходимо на разных артериях, сравнивая их на артериях симметричных участков. Этим способом удается выявить нарушение кровотока, другие патологические состояния.

**Тема:39.Причины кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде.**



## Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

Кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде — это выделение крови из наружных половых путей в последовом (третий период родов, наступающий после рождения ребенка, заключающийся в рождении плаценты (детского места)) или в раннем послеродовом периоде (первые 2 часа после окончания родов)) родов.

Выделение крови из половых путей женщины после рождения ребенка является нормальным и связано с отделением плаценты от стенки матки.

Кровопотеря в норме не превышает 0,5% массы тела (то есть 300-400 мл).

Кровотечение, превышающее 400 мл в объеме, считается опасным для здоровья женщины и требует скорейшего начала лечения.

### Беременные

#### Симптомы кровотечения в последовом и раннем послеродовом периода

- Кровянистые выделения из половых путей более 400 мл в объеме. Цвет выделений варьирует от алого до темно-красного в зависимости от причины кровотечения. Могут присутствовать кровяные сгустки. Кровь вытекает толчками, прерывисто. Кровотечение возникает сразу после рождения ребенка или через несколько минут – в зависимости от причины.
- Головокружение, слабость, бледность кожных покровов и слизистых, шум в ушах.
- Потеря сознания.
- Снижение артериального давления, частый, едва ощутимый пульс.
- Длительное отсутствие выделения плаценты (детского места) — более 30 минут после рождения ребенка.
- «Нехватка» частей плаценты при осмотре ее после рождения.
- Матка дряблая при пальпации (ощупывании), определяется на уровне пупка, то есть не сокращается и не уменьшается в размерах.

#### Формы

Выделяют 3 степени тяжести состояния матери в зависимости от объема потерянной крови:

- **легкая степень** (объем кровопотери до 15% общего объема циркулирующей крови) — наблюдается учащение пульса матери, незначительное снижение артериального давления;
- **средняя степень** (объем кровопотери 20-25%) – артериальное давление снижено, пульс частый. Возникает головокружение, холодный пот;
- **тяжелая степень** (объем кровопотери 30-35%) – артериальное давление резко снижено, пульс частый, едва ощутимый. Сознание затуманено, снижается количество мочи, производимой почками;
- **крайне тяжелая степень** (объем кровопотери более 40%) – артериальное давление резко снижено, пульс частый, едва ощутимый. Сознание утрачено, отсутствует мочеиспускание.

#### Причины

Причинами выделения крови из половых путей **в последовом периоде** являются:

- **травмы родовых путей** (нарушение целостности тканей **шейки матки**, влагалища, **промежности** (тканей между входом во влагалище и задним проходом);
- **нарушение отделения и выделения плаценты** (патологическое прикрепление плаценты):
  - плотное прикрепление плаценты (прикрепление плаценты в базальном слое стенки матки (более глубокий, чем децидуальный (где в норме должно происходить прикрепление) слой слизистой оболочки матки);
  - приращение плаценты (прикрепление плаценты к мышечному слою стенки матки);
  - врастание плаценты (плацента врастает в мышечный слой более, чем на половину его толщины);
  - прорастание плаценты (плацента прорастает мышечный слой и внедряется в самый наружный слой матки – серозный);
- гипотония матки (мышечный слой матки сокращается слабо, что препятствует остановке кровотечения, отделению и выделению плаценты);
- наследственные и приобретенные дефекты свертывающей системы крови.

Причинами выделения крови из половых путей **в раннем послеродовом периоде** являются:

- **травмы родовых путей**;
- гипотония или атония матки (мышечный слой матки сокращается слабо или не сокращается вовсе);
- задержка частей плаценты (части плаценты не отделились от матки в третьем периоде родов);
- **синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания** (нарушение свертывающей системы крови с внутрисосудистым образованием тромбов (сгустков крови) и кровотечений).

Факторами, приводящими к возникновению вышеописанных осложнений беременности, могут быть:

- тяжелый **гестоз** (осложнение течения беременности, сопровождающееся отеками, повышением артериального давления и нарушением функций почек);
- **плацентарная недостаточность** (нарушение маточно-плацентарного кровотока на уровне мельчайших сосудов);
- **крупный плод** (масса плода более 4000 граммов).

Во время родов:

- нерациональное применение утеротоников (препаратов, стимулирующих сокращения матки);
- **аномалии родовой деятельности**:
  - слабость родовой деятельности (маточные сокращения не приводят к раскрытию шейки матки, движению плода по родовым путям);
  - бурная родовая деятельность.

### Диагностика

- Анализ анамнеза заболевания и жалоб — когда (как давно) появились кровянистые выделения из половых путей, их цвет, количество, что предшествовало их возникновению.
- Анализ акушерско-гинекологического анамнеза (перенесенные гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, беременности, роды, их особенности, исходы, особенности течения данной беременности).

- Общий осмотр беременной, определение ее артериального давления и пульса, пальпация (ощупывание) матки.
- Наружный гинекологический осмотр – с помощью рук и пальпации врач определяет форму матки, напряженность ее мышечного слоя.
- Осмотр шейки матки в зеркалах – врач с помощью влагалищного зеркала осматривает шейку матки на наличие травм, разрывов.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) матки – метод позволяет определить наличие частей плаценты (детского места) и расположение пуповины, целостность стенок матки.
- Ручное обследование полости матки позволяет уточнить наличие невыделившихся частей плаценты. Врач вводит руку в полость матки и ощупывает ее стенки. При обнаружении оставшихся частей плаценты производят их ручное удаление.
- Осмотр выделившегося последа (плаценты) на предмет целостности и наличие дефектов тканей.

### **Лечение кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периода**

Основная цель лечения – остановка кровотечения, угрожающего жизни матери.

Консервативное лечение вне зависимости от периода возникновения кровотечения должно быть направлено на:

- лечение основного заболевания, ставшего причиной кровотечения;
- остановку кровотечения с помощью ингибиторов фибринолиза (препаратов, действующих на остановку естественного растворения сгустков крови);
- борьбу с последствиями потери крови (внутривенное введение водных и коллоидных растворов для повышения артериального давления).

Интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения необходима в случае возникновения тяжелого состояния беременной и плода. При необходимости выполняется:

- переливание компонентов крови (при значительном объеме кровопотери, вызванной отслойкой);
- механическая вентиляция легких матери (при неспособности поддерживать адекватную дыхательную функцию самостоятельно).

Если причиной кровотечения является длительное **отсутствие выделения плаценты** или задержка частей плаценты, гипотония или атония матки (слабое мышечное сокращение или его отсутствие), то выполняется:

- ручное обследование полости матки (врач рукой обследует полость матки на предмет наличия невыделившихся частей плаценты);
- ручное отделение плаценты (врач рукой отделяет плаценту от матки);
- массаж матки (врач рукой, введенной в полость матки, массирует ее стенки, тем самым стимулируя ее сокращение и остановку кровотечения);
- введение утеротоников (препаратов, способствующих сокращению матки).

В случае, если кровопотеря превысила 1000 мл, консервативная терапия должна быть остановлена, и должны быть предприняты следующие меры:

- ишемизация матки (наложение зажимов на сосуды, питающие матку);
- гемостатические (кровоостанавливающие) швы на матку;
- эмболизация (введение в сосуд частичек, препятствующих току крови) маточных артерий.

Операция по удалению матки выполняется в интересах спасения жизни женщины при невозможности остановить маточное кровотечение.

Если причиной кровотечения являются травмы родовых путей, то выполняются восстановительные операции (ушивание разрывов шейки матки, промежности).

#### **Осложнения и последствия**

- Матка Кувелера – множественные кровоизлияния в толщу маточной стенки, пропитывание ее кровью.
- Развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистного свертывания – тяжелого нарушения свертывающей системы крови с возникновением множественных тромбов (сгустков крови) и кровотечений.
- Геморрагический шок (прогрессивное нарушение жизненно важных функций нервной системы, системы кровообращения и дыхания на фоне потери значительного количества крови).
- Синдром Шихана (послеродовой гипопитуитаризм) – ишемия (недостаток кровоснабжения) гипофиза (эндокринной железы, регулирующей работу большинства эндокринных желез организма) с развитием недостаточности его функции (отсутствие выработки гормонов).
- Смерть матери.

#### **Профилактика кровотечения в последовом и раннем послеродовом периода**

Профилактика акушерских кровотечений включает в себя несколько методов:

- планирование беременности, своевременную подготовку к ней (выявление и лечение хронических заболеваний до наступления беременности, предупреждение нежелательной беременности);
- своевременную постановку беременной на учет в женской консультации (до 12 недель беременности);
- регулярное посещение акушера-гинеколога (1 раз в месяц в 1 триместре, 1 раз в 2-3 недели во 2 триместре, 1 раз в 7-10 дней в 3 триместре);
- снятие повышенного мышечного напряжения матки при беременности с помощью токолитиков (препаратов, уменьшающих мышечное напряжение матки);
- своевременное выявление и лечение гестоза (осложнение течения беременности, сопровождающееся отеками, повышением артериального давления и нарушением функций почек);
- соблюдение беременной диеты (с умеренным содержанием углеводов и жиров (исключение жирной и жареной пищи, мучного, сладкого) и достаточным содержанием белков (мясные и молочные продукты, бобовые)).
- Лечебная физкультура для беременных (незначительные физические нагрузки 30 минут в день – дыхательная гимнастика, ходьба, растяжка).
- Рациональное ведение родов:
  - оценка показаний и противопоказаний к родам через естественные родовые пути или с помощью операции кесарева сечения;
  - адекватное применение утеротоников (препаратов, стимулирующих маточные сокращения);
  - исключение необоснованных пальпаций матки и потягиваний за пуповину в последовом периоде родов;

- проведение эпизио- или перинеотомии (рассечение врачом промежности женщины (тканей между входом во влагалище и задним проходом) в качестве профилактики разрыва промежности);
- осмотр выделившегося последа (плаценты) на предмет целостности и наличие дефектов тканей;
- введение утеротоников (препаратов, стимулирующих мышечные сокращения матки) в раннем послеродовом периоде.

## Тема № 40. Истинное и ложное прикрепление плаценты.

### Ложное и истинное приращение плаценты

В ряде случаев акушер испытывает затруднения при отслойке плаценты от стенки матки, которые зависят либо от изменений, имеющих место в стенке самой матки, либо от особенностей строения плаценты (перепончатая, краевая и добавочная плацента — *placenta membranacea, marginalis, succenturiata*).

Отдельные патологические формы прикреплений плаценты к стенке матки известны под названием плотно прикрепленная — приросшая плацента (*placenta adhaerens*), сросшаяся плацента (*placenta accreta*) и проросшая плацента, когда имеется глубокое врастание ворсин между мышцами (*placenta increta*); все эти формы представляют собой различные стадии одного и того же патологического процесса — прорастания ворсин в стенку матки при резких изменениях *decidua basalis*. На основании гистологических исследований установлено, что при приросшей плаценте (*placenta adhaerens*) ворсинки хориона интимно связаны со спонгиозным слоем, но в массе своей не переходят в базальный слой (*decidua basalis*). При сросшейся плаценте (*placenta accreta*) ворсинки уже, как правило, пронизывают основной слой слизистой оболочки, достигая мышечного слоя матки, а на отдельных участках даже проникая в него. И, наконец, при проросшей плаценте (*placenta increta*) ворсинки внедряются в мышечную ткань матки.

Глубокое внедрение ворсин в стенку матки, по мнению К. П. Улезко-Строгановой, связано с понижением биологических свойств децидуальной ткани, которая обладает защитными свойствами против разрушающего действия хориона. Neumann считает, что, кроме понижения биологических свойств эндометрия, имеет значение уменьшение в крови веществ, угнетающих действие ферментов, вырабатываемых трофобластом.

Причиной глубокого прорастания ворсин, вероятно, является весьма значительная ферментативная деятельность эпителия хориона и пониженная способность слизистой оболочки матки вырабатывать соответствующие защитные вещества.

Как показали исследования Е. И. Маграчевой, произведенные ею на нашей кафедре, относительное повышение ферментативной деятельности ворсин и понижение биологических свойств децидуальной ткани находятся в непосредственной связи с изменениями активности гиалуронидазы в плаценте и слизистой оболочке матки. Концентрация гиалуронидазы в плаценте, равная 0,2—0,24 условных единиц, обеспечивает физиологическое равновесие биологической системы — гиалуроновая кислота — гиалуронидаза. При понижении активности гиалуронидазы (0,7—0,8) склеивающие и цементирующие свойства гиалуроновой кислоты возрастают; при повышении активности гиалуронидазы (0,005), наоборот, эти свойства гиалуроновой кислоты уменьшаются, в результате чего ворсины могут глубоко проникать в стенку матки, а иногда прорастают последнюю; следствием этого и будет возникновение *placenta increta*.

Таким образом, эти исследования доказывают, что одной из причин возникновения патологических форм прикрепления плаценты является изменение активности фермента гиалуронидазы.

При ложном приращении последа (*pl. adhaerens seu accreta spuria*) между плацентой и мышечной стенкой матки имеется очень нестойкая ткань или только прослойка фибрина. В таких случаях отслоить плаценту обычно удается. Ручное отделение плаценты оказывается безрезультатным в случаях истинного ее приращения (*incrementum placentae verum, s. placenta increta*).

Истинное полное приращение плаценты встречается очень редко. А. Д. Дмитриев на 24 506 родов видел один случай истинного приращения.

Кровотечения при *placenta increta* обычно не бывает. Единственной целесообразной терапией при этом осложнении является высокая (надвлагалищная) ампутация матки. Операция ручного отделения при истинном приращении плаценты — чрезвычайно опасное и бесполезное вмешательство; смертность при нем достигает 66,6 %.

При частичном приращении плаценты, которое встречается весьма редко, иногда может наблюдаться довольно сильное кровотечение из материнских сосудов, расположенных на плацентарной площадке, из так называемых межворсинчатых пространств.

Приращение плаценты обуславливается глубокими структурно-анатомическими изменениями в отпадающей оболочке, преимущественно дегенеративного и атрофического характера, которые в более легких случаях вызывают уничтожение всего губчатого и части вообще компактного слоев отпадающей оболочки, а в более тяжелых — уничтожение всей отпадающей оболочки, что и способствует врастанию ворсинок в маточную мускулатуру.

Возникновению этого патологического процесса способствуют: 1) инфекционные процессы в слизистой оболочке; 2) механическая травма слизистой оболочки (энергичное выскабливание матки); 3) рубцы после кесарева сечения (редко); 4) фибромиомы (аплазия слизистой оболочки); 5) неполноценное развитие матки и эндометрия; 6) сифилис и малярия; 7) прикрепление плаценты в области перешейка или шейки; 8) нефрит.

По наблюдениям А. Краснопольской, аборт и послеабортные заболевания вызывают в матке большие изменения, которые предрасполагают к приращению плаценты.

Особого внимания заслуживают экстравазаты и апоплектические фокусы в плодовой части плаценты, скопления бесструктурной гомогенной массы, слои фибрина с гибнущими в них ядрами синцития и в особенности белые инфаркты, которые могут привести к очень прочному соединению ткани плаценты со стенкой матки. Такое же значение имеют ретроплацентарные кровоизлияния, которые иногда возникают в первой половине беременности.

Приращение плаценты чаще всего сочетается с ее предлежанием или прикреплением вблизи маточного отверстия трубы.

При частичном приращении плаценты производится обычно ручное отделение и только в затруднительных случаях прибегают к тупой кюретке.

Если отделение плаценты производится с большим усилием, то при этом нередко вместе с ворсинками отрываются частицы мышц и даже может прорваться стенка матки. При прорыве матки и кровотечении в брюшную полость показано чревосечение (надвлагалищная ампутация или полная экстирпация матки).

**Тема : № 41 .Атония и гипотония матки, задержка частей плаценты.Этиология, диагностика, тактика.**

*ГИПОТОНИЯ И АТОНИЯ МАТКИ*

Гипотония матки — состояние, при котором резко снижены тонус и сократительная способность матки на фоне сохранённого рефлекторного ответа.

Атония матки — состояние, при котором резко снижены тонус и сократительная способность матки на фоне паралича нервно-мышечного аппарата матки.

**ЭТИОЛОГИЯ**

В раннем послеродовом периоде массивное кровотечение обычно вызвано нарушением гемостаза, обусловленным врождённой или приобретённой патологией, протекающей по типу ДВС-синдрома. При развитии ДВС-синдрома продукты деградации фибрина и фибриногена блокируют рецепторы, ответственные за образование актомиозина, что вызывает массивное кровотечение (объёмная скорость кровотока в маточных артериях при доношенной беременности составляет 600–800 мл/мин).

Факторы риска гипотонии матки следующие:

- юные первородящие (возраст 18 лет и менее);
- патология матки:
  - пороки развития;
  - миома;
  - рубцы после оперативных вмешательств (миомэктомия, КС);
  - дистрофические изменения мышц (многочисленные роды, эндометриты);
  - перерастяжение тканей во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод);
- осложнения беременности (длительная угроза прерывания);
- нарушения родовой деятельности:
  - слабость родовой деятельности с длительной активацией окситоцином;
  - бурная родовая деятельность;
  - предлежание или низкое расположение плаценты;
  - ДВС-синдром на фоне шока любого генеза (анафилактический, синдром Мендельсона, эмболия ОВ);
  - наличие экстрагенитальной патологии и осложнений беременности, связанных с нарушением гемостаза (сердечно-сосудистые заболевания, эндокринопатии, хроническая венозная недостаточность, гестозы и т.д.);
  - ПОН при экстрагенитальной патологии и осложнениях беременности, массивной кровопотере. Способствует формированию «шоковой матки» (гипотония или атония матки).

*КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА (СИМПТОМЫ) ГИПОТОНИИ, АТОНИИ МАТКИ*

Основные симптомы гипотонии и атонии матки:

- кровотечение;
- снижение тонуса матки;
- клиническая картина геморрагического шока.

Кровь при гипотонии вначале выделяется со сгустками, как правило, после наружного массажа матки. Матка дряблая, верхняя граница может доходить до пупка и выше. Тонус может восстановиться после наружного массажа, затем вновь снизиться, кровотечение возобновляется. Кровь может вытекать струей. При отсутствии своевременной помощи кровь теряет способность к свёртыванию. В соответствии с величиной кровопотери возникают симптомы геморрагического шока (бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония).

При атонии матки кровотечение непрерывное и обильное, контуры матки не определяются. Симптомы геморрагического шока быстро прогрессируют.

### ДИАГНОСТИКА ГИПОТОНИИ И АТОНИИ МАТКИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика гипотонического кровотечения не вызывает трудностей. Дифференциальный диагноз следует проводить с травмой матки и половых путей.

### ЛЕЧЕНИЕ ГИПОТОНИИ И АТОНИИ МАТКИ

Мероприятия по остановке кровотечения при гипотонии следует проводить своевременно с обязательным подсчётом кровопотери (табл. 53-1).

Таблица 53-1. Очередность мероприятий при маточном кровотечении в раннем послеродовом периоде

Очередность	1-я очередь.Окситоцин	2-я очередь.Метилэргометрин	3-я очередь.ПГ
Начальная доза и способ введения	10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно медленно	0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно	Динопростон 0,25 мг внутримышечно, возможно в шейку матки. Мизопростол 800–1000 мкг per rectum однократно
Повторные дозы (при отсутствии кровотечения)	20 ЕД внутривенно капельно в 1 л раствора со скоростью 60/мин	0,2 мг внутримышечно каждые 15 мин (при необходимости — 0,2 мг внутримышечно или внутривенно медленно каждые 4 ч	0,25 мг каждые 15 мин
Максимальная доза	Не более 3 л жидкости, содержащей окситоцин	5 доз (1,0 мг)	8 доз (2 мг)
Противопоказания, предупреждения	—	Преэклампсия, АГ, болезни сердца	Нельзя вводить внутривенно. Глаукома, АГ

На начальных этапах кровотечения обязательна катетеризация вены, чаще кубитальной, и инфузионная терапия. В последующем катетер вводится либо в подключичную, либо в яремную вену.

Мероприятия определяются величиной кровопотери. При кровопотере в пределах 300–400 мл производят наружный массаж матки. Одновременно вводят утеротонические препараты (окситоцин, динопрост) (табл. 53-2). На низ живота кладут пузырь со льдом.

Таблица 53-2. Хирургические мероприятия при маточном кровотечении

Менее 1500 мл	Более 1500 мл
Инъекция ПГ в миометрий (динопростон 0,5 мг)	
Ишемизация матки путём наложения зажимов или лигатур на	Перевязка внутренних



сосудистые пучки (маточные и яичниковые артерии)	подвздошных артерий
Гемостатические компрессионные швы на матку	
Перевязка внутренних подвздошных артерий	

При кровопотере более 400 мл под наркозом производится ручное обследование матки.

В процессе оказания помощи по остановке кровотечения можно прижать брюшную аорту к позвоночнику через переднюю брюшную стенку. При этом уменьшается приток крови к матке.

В последующем проверяют тонус матки наружными методами и продолжают внутривенно вводить утеротоники.

При продолжающемся кровотечении объёмом 1000 мл и более, выраженной реакции женщины на меньшую кровопотерю необходимо оперативное лечение. Нельзя рассчитывать на повторное введение окситоцина, ручное обследование и массаж матки, если данные мероприятия однократно не дали эффекта. Повторение этих методов приводит к увеличению кровопотери и ухудшению состояния роженицы: кровотечение приобретает характер массивного, происходит нарушение гемостаза, возникает геморрагический шок, прогноз для больной становится неблагоприятным.

В качестве промежуточного метода при подготовке к операции можно провести внутриматочную баллонную тампонаду (тампонадный тест). Для тампонады матки используют внутриматочные гемостатические баллоны (рис. 53-1).

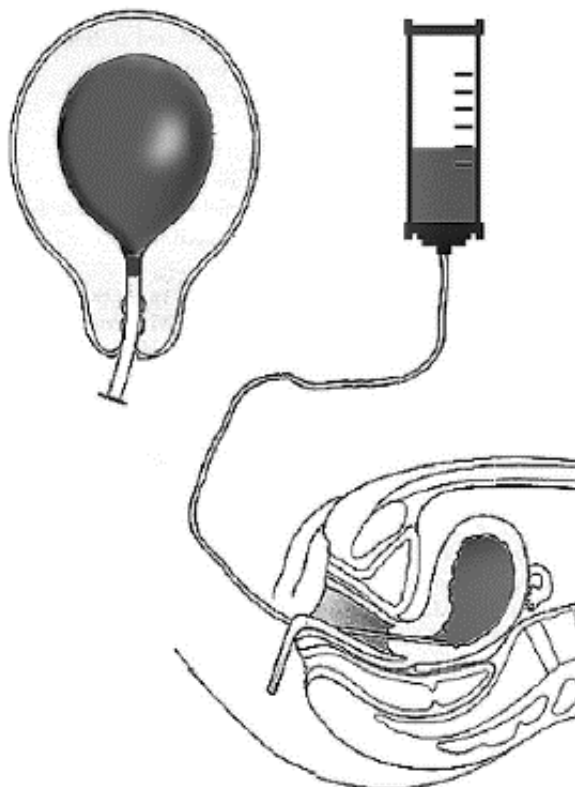


Рис. 53-1. Баллон для внутриматочной тампонады.

Алгоритм использования гемостатического внутриматочного баллона

Введение баллона производят в стерильных условиях. Сначала собирают систему, затем в систему наливают небольшое количество 0,9% раствора натрия хлорида. Нажатием на баллон из системы удаляют воздух. Обнажив шейку матки в зеркалах, под контролем зрения баллон вводят в полость матки, систему заполняют 0,9% раствором натрия хлорида в объёме 200–400 мл. Для обеспечения давления в баллоне резервуар располагают выше уровня баллона. По уровню жидкости в системе можно судить о сокращении матки.

Некоторые модели имеют двухканальный зонд (один используют для заполнения баллона, другой — для оттока крови из полости матки). При одноканальном зонде после введения баллона целесообразно провести УЗИ и убедиться, что в полости матки не скапливается кровь. При отсутствии кровотечения баллон может быть оставлен в полости матки на несколько часов. Чаще всего в течение 30 мин тонус матки восстанавливается (жидкость в резервуаре поднимается). Чтобы не препятствовать сокращению матки, резервуар необходимо постепенно опустить на уровень баллона, после чего он может быть извлечён из полости матки.

При отсутствии эффекта от применения гемостатического баллона показана лапаротомия. На первом этапе при наличии возможности (наличие сосудистого хирурга) осуществляют перевязку внутренних подвздошных артерий.

При отсутствии условий для перевязки подвздошных артерий возможна перевязка сосудов матки или применение вертикальной компрессии матки с помощью гемостатических швов по методикам В-Lynch, Перейра, Nayman, Cho.

По методике В-Lynch после лапаротомии производят поперечный разрез в нижнем маточном сегменте и дополнительно осуществляя контрольное исследование полости матки. Затем на 3 см ниже разреза и латерального края матки в нижнем сегменте производят вкол в полость матки с выколом на 3 см выше края разреза и на 4 см медиальнее ребра матки. Далее шовную нить (монокрил или другой рассасывающийся шовный материал) перекидывают над дном матки. На задней стенке на уровне крестцовых связок производят вкол и выкол в поперечном направлении. Затем нить возвращают над дном матки обратно на переднюю стенку; вкол на передней стенке делают на 3 см выше, а выкол — на 3 см ниже поперечного разреза. Затем нити натягивают, завязывают узел и ушивают разрез в нижнем маточном сегменте. Эффект от наложения шва продолжается 24–48 ч.

При перерастяжении нижнего сегмента накладывают стягивающие швы.

При продолжающемся кровотечении производят экстирпацию матки. Если есть возможность, вместо перевязки сосудов и удаления матки производят эмболизацию маточных артерий. Весьма целесообразно переливание собственной крови из брюшной полости с помощью аппаратов для реинфузии собственной крови (см. выше).

При разрывах матки или мягких родовых путей производят ушивание, при нарушении гемостаза — коррекцию.

Одновременно проводят инфузионно-трансфузионную терапию (см. раздел «Геморрагический шок»).

## **Тема №42**

### **Кровотечение в последовом и раннем после родовом периоде. Геморрагический шок. ДВС синдром. .**

Кровотечения являются ведущей причиной материнской смертности в большинстве стран мира. Так, в 1998 г в России она составила 49,9 на 100000 живорождении, смерть матери от кровотечения достигает 25,2 %. В структуре материнской смертности доля беременных более 28 недель, рожениц и родильниц составила 58 %. В Республике Узбекистан на долю кровотечения как причина материнской смертности составляет 30-35%.

Акушерские кровотечения могут возникать во время беременности, в родах, послеродовом и в раннем послеродовом периодах. Под кровотечением в родах через естественные родовые пути принято понимать кровопотерю, превышающую 10 % ОЦК, т.е. 500 мл и более. Кровотечением при абдоминальном родоразрешении считается кровопотеря, превышающая 1000 мл. Под массивным кровотечением подразумевают кровопотерю более 25-30 % ОЦК, т.е. более 1250 – 1500 мл при массе тела женщины около 70 кг.

Частота акушерских кровотечений с кровопотерей до 1000 мл составляет от 2 до 8 % по отношению к общему числу родов. Эти кровотечения связаны с гипотонией матки в послеродовом и в послеродовом периодах, травмой мягких родовых путей, предлежанием плаценты.

Массивные кровотечения обусловлены комбинацией нескольких причин и практически всегда сопровождаются грубыми нарушениями системы гемостаза. В последние годы отмечается тенденция к снижению частоты гипотонических кровотечений в послеродовом и послеродовом периоде на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и развитием синдрома ДВС. Чаще всего массивные кровотечения возникают при тяжелом гестозе, полной отслойке нормально расположенной плаценты, «послешоковых» состояниях: эмболия околоплодными водами – плевропульмональный шок; анафилактический шок на растворы, донорскую кровь и ее компоненты; хориоамнионит - септический шок.

Факторами риска развития акушерских кровотечений являются преэклампсии, аутоиммунные нарушения, наследственные и приобретенные заболевания свертывающей системы крови, антенатальная гибель плода, миома и аномалии развития матки.

Наследственные или приобретенные дефекты системы гемостаза могут явиться причиной кровотечения как во время беременности, так и в родах или послеродовом периоде. При отсутствии мер профилактики дефекты системы гемостаза могут привести к массивной кровопотере в родах.

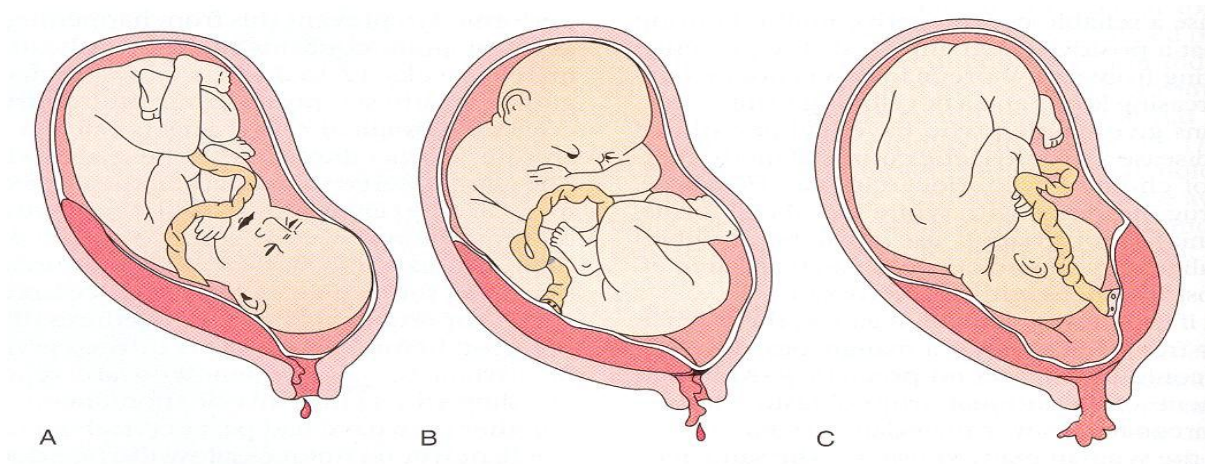
Особый интерес представляют беременные группы высокого риска развития кровотечения во время родов, поскольку у них наблюдается наиболее значительная кровопотеря и именно они определяют уровень материнской смертности. В группу риска в родах относятся женщины с заболеваниями крови (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, апластические анемии, лейкозы), миомой и аномалиями развития матки, предлежанием плаценты, преэклампсией, аутоиммунными нарушениями, антифосфолипидным синдромом, многоплодной беременностью, антенатальной гибелью плода и др. При абдоминальном родоразрешении высок риск развития кровотечения у беременных с варикозным расширением вен матки, гемангиомами органов малого таза.

Акушерские кровотечения нередко возникают из-за нарушения гемостаза. При сравнительно небольшой кровопотере в 15 – 20 %.

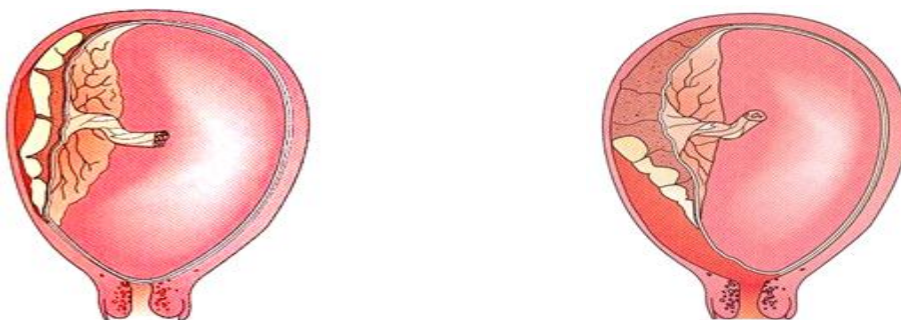
ОЦК нередко констатируется двухфазность изменений в системе гемостаза. Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции.

**Причинами возникновения коагулопатии являются:**

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- эмболия околоплодными водами;
- внутриутробная гибель плода;
- преэклампсия;
- разрыв матки;
- гипотония матки;
- экстрагенитальная патология.



**Рисунок 23. Предлежания плаценты.**



***Рисунок 24. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.***

Причины возникновения нарушений сократительной деятельности матки разнообразны, хотя в настоящее время имеется однозначное мнение, что они связаны с системой гемостаза. Недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки нередко приводит к развитию кровотечения. По данным В.Н. Серова, гипотония матки – понятие весьма широкое и обусловлена многочисленными факторами, что позволило в этих ситуациях сформулировать термин «шоковая матка», отражающий проявление общего синдрома полиорганной недостаточности.

Ответная индивидуальная реакция организма рожениц и родильниц на кровопотерю имеет ряд особенностей. Во-первых, отличием акушерских кровотечений является массивность и внезапность их возникновения. Во-вторых, как правило, при кровотечениях страдает плод, что требует срочного родоразрешения, не дожидаясь стойкой стабилизации гемодинамических показателей, проведения полного объема инфузионно – трансфузионной терапии. В-третьих, кровопотеря нередко сочетается с резко выраженным болевым синдромом, патофизиологическими особенностями организма беременных женщин и системной гемодинамики, что приводит к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у женщин с преэклампсией, анемией, осложненным течением родов. Для акушерских кровотечений характерны острый дефицит ОЦК, нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии.

Массивные кровотечения могут быть обусловлены целым рядом причин и наиболее часто их комбинацией. За последнее время отмечается отчетливая тенденция к снижению числа кровотечений в последовом и послеродовом периодах на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и нередким возникновением синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови ДВС – синдрома во время родов и при оперативном родоразрешении.

**Акушерские кровотечения подразделяются на:**

- Кровотечение во время беременности;
- Кровотечение в родах;
- Кровотечение в послеродовом периоде;

Все случаи кровотечений в течении 24 часов после родов являются первичными послеродовыми кровотечениями.

**Основные причины первичного послеродового кровотечения:**

- патология отделения и выделение последа;
- первичные заболевание крови;
- диссеминированное внутри сосудистое свертывание ДВС;
- выворот матки;
- травма мягких родовых путей;
- гипотония и атония матки;

**При П.Р.К. необходимо быстро оценить состояние:**

- цвет кожных покровов;
- общий вид;
- пульс;
- артериальное давление;
- уровень сознания;
- оценить кровопотерю;
- определить сокращение матки.

**Вторичными послеродовыми кровотечениями называются;**

- кровотечение, возникшее после 24 часов до 6 недель послеродового периода.

***ЛЕЧЕНИЕ:***

1. Наружный массаж матки, удаление сгустков крови.
2. Опорожнение мочевого пузыря катетером.
3. Проверьте целостность последа плаценты и оболочки

4. Оцените состояние пациентки
5. Осмотрите мягкие родовые пути для определения разрывов.
6. В/в переливание физиологического раствора или Рингер - Лактата; при развитии шока переливать струйно 1 литр в течение 15 минут до стабилизации состояния.
7. Введите сокращающие метилэргометрин или окситоцин в/в или в/м. Разведите 8 единиц окситоцин в 200 мл. физ. раствора струйно переливать в течение 15 минут или разведите 40 единиц окситоцина в 1 литр. физ. раствора и переливайте со скоростью 40 капель в минуту. Поддерживайте сокращение матки. Попробуйте приложить ребенка к груди или использовать стимуляцию сосков.
8. Используйте бимануальную компрессию матки
9. Определите группу крови, уровень Нб, Нт. При возможности используйте плазмозаменители. В случае тяжелого шока переливайте одногруппную кровь.
10. При наличии признаков инфекции лихорадочные состояние, озноб или выделения с запахом, начинайте лечение антибиотиками широкого спектра действия.

### ***ВНЕШНЯЯ БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ.***

Положите левую руку на дно матки и продвигайте её по возможности за матку.

1. Правую руку положите на живот между пупком и лоном.
2. Сжимайте руки по направлению друг к другу для вдавления сосудов на плацентарной площадке.

***Рисунок 25. . Мануальная компрессия аорты***



**Внутренняя бимануальная компрессия рекомендуется в следующих случаях:**

- при сильном кровотечении не помогает внешняя бимануальная компрессия;
- после ручного отделения плаценты кровотечение не останавливается;

### **Внутренняя бимануальная компрессия матки**

1. Обработайте руки и наденьте стерильные перчатки.
2. Левую руку, как и при внешней компрессии, положите на дно матки. Правую руку осторожно введите во влагалище и сожмите её в кулак.левой рукой пожмите на

матку вниз, а правой рукой кулаком давите по направлению к переднему своду влагалища. Это обеспечивает хорошее сокращение матки.



***Рисунок 26. Внутренняя бимануальная компрессия матки***

Используются обе руки. Одну руку необходимо держать на паховой области для проверки пульса беременной, а другую руку кулак держать под пупком и медленно опускать по направлению к передней части позвоночника. Когда пульсация бедренной артерии прекращается, компрессия аорты является достаточной и кровотечение должно остановиться.

#### **Вторичное послеродовое кровотечение.**

- все случаи кровотечений, которые могут наблюдаться от 24 часов до 6 недель послеродового периода.

#### **Основные причины вторичного послеродового кровотечения;**

- задержка частей плаценты или плодных оболочек;
- отхождение омертвевших тканей после родов;
- расхождение раны на матке после кесарево – сечения или разрыва матки.

Обычным временем проявления вторичного послеродового кровотечения является период от 7 до 12 дней после родов.

Диагностика вторичного послеродового кровотечения – обычно наблюдается субинволюция матки. При вторичном П.Р.К. возрастает опасность послеродового сепсиса.



### *Первоочередные действия при лечении вторичного П.Р.К.*

1. Оцените её состояние.
2. Введите метилэргометрин в/в или в/м.
3. Определите группу крови, Hb, Ht.
4. Наладьте капельницу с физиологическим раствором Рингера или плазозаменителей. Если женщина находится в шоке, переливание начните струйно 1 литр в течение 15 минут, до стабилизации состояния женщины.
5. 40 ед. окситоцина на 1 литр и переливайте со скоростью 40 капель в минуту.
6. Плазмозаменители или переливание крови.



*Рисунок 27. Ручное обследование матки родовых путей*

Начните введение большие дозы антибиотиков широкого спектра: Цефазолин 2 гр в/в - по 1 гр. каждые 6 часов, гентамицин 100 мг в/м, с последующим введением 80 мг через каждые 8 часов с метронидазолом 500 мг перорально каждые 6 часов; или ампицилин 1 гр. в/в, с последующем введением 500 мг в/м через каждые 6 часов с метронидазолом 500 мг перорально через каждые 6 часов;

- осторожно обследовать матку;

- удалить омертвевшие ткани;

- если необходимо, повторно положить швы на разрывы мягких родовых путей;

- вести тщательное наблюдение за: температурой, пульсом, дыханием, А/Д, общей потерей крови, общим состоянием, объемом, вводимых растворов и количество выведенной мочи, необходимо вести точные записи.

При без эффективности выше указанной консервативной терапии имеется возможность хирургической остановки кровотечения: - перевязки обеих подвздошных артерий, гистерэктомия.

При возникновении акушерского шока нарушается постоянства «4 Т».

- Нарушения образования тромбина
- Травма мягких тканей
- Нарушается целостность ткани
- Нарушение тонуса тканей

Проблема шока одна из самых старых проблем в медицине. Существует очень своеобразное высказывание о том, что "ни на одну проблему в медицине не истрчено так много чернил, как на проблему шока". Само слово "шок", обозначающее в английском и французском языке "удар, толчок, потрясение" было введено более 250 лет назад Ле Драном.

Термин "шок" является собирательным понятием, которым пользуются клиницисты, когда пытаются охарактеризовать экстремальное состояние жизненно важных функций организма, возникающее в результате чрезвычайного по силе или продолжительности воздействия, и выражающееся целым комплексом нарушений деятельности физиологических систем, главным образом кровообращения, метаболизма и ЦНС.

В настоящее время мы пользуемся этим термином, как условным, объединяющим состояния, порой совершенно различные по этиологическому, патогенетическому и клиническому признаку. Тем не менее, термин "шок" для нас привычен и, что самое главное, правильно ориентирует врача на исключительность и опасность ситуации, в которой находится больной.

**Шок** - это синдром, который проявляется артериальной гипотонией, ацидозом и нарушением функций жизненно важных органов вследствие гипоперфузии тканей. В типичных случаях шок развивается остро, реже - постепенно.

Как и "шок" термин "коллапс", так же отражает многообразие этих состояний. Отличительной особенностью между шоком и коллапсом в гемодинамическом плане является то, что при шоке происходит централизация кровообращения, тогда как при коллапсе в абсолютном большинстве случаев развивается острая децентрализация кровообращения. Подтверждением указанного является быстрая утрата сознания при коллапсе, тогда как при подобной же артериальной гипотензии, связанной с шоком, сознание некоторое время (иногда длительное время) остается не утраченным.

Большая общность патогенетических механизмов, имеющих место при шоке и коллапсе, зачастую является причиной смешивания этих понятий. Лишь глубокое изучение развивающихся гемодинамических, метаболических расстройств при шоке и коллапсе может послужить дифференциальным диагностическим критерием между этими указанными патологическими состояниями.

#### **Общие механизмы патогенеза при шоке различной этиологии.**

Чрезвычайный раздражитель вызывает возбуждение симпатической системы и от 30–300–кратное увлечение выделение катехоламинов, что приводит к генерализованному спазму периферических сосудов и перемещению крови, которое обеспечивает лучшее кровоснабжение жизненно важных органов (сердце, мозг, легкие).

На фоне нарастающей гипоксии нарушаются процессы окисления в тканях, которые протекают по анаэробному типу. Образуются кислые продукты обмена веществ и прежде всего молочная кислота, которая усугубляет метаболический ацидоз. Компенсаторно развивается гиперпноэ. При содержании в крови молочной кислоты до 1 мэкв/л выживает 80% больных, находящихся в шоке при 2 мэкв/л- 60%, а при 3-4 мэкв/л- всего 26%.

Вследствие тканевой гипоксии и метаболического ацидоза нарушается сосудистая проницаемость, и следовательно объем интерстициальной жидкости. Расширение прекапиллярных артериол и посткапиллярных венул под влиянием ацидоза обуславливает резкое увеличение капиллярного объема крови и ее секвестрацию с развитием гиповолемии. В недостаточно снабжаемых кровью органах и тканях отмечаются выраженные нарушения микроциркуляции (гипостаз, "монетные столбики" из эритроцитов, агрегация тромбоцитов и т. д.).

В результате сокращения венозного притока к сердцу уменьшается ударный объем. Отрицательное влияние на величину сердечного выброса оказывают метаболический ацидоз, артериальная гипоксемия, ухудшение коронарной перфузии, связанное с артериальной гипотензией.

Распознавание тяжелых стадий шока не представляет трудностей. Важное значение имеет распознавание начальных симптомов шока. Правильно собранный анамнез, внимательное клиническое наблюдение, использование простых методов исследования, лабораторных методик и современных технических средств позволяют правильно выявить причину и оценить тяжесть шока. Измеряют АД, ЧСС, ЦВД, ОЦК, МОК, ЧД, МОД. Тахикардия часто служит ранним признаком развивающегося шока. Исходя, из величин систолического давления и частоты пульса Альговер предложил расчет индекса шока (ИШ).

$$\text{ИШ} = \text{частота пульса} / \text{АД систолическое}$$

Норма 60/120 ИШ = 0,5

Шок угрожаемый 100/100 ИШ = 1

Шок манифестированный 120/80 ИШ = 1,5

Наряду с контролем сердечно-сосудистой системы необходимо наблюдение за дыхательной деятельностью. Гипервентиляция свидетельствует о гипоксии, метаболическом ацидозе и гипертермии; гиповентиляция - о депрессии дыхания, возможно о повышении внутричерепного давления.

### **ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК.**

Геморрагический шок (ГШ) – общая реакция организма в ответ на внешнее или внутреннее кровотечение. Как причина смерти ГШ находится на 4-ом месте после кардиогенного, септического и травматического шока, однако по частоте он занимает первое место.

Острый дефицит циркулирующей крови, превышающий 50% ее объема, как правило, приводит к немедленной смерти без симптомов шока. Внезапная потеря 30-35% циркулирующей крови вызывает тяжелый шок. Потеря 15-20% ОЦК может восполниться самостоятельно, без проявления классических симптомов шока. Таким образом, для возникновения шока имеет значение не только объем кровопотери, но и фактор времени.

Выделяют следующие стадии ГШ:

1. Компенсированный обратимый шок (синдром малого выброса),
2. Декомпенсированный обратимый шок,
3. Необратимый шок.

**Патофизиология.** Острая кровопотеря вызывает внезапное уменьшение ОЦК, что ведет за собой потерю жизненно важного соответствия ОЦК и сосудистой емкости- фактора определяющего величину ОПСС. Резкое несоответствие емкости объему циркулирующей крови обуславливает снижение ударного объема сердца. Следовательно, острая гиповолемия, вызванная массивной кровопотерей, является первопричиной низкого ОПСС, сердечного выброса, а затем и АД, прогрессирующее падение которого характеризует развитие клинической картины ГШ.

Организм в состоянии за 24-48 часов самостоятельно восполнить с помощью компенсаторных механизмов 1/3 утерянного ОЦК (Рудовский В. и др.) за счет мобилизации внутренних ресурсов воды, главным образом интерстициальной, общий объем которой составляет от 10 до 20 л. Значительно сложнее обстоит с компенсацией недостающих эритроцитов. При потере 1/3 ОЦЭ процесс восстановления длится 20-25 дней.

Вместе с тем предельный объем потери, при котором жизнь еще возможна, составляет для эритроцитарной массы 60%, а для плазмы - лишь 30%.

Основной емкостью крови в организме является венозная система (так называемая система низкого давления), вмещающая до 75% объема крови. Кровопотеря отражается, прежде всего, на объеме крови в венах. Венозные сосуды обладают хорошо развитым моторным механизмом, позволяющим быстро приспосабливать емкость системы к изменившемуся объему крови. До тех пор пока действует этот адаптационный механизм, ЦВД остается в прежних пределах и венозный возврат не меняется. Однако эти возможности ограничены и при потере 5-10% ОЦК и более начинает снижаться ЦВД в результате уменьшения венозного возврата. Это ведет к снижению сердечного выброса. Организм стремится компенсировать недостаточный венозный возврат нарастающей тахикардией. Минутный объем сердца при этом может довольно долго оставаться на прежнем уровне или даже повышаться. При истощении компенсаторного емкостного механизма, которое наступает с уменьшением венозного возврата на 25-30%, начинает снижаться сердечный выброс, развивается синдром малого выброса.

Адаптационные и компенсаторные реакции организма при любых условиях снижения объемного кровотока направлены прежде всего на сохранение удовлетворительного кровоснабжения жизненно важных органов - мозга, сердца, легких. При невозможности поддержания нормального кровотока перечисленными механизмами развивается следующий этап компенсации - периферическая вазоконстрикция, обеспечивающая поддержание АД на уровне выше критического (централизация кровообращения). Можно считать доказанным, что немедленно после кровопотери уровень катехоламинов (адреналина и норадреналина) повышается в 10-30 раз. Вазоконстрикция во всех случаях затянувшегося синдрома малого выброса приводит к глубокой гипоксии тканей с неизбежным развитием ацидоза. Организм резко страдает от дефицита кислорода при гипотензивных состояниях, сочетающихся с периферической компенсаторной вазоконстрикцией, несмотря на то, что потребность в кислороде при этом может

существенно снижаться. Метаболические потребности в кислороде при глубокой гипотонии, вызванной острой кровопотерей, покрываются лишь на 50%.

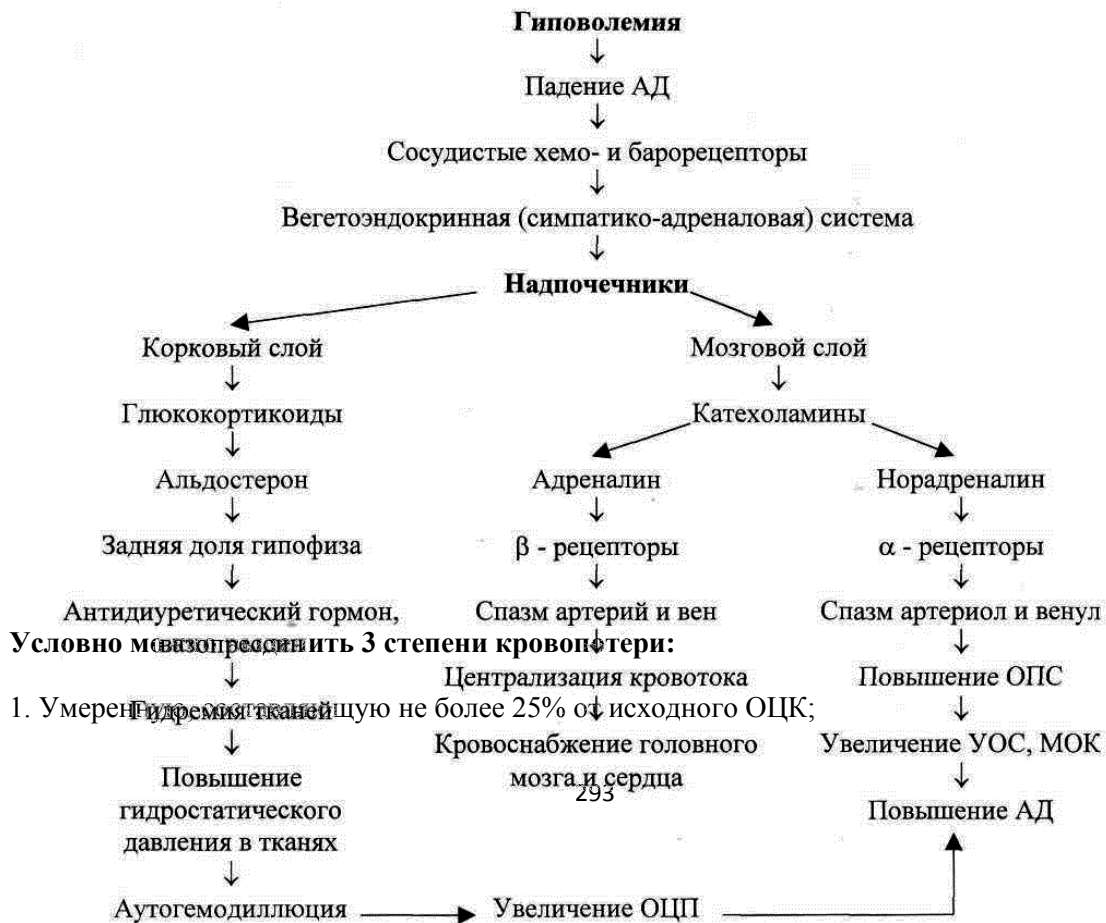
Большое место в комплексе патологических сдвигов, возникающих в связи с кровопотерей, усугубляющих шок, занимает перемещение жидкости из сосудистого и внеклеточного сектора в клеточный. Хотя эти перемещения не велики и составляют лишь 58% объема внутрисосудистой жидкости, они означают, по мнению Selkurt, наступление необратимой фазы шока. Перемещение воды в клетку может быть объяснено ослаблением в результате гипоксии функции "натриевого насоса" и снижением энергетической продукции клетки.

При дальнейшем течении шока постепенно снижается тонус прекапиллярного сфинктера под влиянием местного ацидоза при одновременном сохранении тонуса посткапиллярного сфинктера, для которого ацидотическая среда является относительно нормальной. Прекапиллярный сфинктер перестает реагировать даже на высокие концентрации эндогенных катехоламинов. Повышение гидростатического давления в капилляре в сочетании с повышением проницаемости сосудистой стенки способствуют переходу воды и электролитов в интерстициальное пространство, повышению вязкости крови.

В капиллярах в силу стремительной потери плазмы происходит агрегация (агломинация) форменных элементов, закупоривающих просвет капилляров и дающих основу для возникновения тромбов. Образование агрегатов эритроцитов непосредственно предшествует необратимости шока. Происходит секвестрация крови из циркуляции и депонирование ее в застойных капиллярах, венах.

**Схематическое отражение патогенеза геморрагического шока.**

*Схема 1*



2. Большую, равную в среднем 30-40% от исходного ОЦК;
3. массивную- более 40% от исходного ОЦК.

***Клиника.***

***КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГШ.***

Обусловлен потерей крови в таком объеме, который компенсируется сердечно-сосудистой системой. Бледность, АД, несмотря на сниженный сердечный выброс, неизменен или даже повышен, олигурия (при норме 1-1,2 мл/мин), ЦВД снижено, сознание обычно сохранено.

***ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ОБРАТИМЫЙ ШОК.***

Характеризуется тем, что спазм периферических сосудов не в состоянии компенсировать малый сердечный выброс. АД снижено, нарушен органный кровоток (мозг, сердце, почки). Олигурия, хотя носит компенсаторный характер, но уже связана и с расстройствами почечного кровотока. Появляются такие симптомы, как акроцианоз, выраженная одышка. Одышка частично является отражением ухудшения мозгового кровотока (гипоксия, ацидоз) и является фактором компенсации метаболического ацидоза. Главная причина одышки заключается в развитии синдрома дыхательных расстройств или шокового легкого.

***НЕОБРАТИМЫЙ ГШ.***

Это стадия более глубоких нарушений. Если декомпенсация кровообращения длится долго (более 12 часов) и имеет тенденцию к усугублению, т. е. если у больного, несмотря на лечение, не определяется АД, отсутствует сознание, держится анурия, холодные цианотичные конечности, гипостатические кожные изменения, усугубляется ацидоз, следует считать шок необратимым. Но это не является сигналом к прекращению лечения. Существенным признаком необратимого шока является повышение гематокрита (капилляростаз) и снижение объема плазмы.

**Клинические симптомы и объем кровопотери при синдроме малого выброса и геморрагическом шоке.**

***Таблица 4***

Состояние	Клинические симптомы	Кровопотеря, процент и объем
Норма	Отсутствуют клинические симптомы, АД нормальное	10% (450-550 мл)*

Стадии шока: I Компенсированный обратимый ГШ	Умеренная тахикардия, слабо выражена (либо отсутствует) артериальная гипотония. Венозная гипотония. Умеренная олигурия. Похолодание конечностей.	15-25% (700-1300 мл)
II Декомпенсированный обратимый ГШ	Частота пульса до 120-140 в мин., низкое пульсовое АД (САД ниже 100 мм рт. ст.). Венозная гипотония. Бледность покровов. Одышка. Цианоз. Холодный пот. Олигурия (менее 20 мл/ч). Беспокойство.	25-45 % (1300-1800 мл)
III Необратимый ГШ	Гипотония свыше 12 часов. Пульс больше 140 уд. в мин. АД ниже 60 мм рт. ст. или не определяется. Сознание отсутствует. Крайняя бледность покровов. Холодный пот. Похолодание конечностей, гипостаз. Олигурия.	более 50 % (2000-2500 мл)

Предупреждение серьезных нарушений здоровья женщин, а в отдельных случаях и летального исхода при акушерских кровотечениях, возможно только при четком, полном и своевременном выполнении всех слагаемых комплексной системы оказания медицинской помощи, включающей обеспечение постоянной готовности родовспомогательных учреждений, осуществить хирургическую остановку кровотечения, адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, профилактику и лечение респираторного дистресс-синдрома взрослых, грамотное проведение анестезиологического пособия, коррекцию нарушений гемокоагуляции и прочих гомеостатических расстройств. Интенсивная терапия при острой кровопотере в акушерской практике должна быть направлена, прежде всего, на восполнение ОЦК, поддержание адекватной тканевой перфузии, нормализацию гемокоагуляции и улучшение метаболизма клетки. Для нормализации объема крови обычно применяют следующие средства: кровь; коллоидные растворы, не содержащие эритроциты (альбумин, плазма, протеин); искусственные коллоидные растворы; кристаллоиды.

#### **Качественный и количественный состав инфузионной терапии при острой кровопотере в акушерской практике.**

*Таблица 5*

<b>10-12%</b> <b>(500-700 мл)</b>	Объем вводимой жидкости составляет 150-200% кровопотери и включает коллоидные и кристаллоидные растворы в соотношении 1,2:1
<b>15-20%</b> <b>(1000-1400 мл)</b>	Трансфузия осуществляется в объеме 200-250% кровопотери, инфузионная терапия состоит из крови (около 50% потерянной) и коллоидных и кристаллоидных растворов в соотношении 2: 1
<b>25-40%</b> <b>(1500-2000 мл)</b>	Общий объем переливаемой жидкости должен быть не менее 300% дефицита ОЦК; кровью возмещается на 80% потерянной, коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 2,4:1

<b>50-60% и более</b>  <b>(2500-3000 мл и более)</b>	Общий объем вводимой жидкости на 300% превышает кровопотерю, возмещение кровью осуществляется на 100% потерянной, соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов составляет 3,4: 1
--	---

**Примечание.** В литературе приводится также соотношение объема кровопотери в % к массе тела. При этом 1,5% соответствует кровопотере до 1 л; 2-3% - 1,4 - 2 л; более 3% массы тела 2 литра и более. Предложенные объемы инфузии для кровопотерь 25-40% ОЦК и более рассчитаны на сутки.

## Тема :№ 43.Синдром кровотечения в акушерстве. ДВС.

### Синдром – ДВС

В настоящее время известно, что синдром ДВС – это неспецифический многокомпонентный патологический процесс, в основе которого лежит реальная и потенциальная интенсификация свертывающего потенциала крови, благодаря которому, кровь вначале подвергается свертыванию в зонах микроциркуляции, блокирует фибрином и клеточными агрегатами капиллярного русла, а затем, истощив свой свертывающий и антисвертывающий потенциал, утрачивает способность к свертыванию, что выражается тромбозами или профузными кровотечениями, блоком микроциркуляции и, как результат этого развитием синдрома полиорганной недостаточности. Тромбогеморрагические осложнения являются постоянным спутником любой акушерско–гинекологической патологии и во многом определяют течение и исход беременности и родов.Общепринято, что основными причинами развития ДВС при критических состояниях в акушерстве и гинекологии являются: тяжелые формы гестозов (преэклампсия и эклампсия), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, замершая беременность, кровотечения различного генеза, массивные переливания крови, экстрагенитальная патология, разные виды шока, аллергические реакции, длительный прием контрацептивов, большая травматичность операций, особенно у гинекологических больных.

Отдельную проблему составляют гнойно-септические осложнения, а именно сепсис и септический шок. **Среди заболеваний которые осложняются септическим шоком следует выделять: 1) септический аборт, 2) эндометрит, 3) хориоамнионит, 4) мастит, 5) перитонит после операции кесарево сечения. Фоном, благоприятствующим развитию данного критического состояния, является осложненное течение беременности, обусловленное поздним токсикозом, экстрагенитальными заболеваниями, иммунодефицит.** Поэтому неудивительно, что около 70% всех синдромов рассеянного внутрисосудистого свертывания, возникающих в родах, оказываются в действительности не чисто акушерскими, а связаны с септическим состоянием.

Несмотря на множество причинных факторов, реализация ДВС-синдрома, возможна при наличии интенсивного или длительного активирования коагуляционного потенциала крови по внешнему и внутреннему пути свертывания, которое приводит к истощению



противосвертывающих механизмов, активации, а в дальнейшем к истощению компонентов фибринолитической и каллекреин–кининовых систем.

1) При тяжелой преэклампсии имеет место диффузное повреждение эндотелия, в основе генерализованный артериолоспазм, который способствует повышению резистентности периферических сосудов с массивным повреждением эндотелия, в результате чего нарушается соотношение тромбогенного потенциала сосудистой стенки и ее тромборезистентности, в результате этого снижается синтез простациклина и увеличивается продукция тромбоксана – мощного индуктора агрегации тромбоцитов, возникает гиперагрегация, тромбоциты выбрасывают в кровь тромбоцитарные факторы и затем дезагрегируют.

2) Существуют состояния, когда ряд факторов свертывания активируется за счет тромбопластина и его аналогов при амниотической эмболии, аутолизе плаценты и децидуальных оболочек, при задержке и мацерации плода.

3) Начальным этапом ДВС при сепсисе, независимо от ведущей причины, является выброс медиаторов (цитокинов), способных активировать систему гемостаза. В данном случае, начальным механизмом является повреждение эндотелия и усиление сосудистой проницаемости, которое вызывается выбросом эндотоксинов и активацией медиаторов. Вследствие септицемии, цитокиновая система активированных лейкоцитов играют центральную роль в развитии ДВС, приводящей к полиорганной недостаточности.

4) При острой массивной кровопотери, всегда так или иначе связанной с повреждением сосудистой стенки, происходит резкая активация свертывания крови как за счет первичного тромбоцитарного звена гемостаза, так и за счет дефицита факторов свертывания крови и изменений в системе фибринолиза.

На основании наших многолетних исследований и данных литературы считаем целесообразным использовать при критических состояниях в акушерско–гинекологической клинике следующую классификацию острого ДВС синдрома.

**1. Гиперкоагуляционная стадия** – может протекать в виде молниеносной, острой и подострой форм. Молниеносную форму данной стадии в акушерско-гинекологической клинике очень сложно диагностировать, так как она очень быстро (в течение десятков минут) переходит в стадию гипокоагуляции. Подострая форма развивается при длительно текущей преэклампсии, однако если нет ее медикаментозной коррекции, то при любой критической ситуации она очень быстро переходит в острую форму, которая характеризуется очень тяжелым состоянием (оценка по АРАСНЕ II <20 баллов) больной в результате основного заболевания и его осложнений.

**2. Гипокоагуляционная стадия – а) хронометрическая гиперкоагуляция со структурной гипокоагуляцией.**

Если условия, вызвавшие ДВС, сохраняются, то продолжающаяся интенсификация внутрисосудистого свертывания истощает факторы коагуляции, то есть наступает коагулопатия потребления, которая резко уменьшает возможности системы гемокоагуляции для остановки кровотечения при нарушении целостности сосудистой стенки, так как исчерпывается пластический и ферментативный материал для первичного тромбообразования. В зависимости от основной нозологической формы заболевания клиническая картина, характерная для этой стадии может быть достаточно разнонаправленной. При гнойно-септических заболеваниях (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) она может проявляться прогрессированием клинических синдромов острой недостаточности кровообращения (продолжающееся снижение АД на фоне

адекватной инфузионной терапии, нарастанием тяжести ОРДС до II-IV стадий, выраженная бледность в сочетании с акроцианозом, выраженная олигоурия, повышение градиента температуры до 6-8-10 градусов Цельсия и т.п.) вплоть до развития терминальной стадии шока. Напротив, при преэклампсии у беременных наблюдаются артериальная гипертензия (АД = 140-200/90-135 мм.рт.ст.) на фоне низкого ЦВД (1-4 смH<sub>2</sub>O), тахикардии (на 30-50% выше возрастной нормы), олигоурии и в 20-30% случаев имеются клинико-лабораторные признаки острого респираторного дистресс-синдрома II-III стадий.

В целом, оценка тяжести состояния по шкале APACHE II, как правило, не превышает 25 баллов. Для этой фазы стадии гипокоагуляции характерны: петехиальный тип кровоточивости, невыраженная отсроченная кровоточивость из мест инъекций и послеоперационной раны. Появление в фазу хронометрической гиперкоагуляции структурной гипокоагуляцией кровотечения из матки обусловлено ее гипотонией или атонией, а не расстройствами в системе гемокоагуляции. В эту фазу кровь сворачивается быстро, но при этом сгусток очень рыхлый за счет большого количества содержащихся в нем ПДФ, которые, обладают выраженными антикоагулянтными свойствами.

Эта фаза скоротечна, вслед за ней наступает следующая фаза – афибриногемия.

### ***3. Хронометрическая и структурная реальная гипокоагуляция с потенциальной гиперкоагуляцией.***

Общая клиническая симптоматика в фазу хронометрической и структурной реальной гипокоагуляции с потенциальной гиперкоагуляцией при гнойно-септической патологии существенно не отличается от предыдущей фазы. Однако, у беременных с преэклампсией (при условии выраженного кровотечения) наблюдается клиника геморрагического шока, выраженность которого соответствует кровопотере. Тяжесть общего состояния по шкале APACHE II достигает 30 баллов, а синдрома острого повреждения легких соответствует ОРДС II-III стадий. Практически у всех больных имеет место петехиально-пятнистый тип кровоточивости: экхимозы, петехии на коже и слизистых, кровотечение из мест инъекций и образование на их месте гематом, длительное кровотечение из послеоперационной раны, в брюшную полость и забрюшинное пространство. В результате ишемии и нарушении проницаемости капилляров кишечной стенки и желудка развивается гастрокишечный геморрагический синдром. В эту фазу кровотечение из матки обусловлено нарушением гемостаза, хотя вытекающая кровь еще образует сгустки через более продолжительное время, но они небольшие, рыхлые, быстро растворяются. Таким образом, формируется синдром полиорганной недостаточности вследствие как одновременного, так и последовательного поражения органов и систем организма.

В лабораторных показателях выявляется хронометрическая и структурная гипокоагуляция, тромбоцитопения с тромбоцитопатией. Коагуляция заблокирована на самом последнем этапе (переход фибриногена в фибрин) большим количеством ПДФ. Как правило, развивается анемия, связанная с внутрисосудистым гемолизом (эритроциты, потерявшие способность к деформации, разрезаются, фрагментируются нитями фибрина) и кровотечениями. Благодаря сворачиванию фибриногена и проливанью плазмы возникает ишемия альвеолярной мембраны и образование гиалиновых мембран, блокируется легочное кровообращение, что способствует нарастанию тяжести ОРДС. В данную фазу на фоне реальной гипокоагуляции, еще сохраняется повышение тромбинового потенциала крови за счет постоянно накапливающегося в крови тромбoplastина, т.е. имеет место потенциальная гиперкоагуляция. Если патологический процесс в этой не корректируется, то поломка регуляции агрегатного состояния крови достигает своего максимума, развивается синдром низкой вязкости, полная несвертываемость крови, необратимый блок микроциркуляторного русла – терминальная фаза стадии гипокоагуляции острого ДВС синдрома. Состояние больных крайней степени тяжести или терминальное, за счет синдрома полиорганной

недостаточности, проявляющегося острой церебральной недостаточностью (кома), артериальной гипотонией на фоне адекватной инфузионной терапии и инотропной поддержки, критическими расстройствами газообмена (ОРДС III-IV стадий), декомпенсированной дисфункцией всех периферических органов и систем на фоне некупирующегося коагулопатического массивного кровотечения. Оценка тяжести состояния по шкале АРАСНЕ II более 30 баллов. Клиническая картина геморрагического синдрома характеризуется смешанным типом кровоточивости: профузное кровотечение из тканей, желудочно-кишечного тракта, трахеобронхиального дерева, макрогематурия.

### Классификация стадий и фаз ДВС крови

Таблица 6

Стадии и фазы ДВС крови	Клинико-лабораторное проявление
I. Гиперкоагуляционная стадия	Гемокоагуляционный шок ARDS I – VI стадии Хронометрическая гиперкоагуляция ОРФТ, ЭТ (+), ФВ > 150 – 200 %, Д – димеры (+), АТ III, гиперагрегация тромбоцитов АРАСНЕ II < 20 баллов
II. Гипокоагуляционная стадия А) Хронометрическая гиперкоагуляция со структурной гипокоагуляцией	Петехиальный тип кровоточивости. Реальная и потенциальная хронометрическая гиперкоагуляция, сгусток рыхлый.  Тромбоциты $\leq 100$ тыс.  Фибриноген 1,5 – 3,0 г/л, Д – димеры (+) АРАСНЕ II $\leq 25$ баллов ARDS II – VI стадия
б) Хронометрическая и структурная реальная гипокоагуляция с потенциальной гиперкоагуляцией	<>Смешанный тип кровоточивости Хронометрическая гипокоагуляция, пробы переноса (+) тромбоциты $\leq 50$ тыс.  Фибриноген >0,5<1,5 г/л  АРАСНЕ II $\leq 30$ баллов  <b>ARDS II – VI стадия</b>
В) Терминальная фаза (преобладание антитромбиновой и антиагрегационной активности)	Тотальные геморрагии  Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции по пробам переноса,  Выраженная хронометрическая гипокоагуляция Фибриноген – следы, в рептилазовом тесте до 2г/л, тромбоциты < 50 тыс., единичные, ФВ < 100% АРАСНЕ II > 30 баллов

	<b>ARDS III –IV стадия</b> СПОН > 15 баллов
--	--

Таким образом, основные причины кровоточивости с учетом влияния компонентов интенсивной терапии в акушерско–гинекологической клинике при ДВС крови следующие:

1. Коагулопатия потребления за счет истощения и блокировки факторов коагуляционного каскада;
2. Коагулопатия разведения;
3. Накопление патологических антикоагулянтов – продуктов деградации фибрин – фибриногена;
4. Тромбоцитопения с тромбоцитопатией;
5. Расстройства сократительной функции матки;
6. Повреждение эндотелия с блокировкой продукции простациклина;
7. Увеличение проницаемости капиллярного русла;
8. Накопление медиаторов ССВО;
9. Блокировка тромбоцитарного гемостаза за счет действия антикоагулянтов прямого действия (гепарина) и дезагрегантов.

#### **Интенсивная терапия ДВС – синдрома**

Лечение больных с ДВС зависит от остроты, стадии, тяжести клинической картины и должно преследовать следующие цели (таблица 5):

- 1) Устранение причины вызвавшей ДВС – коррекция триггерных механизмов этиопатогенеза.
- 2) Устранение реальной (потенциальной) гиперкоагуляции и блокады микроциркуляторного русла.
- 3) Замещение потребленных факторов свертывания, естественных антикоагулянтов и плазминогена.
- 4) Подавление избыточного фибринолиза, протеолиза.
- 5) Поддержание на адекватном уровне кислороднотранспортной функции крови.
- 6) Профилактика и коррекция СПОН.

Стартовую терапию гиперкоагуляционных стадий ДВС крови необходимо начинать с индивидуального подбора доз обычных гепаринов. Он не проникает через плаценту, ингибирует все фазы свертывания крови. Гепарин не уменьшает содержание факторов свертывания крови, а лишь тормозит их активацию, снижает прочность фибринового сгустка и создает более благоприятные условия для тромболитика, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови.

Цель адекватной гепаринизации – нормализация или удлинение хронометрических тестов (Ли–Уайт, АВСК, АЧТВ и др.) в 1,5 –2 раза по сравнению с контролем и снижение РФМК в тестах паракоагуляции.

## Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при ДВС

*Таблица 8*

<i>Стадии ДВС</i>		<i>Показано</i>	<i>Не показано</i>
Гиперкоагуляционная стадия		Гепарин, гемодилюция, дезагреганты, ТАП, плазмацитоферез, коррекция КТФ, нестероидные препараты, профилактика ПОН, криоплазма	Симпатоамины, тромболитики I–II поколения
Гипо - изокоагуляция	Наличие потенциальной гиперкоагуляции	Гепарин *, криоплазма ***, альбумин, гормоны, декстраны, РЕЕР/СРАР, плазмаферез	
	Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции	Криоплазма **, IPPV+РЕЕР, ограниченные ВБ, криопреципитат, тромбомасса, ингибиторы протеолиза*, кровь при Hb < 60 г/л, допамин	Гепарин, дезагреганты, спазмолитики, декстраны, ЭАКК*, фибриноген, осмодиуретики, салуретики *

## Основные принципы профилактики

Профилактика развития тяжелых форм ДВС крови должна обеспечиваться:

- 1) Всем беременным женщинам проводить исследование гемостаза с целью выявления расстройств гемостаза врожденного и приобретенного генеза.
- 2) Специфическую профилактику гепарином проводить больным у которых есть риск возникновения тромбоэмболических осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде: гепарин подкожно по 2,5 тыс., через 4 или 6 часов, под контролем АВСК (АВСК не более 5 минут) или назначением низкомолекулярных гепаринов (клексан, фраксипарин и др.), которые в отличие от обычных гепаринов обладают следующими преимуществами: высокой биоусвояемостью (90%), большим периодом полураспада (до 190 – 270 мин), высокой анти – Ха/анти – Па активностью, минимальным липолитическим эффектом.
- 3) При любом критическом состоянии в акушерско– гинекологической клинике необходимо диагностировать тяжесть расстройств гемостаза и проводить своевременную медикаментозную коррекцию.
- 4) Больные с острыми расстройствами системы гемостаза должны лечиться в отделениях реанимации и интенсивной терапии оснащенных лабораторной службой, позволяющей круглосуточно оценивать состояние системы гемокоагуляции.
- 5) Роды должны вестись по 500 приказу Мин РУЗ и принципам «Безопасного материнства».

Предлагаемые подходы к диагностике и лечению ДВС синдрома, помогут специалистам по реанимации и интенсивной терапии улучшить результаты больных акушерско– гинекологического профиля с критическими состояниями, осложнившимися тромбгеморрагическими проявлениями.

### **Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике послеродовых кровотечений.**

Всегда при кровотечениях роженица или родильница оказывается в опасном положении. Понятно и тягостное чувство акушерки, которая встречается с такой больной. Для проведения большинства акушерских мероприятий, необходимых в подобных случаях, требуется надлежащая обстановка, а самое главное технические навыки (кесарево сечение, наложение щипцов, перфорация головки, переливание крови), которыми акушерка не владеет или которые не может проводить без врача.

Во всех случаях тяжелой патологии, когда акушерка не в состоянии справиться сама, она не должна теряться. Во время родов при рождении плечиков плода для профилактики кровотечения внутривенно болюсно вводится окситоцин 1,0, разводя на 5,0 глюкозе (метод Кохрейна).

В случае кровотечения медсестра с высшим образованием должна поэтапно проводить совместно с врачом следующий алгоритм методов остановки кровотечения:

1. Наружный массаж матки, удаление сгустков крови.
2. Опорожнение мочевого пузыря катетером.
3. Проверять целостность последа и оболочек (Водно–воздушная проба).

4. Оценить состояние пациентки
5. Осмотреть мягкие родовые пути для определения разрывов.
6. В/в переливание физиологического раствора или Рингер лактата; при развитии шока переливать струйно 1 литр в течение 15 минут до стабилизации состояния.
7. Вводить сокращающие матки препараты -метилэргометрин или окситоцин в/в или в/м. Разводить 8 единиц окситоцина в 200 мл. физ. растворе струйно переливать в течение 15 минут или разводить 40 единиц окситоцина в 1 литр физ.растворе и переливать со скоростью 40 капель в минуту для поддержания сокращения матки. Необходимо приложить ребенка к груди или использовать стимуляцию сосков.
8. Произвести бимануальную компрессию матки внешнюю или внутреннюю.
9. Определить группу крови, уровень Hb, Ht. При необходимости заготовить компоненты крови.

Большую роль в происхождение атонического кровотечения играет нервно-психическое состояние беременной и роженицы. Поэтому чрезвычайно важно проведение психопрофилактической подготовки с самых ранних сроков беременности. В родильном стационаре, наряду с правильной организацией лечебно-охранительного режима и проведением психопрофилактической подготовки к родам, профилактика кровотечений должна быть направлена и на борьбу с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, гипоксемией, травмой, родовой болью, утомлением и т.п.

Отсюда вытекает, что акушерке необходимо своевременно или тщательно проводить подробное обследование каждой беременной. Это даст возможность заранее выявить беременных с преэклампсией, с заболеваниями почек, сердечно-сосудистой системы, с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, с узким тазом, многоводием и другой патологией и своевременно их госпитализировать.

В стационаре необходимо совместно врачом составить рациональный план ведения родов.

## **Тема: № 44. Синдром кровотечения в акушерстве. Причины кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде.**

### **Кровотечения в раннем послеродовом периоде**

Причиной кровотечений в раннем послеродовом периоде могут быть:

- оставленная в матке доля плаценты — в этом случае применяется ручное обследование полости матки и удаление задержавшейся доли;
- родовые травмы — в этом случае провести осмотр родовых путей, ушивание разрывов, в некоторых случаях необходим контроль целостности матки;
- нарушения свертывания — в этом случае, проводится коррекция нарушений свертывания;
- гипотония матки (и как крайний наиболее тяжелый случай — атония матки). В этом случае необходимо повышение сократительной активности матки.

Профилактика состоит в правильном ведении родов и последового периода, предупреждении родового травматизма, выявлении нарушений свертывания и своевременном применении методов коррекции. Для профилактики кровотечения у женщин с нарушением свертывания можно применять гемостатические препараты (дицинон - 12,5% раствор в количестве 2-4 мл или аналогичные препараты).

Следует отметить, что может быть несколько причин, приводящих к кровотечению в раннем послеродовом периоде, одна из наиболее распространенных — гипотония.

К гипотонии матки может привести астенизация женщины, гормональные нарушения, аномалии родовых сил (все виды), патология матки (аномалии, миомы, патология рецепторов вследствие перенесенных аборт, воспаления матки), последствия перерастяжения матки (при многоплодии, многоводии, крупном плоде). В целях профилактики гипотонии проводить профилактику вышеперечисленных состояний либо учитывать их в качестве фактора риска, при прорезывающейся головке необходимо введение сокращающих средств, в особо опасных случаях после родов повторяют введение утеротонических средств, проводят наружный массаж матки.

**Диагностика** основана на выявлении расслабления матки, дно которой располагается выше уровня пупка, и наличия кровотечения. (При этом нет других видимых причин для возникновения кровотечения.)

При гипотоническом кровотечении выполняются неотложные действия:

- наружный массаж матки;
- проверка груза и льда;
- подготовка к экстренной операции ручного обследования матки;
- во время подготовки устанавливают контакт с веной и проводят инфузионную терапию;
- вводят внутривенно, внутримышечно утеротонические и гемостатические средства;
- в область заднего свода вводят тампон с эфиром (при наличии разрывов влагалища имеется риск эмболии);
- выполняют ручное обследование полости матки, массаж матки на кулаке;
- в шейку матки вводят сокращающие средства.

При продолжении кровотечения применяют наложение зажимов по Бакшееву, Генкелю—Тикинадзе и Квантилиани, шов по Лосицкой.

Специальные мягкие зажимы или окончатые зажимы накладывают: а) через своды на область сосудистого пучка (по Генкелю—Тикинадзе); б) одна бранша вводится внутрь шейки, а другая — снаружи в области 3 и 9 часов (по Бакшееву); в) окончатые зажимы захватывают переднюю и заднюю губы шейки матки и низводят матку максимально вниз (по Квантилиани); г) прошивают заднюю губу шейки матки и плотно завязывают шов по Лосицкой. Последние два приема заменяют топографию, при этом сосуды могут пережиматься. Подготавливают кровезаменители и кровь. Если эти мероприятия не помогают, возможно применение электростимуляции матки и рефлекторных зон, прижатие рюшного отдела аорты.

Большая кровопотеря приводит к геморрагическому шоку, нарушению свертывания. Поэтому в некоторых случаях приходится прибегать к перевязке маточных сосудов, эмболиации сосудов или даже удалению матки. При чревосечении можно положить на матку салфетку с горячим физиологическим раствором, вводить сокращающие средства в матку. Гипотоническое кровотечение может возникнуть и после операции кесарева сечения, особенно на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты или при предлежании плаценты. В этом случае проводится экстирпация матки.

**Кровотечения в позднем послеродовом периоде**



К поздним послеродовым кровотечениям относят кровотечения, которые возникают после родов через 2 ч и более. Причины поздних послеродовых кровотечений: понижение сократительной способности матки, задержка в матке доли плаценты или оболочек, нарушения свертываемости, инфекции, родовые травмы, гематомы. После выписки родильницы из родильного дома к кровотечению могут привести чрезмерные физические нагрузки, половая жизнь в период, когда еще не завершилась инволюция матки, стрессовые ситуации.

При возникновении кровотечения на послеродовом отделении акушерка должна оказать доврачебную помощь и вызвать врача. Если кровотечение выявлено в амбулаторных или домашних условиях, необходимо обеспечить госпитализацию: уложить родильницу в горизонтальное положение с пониженным головным концом, выполнить массаж матки, положить лед на низ живота, измерить пульс и артериальное давление, проводить контроль за самочувствием и состоянием. При значительной кровопотере могут быть признаки геморрагического шока. В этом случае необходимо установить контакт с веной, начать инфузионную терапию, применить гемостатические средства; при невозможности быстрого оказания врачебной помощи разрешается применение утеротонических средств.

Врачебные действия должны быть следующими: для установления акушерской ситуации применяется ультразвуковое исследование, осмотр на зеркалах, бимануальное исследование. Назначается клинический анализ крови. При наличии остатков плацентарной ткани проводится выскабливание полости матки, назначаются сокращающие, гемостатические, антибактериальные средства, при большой кровопотере — инфузионная, гемостимулирующая терапия и даже гемотрансфузии.

Тема :№45.Признаки отдаление плаценты. Утеротонические препараты.

Роды делят на три периода: открытие шейки матки, потужной, во время которого происходит изгнание плода, и последовый. Отделение и выход плаценты – это третий период родов, который является наименее продолжительным, но не менее ответственным, чем два предыдущих. В нашей статье мы рассмотрим особенности последового периода (как его ведут), определение признаков отделения плаценты, причины неполного отделения последа и методы отделения последа и его частей.

### **Признаки отделения плаценты**

После рождения ребенка должно родиться детское место. Важно отметить, что ни в коем случае нельзя тянуть за пуповину, чтобы ускорить этот процесс. Хорошей профилактикой задержания последа является ранее прикладывание ребенка к груди. Сосание груди стимулирует выработку окситоцина, что способствует сокращению матки и отделению плаценты. Внутривенное или внутримышечное введение небольших доз окситоцина, также ускоряет отделение плаценты. Чтобы понять произошло ли отделение последа или нет, можно воспользоваться описанными признаками отделения плаценты:

- признак Шредера: после отделения плаценты матка поднимается выше пупка, становится узкой и отклоняется вправо;
- признак Альфельда: отслоившаяся плацента опускается к внутреннему зеву шейки матки или во влагалище, при этом удлиняется наружная часть пуповины на 10-12 см;
- при отделении плаценты матка сокращается и образует выпячивание над лобковой костью;
- признак Микулича: после отделения плаценты и ее опускания у роженицы возникает потребность потужиться;
- признак Клейна: при натуживании роженицы пуповина удлиняется. Если плацента отделилась, то после потуги пуповина не подтягивается;

- признак Кюстнера-Чукалова: при надавливании акушером над лобковым симфизом при отделившейся плаценте, пуповина втягиваться не будет.

Если роды протекают нормально, то послед отделиться не позднее чем через 30 минут после изгнания плода.

### **Способы выделения отделившегося последа**

Если отделившаяся плацента не рождается, то применяют специальные приемы для ускорения ее выхода. Во-первых, увеличивают скорость введения окситоцина и организуют выделение последа наружными приемами. После опорожнения мочевого пузыря, роженице предлагают потужиться, при этом в большинстве случаев после родов выходит плацента. Если это не помогает, применяют способ Абуладзе, при котором матку осторожно массируют, стимулируя ее сокращения. После чего живот роженицы берут обеими руками в продольную складку и предлагают потужиться, после чего должен родиться послед.

### **Ручное выделение и отделение последа**

Ручное отделение плаценты проводят при неэффективности наружных методов или при подозрении на остатки плаценты в матке после родов. Показанием к ручному отделению плаценты является кровотечение в третьем периоде родов при отсутствии признаков отделения плаценты. Вторым показанием является отсутствие отделения плаценты более 30 минут при неэффективности наружных методов отделения последа.

### **Техника ручного отделения плаценты**



Левой рукой раздвигают родовые пути, а правую вводят в полость матки, и, начиная с левого ребра матки, пилящими движениями отделяют плаценту.левой рукой акушер должен придерживать дно матки. Ручное обследование полости матки проводят также при отделившемся последе с выявленными дефектами, при кровотечениях в третьем периоде родов.

После прочитанного очевидно, что, несмотря на кратковременность третьего периода родов, врач не должен расслабляться. Очень важно внимательно осмотреть выделенный послед и убедиться в его целостности. Если после родов остались части плаценты в матке, это может приводить к кровотечениям и воспалительным осложнениям в послеродовом периоде.

**Лекарственные средства, регулирующие функцию матки».**

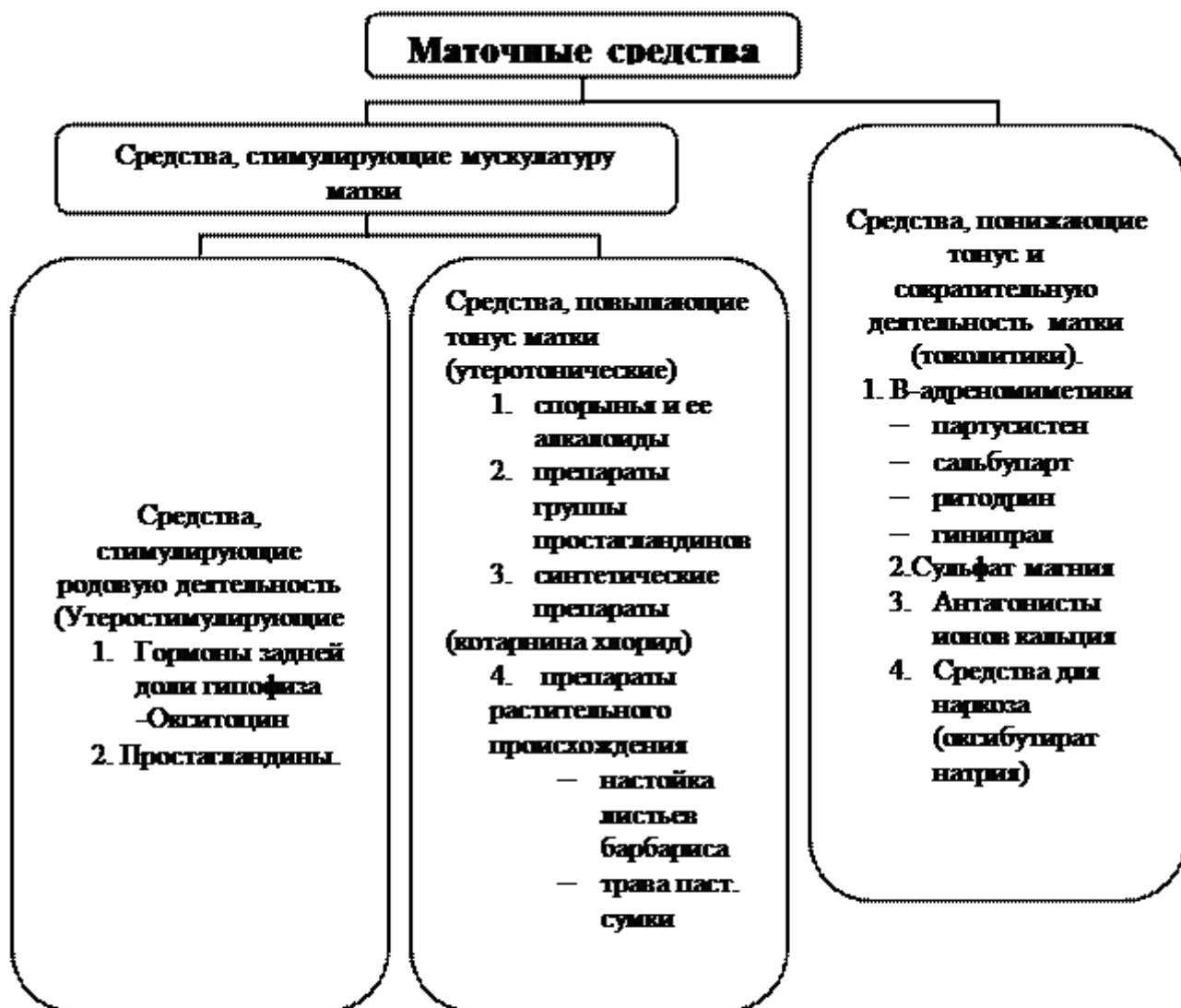
1. Общая характеристика маточных средств, их классификация.
2. Утеростимулирующие средства.

3. Утеротонические средства.

4. Средства, расслабляющие мускулатуру матки.

К маточным средствам относятся лекарственные вещества, понижающие или повышающие тонус и сократительную активность миометрия.

В настоящее время маточные средства условно классифицируются на группы:



К стимуляции родовой деятельности утеростимулирующими средствами в акушерской практике прибегают часто. Для этого используют гормоны задней доли гипофиза (окситоцин), алкалоиды спорыньи (метилэргометрин, эргометрин, эрготал), препараты группы простагландинов (динопрост, динопростон, простенон), синтетические препараты (котарнина хлорид), препараты растительного происхождения.

Показаниями для родовозбуждения и родостимуляции являются:

- Слабость родовой деятельности.
- Переношенная беременность.

3. Поздний токсикоз беременности, резус-конфликт, диабет.
4. Внутриутробная гибель плода.
5. Преждевременное отхождение околоплодных вод.
6. Прерывание беременности по медицинским показаниям.

### **Окситоцин Oxytocinum**

Форма выпуска: амп 1мл 5 ЕД препарата

Является гормоном задней доли гипофиза, вызывает сильные сокращения мускулатуры матки, особенно беременной.

М.д.: усиливает проницаемость мембран клеток миометрия для ионов калия, усиливает выработку лактогенного гормона гипофиза – пролактина, воздействует на сократительные элементы молочной железы, вызывает быстрое выделение молока.

Окситоцин оказывает слабый антидиуретический эффект, не влияет или слабо повышает артериальное давление.

Применяется для возбуждения родовой деятельности, наиболее эффективен при преждевременном отхождении околоплодных вод, для стимуляции лактации- в\м или интраназально ( с помощью пипетки- по 0,5ЕД ) за 5 мин. до кормления .

Вводится в\м и в\в, интраназально.

В\м вводят по 0,5-2 ЕД каждые 30-60- минут. При затяжных родах, сопровождающихся слабостью родовой деятельности, вводят после отхождения последа 3ЕД в\м или в шейку матки.

В\в разводят в 500 мл 5% глюкозы и вводят капельно, начиная с 5-8 капель, доводя до 40 капель в мин. Такое введение продолжают в течение всего родового акта.

Побочные явления: тошнота, рвота, аритмия, в т. ч. у плода, брадикардия у матери и у плода, гипертензия или гипотензия, аллергические реакции, бронхоспазм.

Противопоказания:

- несоответствие размеров плода и таза.
- поперечное и косое расположение плода.
- угрожающий разрыв матки.
- наличие рубцов после перенесенного кесарева сечения.

Простагландины в небольших количествах образуются в матке ( местные гормоны) и оказывают сосудорасширяющий эффект, улучшая кровообращение в плаценте. Во время родов их количество резко возрастает, и они усиливают схватки.

По сравнению с окситоцином они действуют одинаково на протяжении всей беременности. Как и окситоцин, применяются только в клинических условиях.

### **Диноппрост (Энзапрост) Dinoprost**

Форма выпуска: амп. 0,5%- 1мл.

Основной представитель группы простагландинов, применяемый в акушерской практике. Оказывает сильное стимулирующее действие на матку.

Назначают для возбуждения и стимуляции сократительной деятельности матки в разные сроки беременности и для производства аборта.

Для прерывания беременности динопрост применяют по медицинским показаниям, в основном в поздние сроки беременности (с 13 по 25 неделю).

[Барабанная сушилка для угляу.chinadlxny.com](http://baraban.ru) От производителей Из Китая 15 лет на рынке [Перейти Яндекс.Директ](#)

Пути введения: в/в, экстраамниальный, интраамниальный, интравагинальный.

Для прерывания беременности сроком до 15 недель препарат вводят экстраамниально, свыше 15 – интраамниально. При экстраамниальном введении применяют по 250-1000 мг через 1-2 часа, при интраамниальном – 40 мг однократно.

Для возбуждения родовой деятельности 5 мг разводят в 500мл 5% глюкозы или изотонического раствора и вводят капельно, начиная с 10-15 капель, постепенно доводя до 40 капель в минуту.

Интравагинально вводят по 5 мг каждые 2 часа.

Побочное действие: тошнота, рвота, диарея, тахикардия, бронхоспазм, при в/в введении – флебиты, повышение температуры тела.

Противопоказаны: при рубцах на матке, анатомически узком тазе, тяжелых заболеваниях ССС, болезнях печени, почек, кровеносной системы, глаукоме.

### **Динопростон( препидил) Dinoproston**

Форма выпуска: табл. 0,5 мг. амп. 5 мл, вагинальный гель.

По действию и применению близок к динопросту, но может назначаться внутрь. Применяют по табл. каждый час до родоразрешения. Вводится также внутривенно капельно. Гель вводят в задний свод влагалища в дозе 1мг для стимуляции родов.

Побочные действия и противопоказания как у динопроста.

### **Утеротонические средства.**

Послеродовая атония матки и ее замедленное обратное развитие сопровождаются кровотечением, которое может привести к анемии. Для предупреждения этого назначают утеротонические средства. Народная медицина для остановки кровотечений широко применяет пастушью сумку, кровохлебку, крапиву, тысячелистник и др. однако наиболее эффективны препараты спорыньи – грибка, паразитирующего на злаках.

Кровоостанавливающее действие обусловлено, в основном, сжатием стенок сосудов при сокращении мускулатуры матки. В послеродовом периоде спорынья ускоряет обратное развитие матки. Может назначаться при маточных кровотечениях другой этиологии. Для этого назначают утеротонические средства.

### **Показания к назначению утеротонических средств:**

1. Послеродовые кровотечения, атония матки, задержка ее инволюции после аборта и родов.
2. Состояние после кесарева сечения.
3. Дисфункциональные маточные кровотечения при миомах, воспалительных процессах.

### **Эргометрин Ergometrinum**

Форма выпуска: табл.2мг, амп.0,02%-0,5 и 1 мл.

Является одним из главных алколоидов спорыньи. Сильно и быстро действует на мускулатуру матки, повышая ее тонус и увеличивает частоту сокращений. В малых дозах существенно не влияет на кровообращение, не обладает адренолитическими свойствами.

Применение: кровотечение после ручного отделения последа, замедленной инволюции матки в послеродовом периоде, на почве миомы, кровянистых выделений после аборта.

Назначается внутрь, в\м, в\в.

Наиболее сильный и быстрый эффект наблюдается при в\в введении.

Противопоказан во время беременности и родов.

### **Метилэргометрин Methylergometrinum**

Форма выпуска табл.0,125 амп. 0,02% -- 2 мл

Назначают при гипотонии и атонии матки в раннем послеродовом периоде, кесаревом сечении, кровотечениях после аборта и медленной инволюции матки.

## **Тема:№ 46. Неудовлетворительный прогресс родов. Индукция родов.Этиология, клиника и диагностика.**

**Неудовлетворительный прогресс родов. Пассивная и активная фазы родов. Классификация. Этиология, клиника и диагностика различных видов аномалий родовой деятельности. Акушерская тактика и профилактика. Родостимуляция окситоцином по рекомендациям ВОЗ**

Неудовлетворительной прогрессе родов – отклонение от нормы в течение сократительной функции матки – является частой акушерской патологией, которая влечет за собой большой % оперативных вмешательств, увеличивает травматизм в родах, перинатальную и материнскую смертность, а также частоту септических послеродовых осложнений. Своевременная диагностика и коррекция данной патологии является одной из первостепенных этапов родовспоможения.



### 1.3. Межпредметные и внутриспредметные связи

Ранняя диагностика, своевременная коррекция данного состояния является приоритетным направлением акушерской помощи. Неудовлетворительной прогрессе родов является частой акушерской патологией, которая влечет за собой большой % оперативных вмешательств, увеличивает травматизм в родах, перинатальную и материнскую смертность.

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, топографической анатомии, нормальной и патологической физиологии, эндокринологии.

Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими циклов хирургии, патологического акушерства, гинекологии, педиатрии.



## 2. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Неудовлетворительной прогрессе родов – отклонение от нормы в течение сократительной функции матки – является частой акушерской патологией, которая влечет за собой большой процент оперативных вмешательств, увеличивает травматизм в родах, перинатальную и материнскую смертность, а также частоту септических послеродовых осложнений.

Прежде чем перейти к рассмотрению данной патологии, необходимо представить современные взгляды на механизм развития родовой деятельности.

Родовой акт представляет собой сложный, безусловно рефлекторный процесс, который возникает и регулируется как нервными, так и гуморальными факторами. Физиологическая активность матки определяется состоянием её нервно-мышечного аппарата, параметрами которого являются тонус, возбудимость, проводимость, сократимость и реактивность на биологически активные вещества (окситоцин, серотонин, ацетилхолин, простагландины, кинины, катехоламины и др.).

В процессе родов играют роль 3 фактора: контракция, ретракция и дистракция, а также процесс активного их расслабления.



При нормально протекающем родовом акте сокращение матки происходит в виде волн, распространяющихся от углов матки (центров автоматизма) в направлении нижнего сегмента и шейки матки. При этом имеет место феномен «тройного нисходящего градиента», состоящий в том, что сокращение мышц начинается с области дна более интенсивнее и продолжительнее, чем нижележащие отделы, по направлению сверху вниз с убывающей силой и одновременно. Расслабление же матки происходит одновременно. Обычно наступлению родов предшествует прогрессирующее усиление рефлекторной деятельности тела матки и сопряженное (реципрокное) торможение рефлекторных реакций с шейки матки.

Чтобы диагностировать неудовлетворительный прогресс родовой деятельности (нарушение родовой деятельности), нужно понять определение нормальных родов. Нормальный прогресс родовой деятельности определяется как сокращения матки, которые приводят к постепенному сглаживанию и раскрытию шейки матки, а также к продвижению головки плода.

### Понятие нормальных родов

- Минимальная скорость раскрытия шейки матки

- 1,2 см у первородящих

- 1,5 у повторнородящих

- Минимальная скорость продвижения головки

- 1 см/ч у первородящих

- 2 см/ч у повторнородящих

В исследовании Фридмана, проведенном в 1954 году, были определены три периода родов. Первый период начинается с начала сокращений матки, которые приводят к полному раскрытию шейки матки. Первый период разделяется на латентную и активную фазы. В латентной фазе матка сокращается нерегулярно, но шейка матки медленно и постепенно сглаживается и раскрывается. В активной фазе раскрытие шейки матки и опускание головки плода происходят быстрее. Активная фаза обычно начинается при раскрытии шейки матки в 3-4 см и подразделяется на этапы ускорения, плато и замедления.

Второй период родов начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка.

Нарушения родовой деятельности выявляются по признакам, которые не соответствуют таковым при нормальном течении родов.

Партограмма является “системой раннего оповещения” в случае развития неудовлетворительного прогресса в родах

Признаки:

- Латентная фаза дольше 8 часов
- График раскрытия шейки матки находится на партограмме справа от линии бдительности
- Женщина находится в родах в течение 12 часов или более (затяжные роды)

К аномалиям относят варианты сократительной деятельности, при которых нарушен характер хотя бы одного из ее показателей (тонус, интенсивность, продолжительность, интервал, ритмичность, частота и координированность сокращений).

Среди осложнений родового акта на долю аномалий родовых сил приходится от 10 до 20%.

**Классификация.** Первую классификацию, основанную на клинико-физиологическом принципе, создал И. И. Яковлев (1969). В дальнейшем она подвергалась усовершенствованию, уточнению и адаптации к клиническим условиям.

Ниже представлена классификация ВОЗ признаков, свидетельствующих о неудовлетворительном прогрессе в родах:

- ложные схватки;
- затянувшаяся латентная фаза
- затянувшаяся активная фаза: тазо-головная диспропорция, слабость родовой деятельности, неправильное положение или предлежание плода,
- затянувшийся второй период родов

#### **Ложные схватки (предвестники родов):**

Если при первом осмотре нет раскрытия шейки матки, то диагноз начавшейся родовой деятельности не может быть поставлен. Если схватки продолжаются, нужно провести повторный осмотр через четыре часа, чтобы проверить, изменилось ли состояние и раскрытие шейки матки. На этом этапе сглаживание и раскрытие шейки матки позволяет подтвердить начало родов; если нет изменений шейки матки, то в этом случае выставляется диагноз «ложные схватки».

### Затянувшаяся латентная фаза.

Диагноз затянувшейся латентной фазы устанавливается ретроспективно.

Когда схватки становятся регулярными и шейка матки раскрывается до 4 см, говорят, что женщина находилась в латентной фазе родов.

**Неправильная диагностика ложных схваток или затянувшейся латентной фазы приводит к ненужной индукции и стимуляции родовой деятельности, что в свою очередь может стать причиной ненужного кесарева сечения или амниотомии.**

Если женщина находится в латентной фазе более 8 часов и признаков прогресса родовой деятельности не наблюдается, провести осмотр и проверить еще раз раскрытие шейки матки. Если нет изменений в раскрытии и сглаживании шейки матки, и состояние плода удовлетворительное, пересмотреть диагноз. Возможно, родовая деятельность еще не началась.

Если степень сглаживания или раскрытия шейки матки изменилась, можно провести амниотомию амниотическим крючком или зажимом Кохера и стимулировать роды окситоцином или простагландинами:

- Проводите осмотр каждые 4 часа.
- Если женщина не вошла в активную фазу спустя 8 часов после начал введения окситоцина, завершите роды путём кесарева сечения.

Если есть симптомы инфекции (повышенная температура > 38°C, выделения из влагалища с неприятным запахом):

- Немедленно стимулируйте родовую деятельность окситоцином.
- Назначьте сочетание антибиотиков до родов: Ампициллин 2 г в/в каждые 6 часов, Гентамицин в дозе 5 мг/кг массы тела в/в каждые 24 часа.
- В случае влагалищных родов прекратите лечение антибиотиками после рождения ребенка.
- В случае кесарева сечения продолжайте введение антибиотиков ПЛЮС начните введение Метронидазола с дозе 500 мг в/в каждые 8 часов до тех пор, пока на протяжении 48 часов у женщины не будет отмечаться повышенной температуры.

### Затянувшаяся активная фаза

Оцените маточные сокращения: Если схватки недостаточны (менее трех схваток за 10 мин., каждая схватка длится менее 40 секунд) - слабость родовой деятельности.

Если симптомы клинически узкого таза отсутствуют и плодные оболочки целые, произведите амниотомию амниотическим крючком или зажимом Кохера.

Общие методы поддержки родов могут улучшить схватки и ускорить родовую деятельность.

Если схватки активные (три схватки за 10 минут, каждая схватка продолжительностью более 40 секунд) следует заподозрить диспропорцию в родах (клинически узкий таз) или неправильное положение и предлежание плода.

Если диагноз клинически узкого таза подтвержден, необходимо провести кесарево сечение.

### **Затянувшая активная фаза: слабость родовой деятельности**

Если схватки недостаточны, а клинически узкий таз и затрудненные роды были исключены, наиболее вероятной причиной затянувшейся активной фазы является слабость родовой деятельности. Недостаточные схватки у повторнородящих женщин бывают реже, чем у первородящих. Поэтому нужно исключить клинически узкий таз у повторнородящей женщины, прежде чем начать стимуляцию родовой деятельности окситоцином.

- Произвести амниотомию и стимулировать родовую деятельность окситоцином.
- Проверить скорость раскрытия шейки матки посредством влагалищного осмотра спустя 2 часа после того, как установилась хорошая родовая деятельность с сильными схватками.
- При отсутствии прогресса между двумя осмотрами, провести кесарево сечение.
- Если прогресс есть, продолжить введение окситоцина и провести повторный осмотр через два часа.

**Этиология и патогенез.** Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов, которые определяются как готовность организма беременной к родам. Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов. По сути роды являются логическим завершением многозвеньевых процессов в организме беременной и плода. Доминанта родов есть не что иное, как единая функциональная система, которая объединяет следующие звенья: церебральные структуры — гипофизарная зона гипоталамуса — передняя доля гипофиза — яичники - матка с системой плод-плацента. Нарушения на отдельных уровнях этой системы как со стороны матери, так и плода-плаценты приводят к отклонению от нормального течения родов, что, в первую очередь, проявляется нарушением сократительной деятельности матки (СДМ). Патогенез этих нарушений обусловлен многообразием факторов, но ведущую роль в возникновении аномалий родовой деятельности отводят биохимическим процессам в самой матке, необходимый уровень которых обеспечивают нервные и гуморальные факторы.

Важная роль как в индукции, так и в течении родов принадлежит плоду. Масса плода, генетическая зрелость, иммунные взаимоотношения плода и матери влияют на родовую деятельность. Сигналы, поступающие из организма зрелого плода, обеспечивают информирование материнских компетентных систем, ведут к подавлению синтеза иммуносупрессорных факторов, в частности пролактина.

а также хориального гонадотропина. Меняется реакция организма матери к плоду как к аллотрансплантату. В фетоплацентарном комплексе меняется стероидный баланс в сторону накопления эстрогенов, увеличивающих чувствительность адренорецепторов к норадреналину, окситоцину, простагландину. Суммирование этих сигналов обеспечивает тот или иной характер родовой деятельности.

В патогенезе развития слабости родовой деятельности играет роль и ослабление функции адренергического механизма миометрия, тесно связанного с эстрогенами.

При аномалиях родовой деятельности обнаружены выраженные морфологические и гистохимические изменения в гладкомышечных клетках матки. Эти дистрофические процессы являются следствием биохимических нарушений, сопровождающихся накоплением конечных продуктов обмена.

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовой деятельности, делят на 5 групп:

1) акушерские (преждевременное излитие околоплодных вод, диспропорция между размерами головки плода и размерами родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, ригидность шейки матки, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием, аномалии расположения плаценты, тазовые предлежания плода, гипертензивные состояния);

2) факторы, связанные с патологией репродуктивной системы (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 лет и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женских половых органов);

3) общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология, анемия;

4) факторы, исходящие от плода (гипотрофия плода, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия и другие пороки развития, перезрелый плод, иммуноконфликтная беременность, фетоплацентарная недостаточность);

5) ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств и методов, неумелое обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

Каждый из этих факторов может действовать как самостоятельно, так и в различных сочетаниях.

С клинической точки зрения рационально выделять патологию сокращений матки перед родами и во время родового акта. Перед родами аномальные схватки определяют клиническую картину патологического прелиминарного периода. Во время родов выделяют 3 вида аномалий родовой деятельности: 1) первичная и вторичная слабость родовой деятельности; 2) чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов; 3) дискоординированная родовая деятельность.

Индукция родов представляет собой активацию матки, с целью начала родовой деятельности, направленную на обеспечение рождения ребенка в определенный момент времени, когда находится вне матки более безопасно для его жизни, чем внутриутробно. Сюда относятся случаи, когда плодный пузырь цел, а также с преждевременным излитием околоплодных вод без родовой деятельности. Как и любое другое вмешательство, индукция родов может иметь нежелательные последствия. Индукция родов показана только в случаях, когда установлено, что потенциальная польза для плода или матери превышает возможный риск для здоровья в случае задержки родоразрешения. Возможность индукции родов

следует рассматривать лишь в ситуациях, когда влагалищное родоразрешение предполагается наиболее адекватным способом рождения ребенка.

Индукция родов начала широко применяться в 50-х гг. после получения синтетического окситоцина. Количество случаев индукции варьирует в различных медицинских учреждениях и странах, и характеризуется тенденцией к возрастанию. За последние годы произошло заметное углубление представлений о механизмах родового акта.

Очень важно, чтобы шейка матки "дозрела", стала мягкой до начала индукции родов. Созревание шейки матки обусловлено воздействием многих факторов. Посредниками в этом процессе являются простагландины E<sub>2</sub> (PGE<sub>2</sub>) и F<sub>2</sub>альфа (PGF<sub>2</sub>alpha). Экзогенное применение этих соединений стимулирует процесс созревания шейки матки. Эндогенный и экзогенный окситоцин является основным стимулятором схваток матки. Он также стимулирует выработку PGE<sub>2</sub> и PGF<sub>2</sub>alpha.

Следует различать индукцию родов и усиление (стимуляцию) родовой деятельности: в обоих случаях используются похожие подходы, однако в первом случае целью является начало родовой деятельности, тогда как во втором - это усиление сокращений матки после их спонтанного начала.

Не следует считать индукцию родов простой процедурой, поскольку она может быть опасной для здоровья матери и плода.

Родовую деятельность можно индуцировать после тщательного рассмотрения и взвешивания потенциального риска продолжения беременности и риска индукции родов. Частота индукции родов варьирует в различных медицинских учреждениях и географических регионах, и даже в пределах одной страны. В 1994 г. в Великобритании было проведено исследование, показавшее, что среди матерей, рожавших в условиях стационара, частота индукции составила 19 %, тогда как для женщин рожавших дома этот показатель был всего 0,2 %. По данным опубликованных отчетов он колеблется в диапазоне от 0 % до 30 %.

Частота индукции родов в США составляла 9,6% из 5418 плановых домашних родов; 21,0% родов женщин без дополнительных факторов риска в условиях родильных домов; и 44% родов женщин из различных групп риска в условиях родильных домов. Существенных различий по уровню внутриутробной и неонатальной смертности между этими тремя группами не обнаружено.

### **Показания к индукции родов**

Индукция родов показана в тех случаях, когда установлено, что она принесет больше пользы плоду и матери с точки зрения возможных последствий для здоровья по сравнению с отсроченным родоразрешением.

### **Индукция родов при переношенной беременности**

Исследования показали, что показатели материнской заболеваемости и смертности при неосложненной беременности возрастают после превышения срока гестации более 42 недель. Риск рождения мертвого плода на 37 неделе составляет 1 на 3000, на 42 неделе - 3 на 3000 и на 43 неделе - 6 на 3000.

УЗ-исследование для подтверждения беременности должно проводиться до 20 недели беременности, поскольку это позволяет снизить необходимость индукции родов в случае мнимой переношенной беременности.

Применение политики УЗИ-обследования на ранних стадиях беременности привело к снижению количества случаев индукции родов (1,9% по сравнению с 2,8% ОР 0,69; 95% CI 0,58-0,82; NNT 111). Эти данные получены в результате четырех экспериментов по изучению эффектов применения УЗИ для раннего обследования плода у беременных женщин.

Женщинам с не осложнённым течением беременности индукцию родов следует предлагать после 41 недели беременности.

Каковы результаты применения индукции родов после 41 недели беременности? Рутинная индукция родов после 41 недели беременности, протекавшей без осложнений, снижает риск перинатальной смерти (13 исследований - 6073 женщины; ОР 0,23, 95% CI 0,06-0,90, NNT = 476). При этом так же снижается риск окрашивания околоплодных вод меконием (9 исследований - 5662 женщины). Применение стандартной процедуры индукции родов не влияет на количество случаев кесаревых сечений, влагалищных родоразрешений с оперативным вмешательством, аномалий ЧСС ребенка во время родов, неонатальных судорог и удовлетворения женщины от процесса родоразрешения.

После 42 недели беременности, женщинам, отказывающимся от индукции родов, необходимо усиленное антенатальное наблюдение, включающее электрокардиографию плода и УЗИ-исследование объема амниотической жидкости дважды в неделю.

### **Противопоказания для индукции родов**

Родовозбуждение должно осуществляться только в ситуациях, когда предполагается, что влагалищное родоразрешение является наиболее подходящим способом родов.

Противопоказания к проведению индукции родов включают ситуации, представленные на слайде, но не ограничиваются ними

### **Условия проведения индукции родов**

Прежде чем осуществлять индукцию родов, необходимо обсудить ее необходимость и возможные последствия с женщиной.

Родовозбуждение должно осуществляться только после информированного согласия женщины. Информированное согласие должно содержать причины проведения индукции родов, метод, который будет для этого использован, а также сведения о возможном риске и последствиях отказа или принятия решения об индукции родов.

### **Способы индукции родов**

К нефармакологическим способам индукции родов относятся пальцевая отслойка амниотических оболочек и вскрытие плодного пузыря.

Для медикаментозной индукции родов могут быть использованы окситоцин и мизопростол, а также другие препараты. Одним из таких эффективных препаратов является антагонист прогестерона мифепристон (RU 486).

### **Пальцевая отслойка плодных оболочек**

Самым простым 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.

#### **Заключение:**

- Отслойка плодных оболочек влечет за собой сокращение времени до наступления спонтанных родов.
- Отслойка плодных оболочек снижает вероятность переносимости беременности.
- Отслойка плодных оболочек снижает потребность в использовании формальных методов индукции родов.
- Отслойка плодных оболочек связана с увеличением ощущения дискомфорта у беременных женщин.

#### **Дозировка простагландинов**

Суппозиторий с контролируемым выделением состоит из полимерной основы, содержащей 10 мг динопростона, к которой прикреплена нить из полиэстера для удаления. Такой суппозиторий выделяет 0,3 мг простагландина E<sub>2</sub> в час на протяжении 12-часового периода и помещается в задний свод влагалища. Суппозиторий удаляется после начала родов, в случае спонтанного разрушения плодных оболочек, повышенной активности матки или по прошествии 12 часов.

Отсутствуют рандомизированные клинические исследования, в которых бы сравнивалось влияние продолжительности интервала времени, разделявшего применение окситоцина и нанесение геля с простагландином. Производитель интравагинального динопростона рекомендует интервал продолжительностью не менее 12 часов, тогда как производитель интрацервикального динопростона указывает продолжительность такого интервала не менее 6 часов.

#### **Амниотомия: преимущества**

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.

В настоящее время недостаточно данных для оценки эффективности амниотомии с целью индукции родов. Была предпринята одна попытка сравнения амниотомии с одноразовым внутривагинальным применением простагландинов у женщин со зрелой шейкой матки. В группе, где производилась амниотомия обнаружено увеличение необходимости применения окситоцина (44% to 15%; RR 2,85, 95% CI 1,82-4,46). Исследователи пришли к выводу о том, что амниотомия может быть использована как метод индукции в случае когда более современные методы не доступны.

Амниотомия сама по себе оказывается малоэффективной более чем у 50 % женщин со зрелой шейкой. В такой ситуации оказывается обязательным применение окситоцина.

#### **Амниотомия: недостатки**

Искусственный разрыв плодных оболочек может повлечь за собой ряд нежелательных последствий. Сюда относятся: ощущения боли и дискомфорта; внутриутробная инфекция (которая иногда приводит к сепсису); ранние децелерации ЧСС плода; выпадение пуповины; и кровотечение, обусловленное возможными повреждениями кровеносных сосудов плодных оболочек, шейки матки или плаценты. Серьезные осложнения случаются достаточно редко.

Мнение, что амниотомия может вызывать децелерации ЧСС плода, основано главным образом на предположении о возможном прижатии пуповины в результате уменьшения объема амниотической жидкости, однако нет никаких доказательств того, что такая опасность достаточно велика, чтобы существенно повлиять на выбор метода индукции родов.

#### **Применение окситоцина**

Чтобы снизить частоту побочных реакций следует всегда использовать стандартное разведение. Рекомендованы следующие стандартные разведения и дозировки:

- 30 МЕ в 500 мл изотонического раствора, то есть 1 мл/час = 1 мЕД (миллиЕД) в минуту
- 10 МЕ в 500 мл изотонического раствора, то есть 3 мл/час = 1 мЕД в минуту. [С]

Отмечено возрастание количества успешных родоразрешений в случае комбинированного применения окситоцина и амниотомии. Ограниченность контингента женщин, принимавших участие в этих исследованиях не позволяет сделать точных выводов. При сравнении использования окситоцина и интравагинального либо интрацервикального применения простагландина Е2, отмечено возрастание количества кесаревых сечений, а также несколько неудачных влагалищных родов. Таких различий не было обнаружено при сравнении использования окситоцина в сочетании с амниотомией и применения простагландинов. Эти данные косвенно подтверждают обоснованность применения

окситоцина в сочетании с амниотомией в тех случаях, когда у роженицы не нарушена целостность плодных оболочек.

### **Окситоцин: способ применения**

При сравнении применения окситоцина в малых дозах (постепенное увеличение от малых доз к более высоким) с большими было показано, что:

- Малые дозы не приводят к увеличению количества оперативных вмешательств в родах
- Постепенное повышение дозы окситоцина от малой к более высокой (не чаще, чем раз в 30 минут) реже приводит к гиперстимуляции матки
- Использование окситоцина в малых дозах не сопровождается увеличением продолжительности родов
- Применение окситоцина в больших дозах приводит к росту числа случаев быстрых родов

Мета-анализ показал, что при таком способе увеличения дозы окситоцина (не чаще, чем раз в 30 минут) наблюдается:

- Снижение количества случаев гиперстимуляции матки
- Увеличение количества вагинальных родов
- Снижение числа случаев постнатальной инфекции и кровотечений
- Снижение количества родов путем кесарева сечения

В большинстве случаев начальная дозировка составляла от 0,5 до 2,0 мЕД/мин, с увеличением от 1,0 мЕД/мин вдвое каждые 30-60 мин до максимальной дозы от 16 до 40 кап/мин.

### **Внутривенное введение окситоцина**

На слайде представлена таблица с рекомендованными дозировками окситоцина. Серым выделены дозировки, которые превышают рекомендованную в аннотации препарата максимальную дозу 20 мЕД в минуту.

Для преобразования в эквивалентное количество капель в минуту (20 капель = 1 мл)

При разведении 10 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 1 капля

При разведении 5 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 2 капли

При разведении 5 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 4 капли

При разведении 30 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 3 капли

Другие местные протоколы применения окситоцина для индукции родов должны:

- Содержать информацию о вводимых дозах препарата (мЕД в минуту), а не об объеме вливаемого раствора (миллилитры в минуту)
- Осуществляться с использованием инфузоматов. [С]

### **Мизопростол**

Применение мизопростола является чрезвычайно эффективным способом индукции родов. К числу других достоинств этого препарата можно отнести то, что он намного дешевле других доступных в настоящее время средств аналогичного назначения, его просто хранить, он стабилен при комнатной температуре. Простота применения также может рассматриваться в качестве его преимущества, поскольку показана эффективность и безопасность мизопростола при оральном применении.

Вместе с тем, применение мизопростола связано с повышенным риском отрицательных эффектов, а оптимальная дозировка и режим применения пока еще не установлены. Кроме того, во многих странах не утверждено применение этого препарата для индукции родов. Учитывая вышеуказанные причины, Королевский колледж акушерства и гинекологии (RCOG) рекомендует ограничить применение этого препарата клиническими испытаниями до тех пор, пока не будет определен наиболее оптимальный режим его приема.

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.

### **Контроль состояния плода и индукция родов**

Оценка состояния плода - это всего лишь один из компонентов помощи во время родов. Это важная область, где следует уделить надлежащее внимание пожеланиям и предпочтениям матери и при этом учесть возможные факторы риска для роженицы и ребенка. Предоставление точной информации в таких обстоятельствах является важным моментом, чтобы каждая женщина могла принять для себя верное решение.

В случае индукции родов должно быть обеспечено наличие средств для осуществления постоянного контроля за активностью матки и ЧСС плода.

При индукции родов вагинальными простагландинами (PGE<sub>2</sub>) контроль за состоянием плода должен осуществляться непрерывно, начиная с момента обнаружения первых схваток.

Для здоровых женщин без осложнений во время беременности наблюдение за состоянием плода после вагинального применения простагландинов должно включать оценку исходного

состояния с последующим непрерывным электронным контролем сердечной активности и затем, в случае отсутствия отклонений от нормы, может быть использовано периодическое наблюдение.

После введения препаратов простагландинов, женщине нужно предложить лечь и находиться в положении лежа хотя бы 30 минут. При этом контроль сердечной деятельности плода необходим только после обнаружения начала схваток.

В случае применения окситоцина для индукции или индукции родов, необходимо осуществлять постоянный электронный фетальный мониторинг.

Применение окситоцина возможно не ранее, чем через 6 часов после применения простагландинов. Это обусловлено мощным стимулирующим воздействием на матку окситоцина в сочетании с простагладинами.

### **Возможные осложнения индукции родов**

Разрыв плодных оболочек может повлечь за собой кровотечение из-за повреждения невыявленного предлежания плаценты или низкого расположения плаценты.

Имеются данные о гиперактивности матки и снижении сердечного ритма плода, связанные со стимуляцией сосков.

При использовании амниотомии для индукции родов, время до начала схваток часто невозможно предсказать, оно может быть очень долгим, однако в сочетании с внутривенным введением окситоцина этот метод обладает достаточной эффективностью. К числу других возможных опасностей, связанных с амниотомией, можно отнести выпадение пуповины, хориоамнионит, сильное сжатие пуповины, а также травма предлежащих сосудов.

Сообщается о повышенном уровне инфекций матери и плода в связи с использованием ламинарии и гигроскопических средств ускорения созревания шейки матки по сравнению с аналогами простагландина E2.

В случае применения внутрицервикального геля с простагландином E2 в 1 % случаев наблюдается гиперстимуляция матки, тогда как в случае использования внутривагинального геля с PGE2 или вагинальных суппозиториев этот показатель достигает 5 %. Побочные эффекты у рожениц в случае применения простагландина E2 в малых дозах (повышение температуры тела, рвота и диарея) наблюдаются гораздо реже, чем в случае применения этих препаратов в больших дозах. Применение вагинальных суппозиториев, содержащих простагландин E2, в третьем триместре повышает риск разрыва матки. Производители рекомендуют с осторожностью относиться к применению простагландина E2 у пациентов с глаукомой, острыми нарушениями функции печени или почек, а также астмой.

В случае применения 50 мкг или большей дозы мизопростола возрастает вероятность гиперстимуляции матки. Применение мизопростола у женщин с кесаревым сечением в предшествующих родах повышает вероятность разрыва матки. Применение мизопростола для прекращения беременности во втором триместре также связано с повышением риска разрыва матки, особенно при использовании в сочетании с внутривенным введением окситоцина. Кроме того, при использовании мизопростола сообщается о повышении количества случаев попадания мекония в амниотическую жидкость. Вероятность осложнений возрастает с увеличением дозы мизопростола. Оральное применение мизопростола гораздо реже сопровождается отклонениями от нормы ЧСС плода и случаями гиперстимуляции матки по сравнению с вагинальным применением, однако данных,

которые бы позволяли рекомендовать оральный прием мисопростола в качестве альтернативного способа, пока недостаточно.

Побочные эффекты применения окситоцина, как правило, зависят от дозировки препарата, наиболее распространены гиперстимуляция матки с последующим снижением ЧСС плода. Гиперстимуляция может приводить к отслойке плаценты или разрыву матки (достаточно редко). Водная интоксикация может происходить в случае введения окситоцина в высокой концентрации с большими количествами гипотонического раствора. Антидиуретический эффект наблюдается обычно только в результате продолжительного применения окситоцина в количестве не менее 40 капель в минуту. Быстрое внутривенное введение окситоцина может вызвать снижение артериального давления.

В случае повышенной сократительной активности матки (особенно в сочетании с не обнадеживающим уровнем ЧСС плода) необходимо снизить активность маточных сокращений. В случае применения простагландинов (интравагинально или интрацервикально) необходимо удалить остатки препарата и прекратить применение окситоцина, положить женщину на левый бок и дать ей кислород при помощи маски.

### **Повышенная сократительная активность матки при индукции**

#### **Повышенная сократительная активность матки (в сочетании с изменениями ЧСС плода или без них):**

Повышенная сократительная активность матки без изменений ЧСС плода включает тахисистолу (более 5 сокращений за 10 минут на протяжении не менее 20 минут), а также гиперсистолу / гипертонус (сокращение, которое продолжается не менее 2-х минут).

Гиперстимуляция матки с изменениями ЧСС плода означает синдром гиперстимуляции матки (тахисистолу матки или ее гиперсистолу с изменениями ЧСС плода, в частности стойким снижением ЧСС, тахикардией или снижением краткосрочной вариабельности ЧСС).

В случае повышенной сократительной активности матки с подозрением или патологией, выявляемой при кардиотокографии после внутривенного введения окситоцина, следует снизить дозировку препарата или прекратить его введение.

В случае отклонений ЧСС плода от нормы и повышенной сократительной активности матки, не связанных с применением окситоцина, следует рассмотреть необходимость снижения тонуса матки.

Предлагаемое воздействие - подкожное введение тербуталина в количестве 0,25 миллиграмм.

В случаях подозреваемого или подтверждения резкого ухудшения состояния плода роды должны быть завершены как можно скорее, принимая во внимание степень отклонений от нормы ЧСС и соответствующие показатели состояния матери. Общепринятым стандартом является завершение родов в идеальной ситуации в течение 30 минут.

В случае применения только простагландинов удаление остатков препарата может помочь ослабить повышенную сократительную активность матки. Однако при этом следует избегать раздражения влагалища или шейки матки.

### **Индукция родов: чрезвычайно важные вопросы!**

Решение об индукции родов не должно быть простым. Для проведения индукции родов должны быть четкие показания, необходимо провести оценку состояния организма матери, а также выбрать метод (лекарственный препарат) с учетом биологической подготовленности шейки матки.

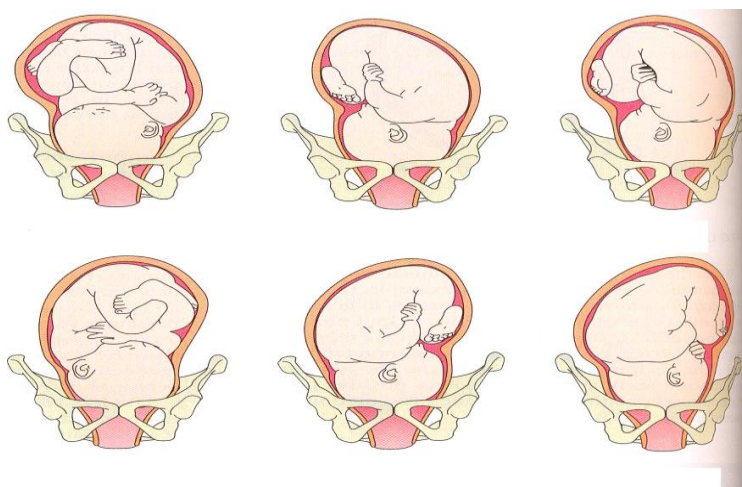
## **Тема №47. Узкий таз в современном акушерстве. Анатомический узкий таз.**

В узком тазе могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные и косые, могут быть укорочены только некоторые размеры. Таз считают узким, если все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5 – 2 см и больше.

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты. Если меньше 10 см. и ниже, таз является узким. О размере истинной конъюгаты можно судить по величине диагональной и наружной конъюгате.

### ***РАЗЛИЧАЮТ:***

- анатомический узкий таз;
- функционально узкий таз;
- 



***Рисунок 28. Узкие тазы***

**Диагноз** анатомического узкого таза ставится путем измерения таза. Вопрос о том, будет ли данный таз функционально узким, решается во время родов, путем учета характера родовой деятельности, продвижения головки и т.д.

**ФУНКЦИОНАЛЬНО** – узким тазом является такой таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

### **ЭТИОЛОГИЯ**

- инфантилизм
- продолжительные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания;
- расстройства обмена веществ;

- неполноценное питание матери в период беременности;
- туберкулез костей и суставов;
- неправильно сросшиеся переломы.

**Частота от 3 – 3,6 %. Клинический узкий таз 3 – 5 % рожениц.**

### **КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКОГО ТАЗА.**

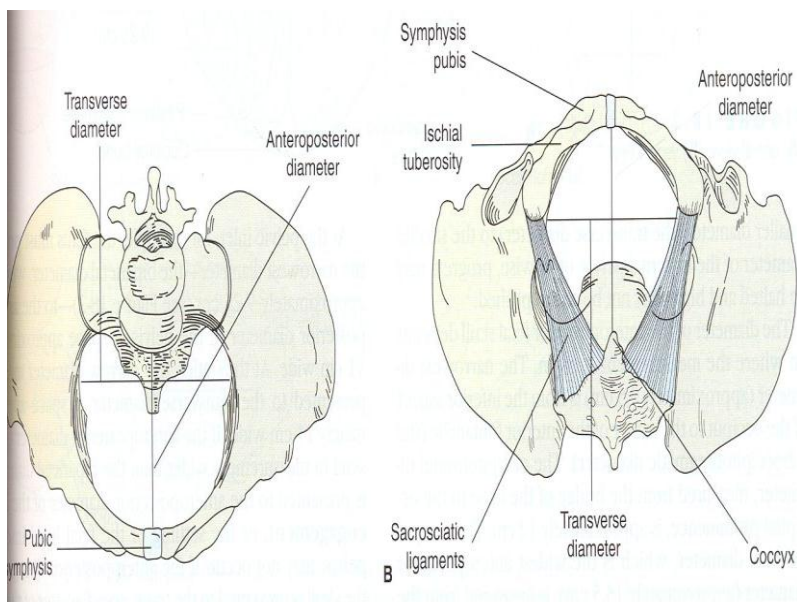
**1.** Различают часто встречающиеся и редкие формы сужения таза.

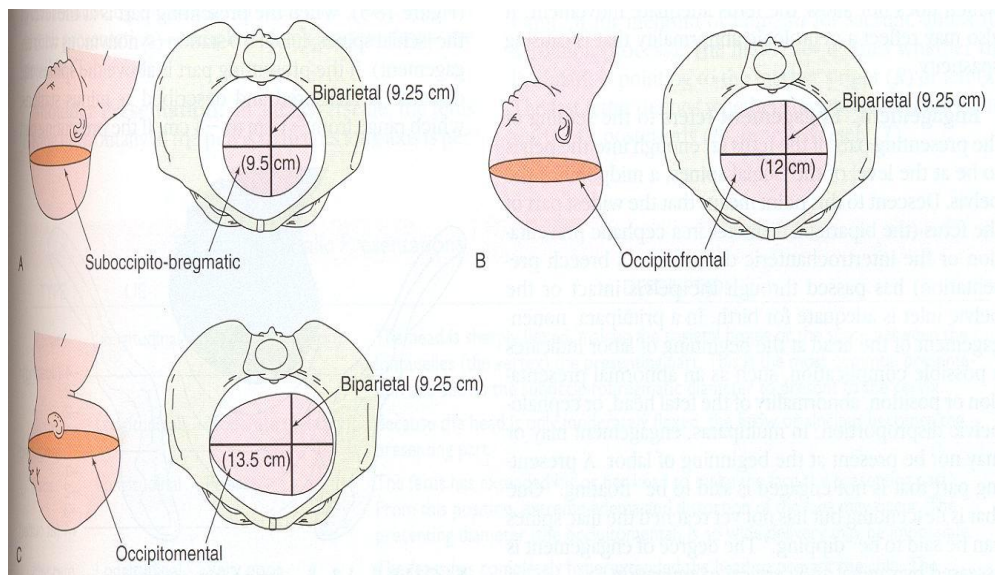
#### **A. Часто встречающиеся формы.**

1. Общеравномерносуженный таз.
2. Плоский таз: а) просто плоский таз  
б) плоско рахитический таз.
3. Общесуженный плоский таз.
4. Поперечно суженный таз.

#### **B. Редко встречающиеся формы.**

1. Кососмешанный и кососуженный таз.
2. Воронкообразный таз.
3. Спондиломестический таз.
4. Остеомалитический таз.
5. Таз суженный экзостозами и костными опухолями.
6. Кифотический таз и другие редкие формы.





**Рисунок 29. Виды узких тазов.**

**Более часто встречаются и поэтому имеют практическое значение в основном следующие немногие формы:**

- общеравномерносуженный таз;
- плоский таз;
- а) простой
- б) плоскорохитический

- общесуженный плоский таз

По данным мировой литературы, чаще всего бывает плоский таз (50,8 – 62 %). На втором месте общесуженный таз (38 – 49,2 %).



Определение степени сужения таза по величине истинной конъюгаты.

## **II. Следует различать 4 степени сужений таз по величине истинной конъюгаты:**

I ст. – 10 – 9 см

II ст. – 9 – 75 см.

III ст. – 75 – 55 см.

IV ст. – 5,5 и меньше см.

При первой степени сужения таза в подавляющем большинстве случаев роды заканчиваются самопроизвольно и течение их мало отличается от такого при нормальном тазе.

При второй степени самопроизвольные роды возможны, но все же не является правилом.

При третьей степени плод через естественные родовые пути живым родиться не сможет, его извлекают только после кесарева сечения.

IV степени сужения – абсолютное показание к кесареву сечению.

### ***ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ***

Общесуженный плоский таз встречается редко. Размеры этого таза: дистанция спинарум – 23 см, дистанция кристарум – 24 см, дистанция трохонтерика – 28 см, конъюгата экстерна – 15 см, конъюгата диагоналис – 9 см, конъюгата вера – 7 см. Одной из особенностей такого таза является возникновение препятствия рождающейся головке и механизм родов отличается от нормального положения головки, головка сгибается, малый родничок головки приближается к проводной оси таза.

Плоский таз – характеризуется сужением прямых размеров плоскостей таза.

#### **При родах отмечается следующие особенности:**

- Головка вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере.
- Происходит умеренное разгибание головки.
- Наблюдается асинклитическое вставление головки.
- Через все плоскости малого таза головка проходит стреловидным швом в поперечном размере.

### ***ДИАГНОСТИКА.***

При решении вопроса о том, имеется ли у беременной или роженицы сужение таза, прежде всего надо тщательно и подробно собрать анамнестические данные. После того как будут собраны необходимые анамнестические данные, переходят к наружному исследованию. В первую очередь следует обратить внимание на рост беременной женщины или роженицы. Малый рост должен натолкнуть на мысль о перенесенном рахите. Затем последовательно приступают к осмотру всего тела: нет ли искривлений позвоночника ( кифоз, сколиоз, лордоз ) или укорочения нижней конечности, не хромотает ли женщина,

узкость или широкость бедра (рахит), нет ли неподвижности в суставах, какая форма ромба Михаэлиса, не отвислый ли живот (остроконечный у первобеременных) и пр.

После тщательного и полного осмотра скелета приступают к обследованию живота беременной и роженицы. Остроконечный и отвислый живот у беременных свидетельствует о наличии узкого таза.

О способах наружного измерения таза было сказано выше. Здесь мы отметим важное значение, которое имеет определение так называемого наклона таза, а также некоторые дополнительные наружные измерения применительно к узкому тазу.

Еще лучше при установлении емкости таза пользоваться приемом Вастена. Прием состоит в следующем. Акушер плашмя кладет руку на область симфиза и скользит кверху в направлении головки. Прием может быть использован во время родов, когда головка стоит уже плотно во входе в таз. При нормальных отношениях (нормальный таз и средних размеров) головка будет стоять ниже (глубже) лона (признак Вастена отрицательный). При узком тазе отношения другие. Головка может стоять на одном уровне с лонным сочленением (признак Вастена – вровень) – это относительное, непреодолимое несоответствие (должны быть хорошие схватки, хорошая способность головки к конфигурации). Если головка резко выступает над лонем – несоответствие непреодолимо (признак Вастена положительный).

#### ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ УЗКИЙ ТАЗ

При анатомическом сужении нормальных размеров и крупном плоде или неправильных предлежаниях головки может быть функционально узкий таз. Течение родов при функционально узком тазе зависит от степени несоответствия между его размером и размером головки плода. При нем может быть наблюдаться ряд осложнений:

- Преждевременное и раннее излитие вод, которое иногда сопровождается выпадением пуповины или мелких частей плода.
- Слабость родовой деятельности чаще вторичная
- Эндометрит в родах
- Гипоксия и в/ч травма плода
- Разрыв матки при перерастяжении нижнего сегмента
- Сдавление мягких тканей предлежащей частью и образование в дальнейшем мочеполовых свищей.

#### ***По Колгановой разделяют IV степени клинического узкого таза.***

*I степени* - роды удлиняются. Признак Вастена отрицателен. Размер Цангеймстера в пользу конъюгата экстерна. Отмечается долгое стояние головки в одной плоскости.

*II степени* – признак Вастена вровень. Размер Цангеймстера в пользу конъюгата экстерна. Долгое стояние головки свыше 20/30 мин. Задержка мочи. Болезненные схватки, угроза в/у гипоксии плода.

*III степени* – Вастена положителен. Размер Цангеймстера в пользу конъюгата экстерна, схватки редко болезненны. Головка свыше 30 – 40 минут в одной плоскости. Период раскрытия удлиняется до 4 часов. Начавшийся в/у гипоксии плода.

*IV степени* – клиника угрожающего разрыва матки.

Своевременная диагностика функционально узкого таза если беременную с анатомическим сужением таза или с крупным плодом за благовременно (за 1,5 – 2 недели до родов) госпитализируют в родильный дом, где кроме тщательного клинического обследования, производят пельвиметрию.

При I – II степени клинического узкого таза роды через естественные родовые пути возможны, но удлиняется, его периоды и возникает риск травматизма плода.

При III – IV степени родоразрешается операцией кесарево сечение в плановом или же в родах экстренном порядке.

**ДИАГНОСТИКА** узкого таза обычно не представляет трудностей:

- общее физиологическое недоразвитие
- малый рост ( меньше 150 см )
- резкий лордоз
- признаки перенесенного рахита
- вывихи тазобедренных суставов
- ромб Михаэлиса.

При общеравномерносуженном тазе поперечный размер ромба уменьшен 1 – 1,5 см = 8 – 7,5 ( вместо 9 см ). Продольный вертикальный размер увеличен по сравнению с нормой 11 см. При плоском тазе наоборот, продольный размер ромба уменьшен на 3-4 см, в то время как поперечный остается неизменным. Не симметричная форма ромба обычно свидетельствует о косом тазе. При подозрении на наличие узкого таза наряду с обычным изменением наружных размеров его определяют и следующие размеры:

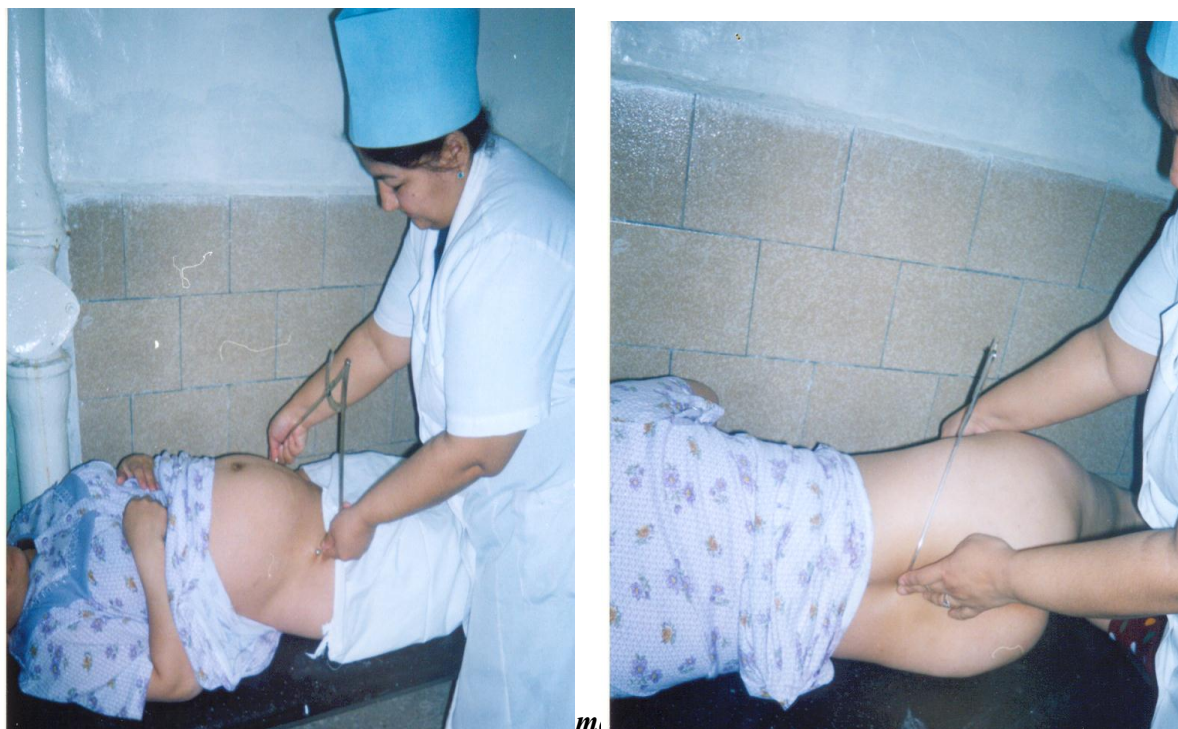
- окружность таза 85 если снижается к 75 см, это свидетельствует о значительном сужении таза;
- боковые конъюгаты. Измерение производят тазомером между передней и задней осью подвздошно кости. С каждой стороны в 14,5 – 15 см. Укорочение до 13 см свидетельствует о значительном сужении таза.
- Косые размеры таза – расстояние по тазомеру от переднее – верхней ости подвздошной кости одной стороны до задней – верхней ости другой = 22,5 см.

Симметричное уменьшение этих размеров наблюдается при общеравномерносуженном тазе. Разница правого и левого косых размеров свидетельствует об асимметрии таза.

1. Определение высоты лонного сочленения.
2. Индекс Соловьёва свидетельствует о толщине костей таза – величина окружности в норме 14,5 – 15 см.
3. Величина головки плода
4. Признак Вастена бывает положительным, отрицательным вровень.
5. Прием Цангейместера вровень, больше или меньше от размера наружной конъюгаты.

При узком тазе в процессе родов повторное влагалищное исследование обязательны. При этом определяют соотношение головки плода со входом в таз, асинклитизм и его виды, степень конфигурации головки, место нахождения и состояние родничков, вставление головки, наличие и место расположение родовой, опухоли, особенности таза, определение

истинной конъюгаты, степень подвижности копчика, наличие экзостозов, характера промотория, емкости и формы крестцовой впадины. Без знания всех этих данных правильное ведение родов невозможно.



**Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при ведении беременности и родов у женщин с узким тазом.**

При поступлении беременной женщины в стационар медицинской сестры с высшей квалификацией должна собрать полный анамнез, должна обратить внимание на рост и вес, телосложение. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза. До прихода врача медицинская сестра должна ставить свой диагноз и сопоставить с врачебным диагнозом.

Когда начались роды, предполагаемый вес плода, степень сужения таза, отхождение околоплодных вод и состояние плода – вот на какие вопросы должна искать ответ медицинская сестра при осмотре и должна знать возможные осложнения при этих случаях. Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, акушерка не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с неправильным тазом; как правило необходимо проводить в родзале с врачом. В родзале наблюдение за роженицей с узким тазом ведет акушерка вместе с врачом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед. сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода, заполнять партограмму.

Роды при узком тазе – это трудный экзамен для акушерки.

Своевременное выявление беременных с узким тазом, непременно заблаговременное направление их для родов в родильный дом – это основное в работе акушерки по профилактике родового травматизма.

## **Тема: №48. Узкий таз в современном акушерстве. Клинический узкий таз.**

### Клинический узкий таз (КУТ)

Это такой таз, при котором во время родов возникает несоответствие (диспропорция) между головкой плода и размерами таза.

Диспропорция между головкой плода и размерами таза может возникнуть как при анатомически узком таза (25-27%), так при нормальных размерах таза вследствие крупного плода, плохой способности головки к конфигурации при перенашивании, неправильном вставлении головки (разгибательные, заднетеменное вставления, высокое прямое вставление, лобное предлежание головки, задний вид лицевого) и др. неблагоприятны -0,5%.

### **Причины возникновения диспропорции головки плода и таза матери**

#### **(клинически узкого таза).**

Причинами развития клинически узкого таза являются:

1. Анатомическое сужение таза.
  2. Крупный плод, реже гидроцефалия.
  3. Неправильное вставление головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания, асинклитическое вставление головки).
- К предрасполагающим факторам возникновения клинически узкого таза являются: перенесенная беременность; задний вид затылочного предлежания.

#### **Классификация клинически узкого таза.**

Р.И. Калганова (1965 г.) предложила классификацию клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода и выделила три степени несоответствия:

*I степень несоответствия (относительное несоответствие):*

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Хорошая конфигурация головки плода.

*II степень несоответствия (значительное несоответствие):*

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Резко выраженная конфигурация головки плода.
- 3) Длительное стояние головки в одной плоскости таза.

4) Наличие признака Вастена вровень.

5) Симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче).

*III степень несоответствия ( абсолютное несоответствие ):*

1) Особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несвойственный для данной формы анатомически узкого таза.

2) Выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурационной способности головки, особенно переношенного плода.

3) Положительный признак Вастена.

4) Выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря.

5) Преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг.

6) Отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности, появление признаков гипоксии плода.

### **7) Симптомы угрожающего разрыва матки.**

Симптомы клинического несоответствия

1. Биомеханизм родов соответствует какому либо АУТ. При возникновении клинического несоответствия между головкой плода и тазом роженицы при нормальных размерах таза механизм вставления головки имеет те же особенности, что и при АУТ. Чаще всего образуется передний асинклитизм или клиновидное вставление головки.
2. Положительный симптом Вастена, т. е. степень нависания головки над лоном выражен, это является несомненным признаком КУТ.

Вместе с тем следует помнить, что наличие или отсутствие признака Вастена зависит от особенностей вставления головки, при заднем асинклитизме, когда первой вставляется во вход в таз задняя теменная кость, а передняя задерживается над лоном, признак Вастена обязательно будет положительным. При переднем асинклитизме, наоборот, первой вставляется передняя теменная кость. В этом случае признак Вастена не является доказательством благоприятных соотношений между тазом роженицы и головкой плода.

3. Симптом прижатия мочевого пузыря
4. Появление признаков перерастяжения нижнего маточного сегмента
5. Длительное стояние головки при наличии хорошей родовой деятельности
6. Отсутствие поступательных движений головки при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности.
7. Симптом угрожающего разрыва матки (частые и болезненные схватки, высокое стояние ретракционного кольца, болезненность нижнего маточного сегмента при пальпации, отек шейки матки, симптом "рукава", произвольная и непродуктивная потужная деятельность, признаки внутриутробной гипоксии плода, натяжение и болезненность при пальпации круглых маточных связок, изменение формы матки: "форма песочных часов").
8. Если при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности, отошедших водах нет поступательных движений головки в течении 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих следует ставить диагноз абсолютно узкого клинического таза и роды закончить операцией кесарева сечения.

Осложнения родов при КУТ

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Слабость родовой деятельности, чаще вторичная

3. Выпадение пуповины и мелких частей плода
  4. Затяжные роды
  5. Внутриутробная гипоксия и асфиксия плода, внутриутробная гибель плода
  6. Травматизм плода
  7. Угроза разрыва матки и разрыв матки
  8. Мочеполовые и прямокишечно-влагалищные свищи
  9. Эндометрит в родах
  10. Кровотечения в 3 и раннем послеродовом периоде
- Ведение беременности при АУТ и КУТ.

Все беременный с АУТ входят в группу риска на перинатальную патологию. Важное значение приобретает для исхода беременности и родов своевременное выявление и взятие на учет всех беременных с узким тазом, проведение общих оздоровительных мероприятий во время беременности, госпитализация на родовую подготовку, выбор метода родоразрешения в 38 недель беременности.

В группу риска на развитие КУТ относятся женщины с АУТ, крупным плодом, неправильным предлежанием и вставлением головки, гидроцефалией плода. Беременные группы риска на КУТ также госпитализируются за 2-3 недели до родов для полного обследования, родовой подготовки и выбора тактики ведения родов.

Одним из частых осложнений родов является родовой и раннее излитие околоплодных вод. Причина несвоевременного разрыва плодного пузыря лежит в несвоевременном вставлении головки. Опасность разрыва плодного пузыря заключается в том, что при этом отходят не только передние воды, но и задние, что является благоприятным моментом выпадения пуповины и мелких частей плода, а также восхождению инфекции из влагалища в матку и развитию эндометрита в родах. Для предупреждения несвоевременного разрыва плодного пузыря роженицу рекомендуется укладывать на бок. При плоских тазах ее укладывают на тот бок, где расположен большой родничок (в дальнейшем он должен опуститься первым), при общеравномерносуженном тазе – на ту же сторону.

С целью сохранения плодного пузыря во время периода раскрытия назначается постельный режим. При этом рекомендуется положение на боку.

В периоде раскрытия следует следить за характером родовой деятельности, состоянием внутриутробного плода, особенностями биомеханизма родов, учитывая риск развития аномалии родовой деятельности, риск на перинатальную патологию и развитие клинического узкого таза. При возникновении отклонения в течение родов (клинический узкий таз, слабость родовой деятельности и др.) необходимо своевременно, не ожидая асфиксии плода, развития эндометрита, родовой травмы плода, поставить вопрос об абдоминальной родоразрешении.

Часто при диспропорции головки плода и таза матери наблюдается неудовлетворительный прогресс родов. Чаще возникает вторичное прекращение раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода при наличии хороших схваток. Если родовая деятельность продолжается при клинически узком тазе, она может остановиться или затрудниться. Наилучший способ определить соответствие головки плода и таза матери (клинически узкий таз) возможно только во время вагинальных родов.

Если диагноз клинически узкого таза подтвержден, необходимо провести кесарево сечение.

Если плод мертв:

- Провести краниотомию.
- Если акушер не имеет достаточного опыта в проведении краниотомии, провести кесарево сечение.

Симптомы, подтверждающие запущенный клинически узкий таз (обструктивные роды):

- Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускание предлежащей части плода.
- Смещение костей черепа плода третьей степени.
- Шейка матки плохо прилежит к предлежащей части плода.
- Отек шейки матки.
- Растяжение нижнего сегмента матки.
- Образование ретракционного кольца.
- Дистресс матери или плода.

Разрыв неоперированной матки обычно вызван obstructивными родами.

Если плод живой, шейка матки полностью раскрыта и головка плода находится на 0 плоскости или ниже - проведите вакуум-экстракцию.

Если плод живой, но шейка матки раскрыта не полностью, или если головка плода находится слишком высоко для вакуум-экстракции, провести кесарево сечение.

Если плод мертв:

- Провести краниотомию.
- Если акушер не имеет достаточного опыта в проведении краниотомии, провести кесарево сечение.

### Период изгнания.

Когда заканчивается период раскрытия при узком тазе головка обычно еще стоит над входом в малый таз. Для того, чтобы начался период изгнания, нужна подготовительная работа по вставлению и конфигурации головки. Чтобы головка соответствующим образом установилась во входе в малый таз, должно пройти определенное время между периодом раскрытия и началом периода изгнания. Этот период родов – самый ответственный при узком тазе, называют периодом конфигурации. В этом периоде решается вопрос о возможности родов через естественные родовые пути при узком тазе, проводится функциональная оценка таза: при отсутствии поступательных движений головки при полном открытии шейки матки, отошедших водах и энергичной родовой деятельности в течение 1-2 часов у повторнородящих и в течении 2 -3 часов у первородящих следует ставить диагноз “клинический узкий таз 3 степени” и закончить роды операцией кесарева сечения. При отсутствии условий для кесарева сечения или мертвом плоде показана плодоразрушающая операция. Чрезмерно длительное выжидание во втором периода родов – периоде конфигурации- нежелательно так как исход родов для плода при этом ухудшается. По данным Р.И.Калгановой , длительность выжидания не должна превышать 2 – 3 часов для первородящих и 1 – 1,5 часов у повторнородящих.

Для диагностики клинического несоответствия таза определяются признак Вастена и Цангемейстера, симптомы сдавления мочевого пузыря. Одним и признаком прижатия мочевого пузыря является отсутствие самостоятельного мочеиспускания, что часто сочетается с трудностью катетеризации, затрудненным мочеиспусканием (мочеиспускание малыми порциями, при котором мочевой пузырь полностью не опорожняется).

При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода необходимо применение мер борьбы с гипоксией и ускорение родов.

Слабость родовой деятельности, которая нередко встречается при клиническом узком тазе, ведет к затяжным родам, что в свою очередь опасно, так как способствует развитие асфиксии плода и инфекции. При затянувшихся родах и утомлении роженицы ей



необходимо предоставить отдых путем дачи акушерского наркоза, показано систематическое применение методов профилактики внутриутробной гипоксии плода.

Три клинических признака очень важны для диагностики диспропорции головки плода и таза матери. К ним относятся:

- недостаточный прогресс в раскрытии шейки матки;
- замедленное продвижение головки;
- конфигурация головки.

При клиническом несоответствии шейка матки при полном открытии не смещается за головку плода, а часто отекает и пассивно свисает во влагалище, создавая ложное впечатление о неполном открытии шейки матки.

При диспропорции таза роженицы и головки плода опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента матки, наличие произвольных безрезультатных потуг, повышение температуры тела и учащение пульса, появление признаков острой гипоксии плода. При наличии перечисленных признаков следует немедленно закончить роды. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение. Следует отметить, что при узких тазах расширены показания к операции кесарева сечения в интересах плода у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, при тазовом предлежании, крупном плоде, у первородящих старшего возраста и др. Расширение показаний к кесареву сечению при узком тазе позволяет снизить перинатальную смертность, частоту послеродовых септических заболеваний, частоту родового травматизма матери и плода.

Профилактика анатомического узкого таза рассматривается с позиции оздоровления девочек начиная с раннего детского возраста. Важное место имеет профилактика рахита, правильное питание, гигиена школьного возраста, предупреждение других соматических заболеваний. В профилактике клинического узкого таза важное место занимает дородовая госпитализация женщин группы риска для проведения дородовой подготовки и своевременного родоразрешения.

Одним из частых осложнений в родах при узком тазе является дистоция плечиков плода (затруднение при рождении плечевого пояса).

**Дистоция плечиков** может возникать при всех родах, особенно если ожидается крупный плод.

#### **Факторы риска**

- Первичная дистоция плечиков
- Гестационный диабет
- Перенесенная беременность
- Макросомия
- Анатомически узкий таз
- Крупный плод

#### **ДИАГНОСТИКА:**

-головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой

-подбородок втягивается и опускает промежность

-потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз

#### ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ:

Исправление дистоции плечиков с использованием HELPERR

**H** = Help (призыв о помощи)

**E** = Evaluate for episiotomy (эпизиотомия)

**L** = Legs (маневр McRoberts)

**P** = Pressure (сдавления над симфизом)

**E** = Enter the vagina (введение влагалища)

**R** = Remove the posterior arm (согнуть руки)

**R** = Roll the patient (поставить на четвереньки)

**H** - Help – позовите всех на помощь

**E** - Проведите достаточно большую эпизиотомию для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей

**L** - В положении женщины на спине сгибаем оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди (помогают ассистенты)

**P** - Надев стерильные перчатки, осуществляем сильное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика под симфиз. Одновременно ассистент во время потягивания надавливает в надлобковой области вниз для способствования рождению плечика

**E** - Если плечико не родилось, войти рукой во влагалище и надавить на переднее плечико по направлению к груди ребенка для вращения плечика и уменьшения в диаметре

**R** - При необходимости надавливают на заднее плечико по направлению к груди. Если плечико все еще не родилось, захватите плечевую кость задней руки и согнув её в локте проведите через грудь и выведите её. Это освободит место для другого плеча, которое обычно рождается самостоятельно.

**R** – Роженицу просят встать на четвереньки при этом увеличивается диаметр таза

Если после всех перечисленных мероприятий плечико не родилось необходимо произвести кесарево сечение.

#### Осложнения

- *Со стороны матери*
  - Повреждение мягких тканей
  - Повреждение сфинктера
  - Послеродовые кровотечения
  - Разрыв матки

Расхождение симфиза

- *Со стороны новорожденного*  
Паралич плечевого сплетения

Перелом ключицы

Перелом плеча

Внутриутробный ацидоз

Гипоксическая энцефалопат

### **Тема: № 49. Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.**

Неправильные положения плода встречаются редко: в 0,2 — 0,4% случаев, но влечет за собой большой % оперативных вмешательств, увеличивает травматизм в родах, перинатальную и материнскую смертность, а также частоту септических послеродовых осложнений.

#### **Поперечное и косое положение плода.**

Поперечное и косое положение плода относятся к неправильным положениям плода и встречаются в среднем в 0,5 – 0,7% от общего числа родов. В отличие от продольного положения ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, предлежащая часть отсутствует. При косом положении плода наиболее низкая часть (головка или тазовый конец) располагается ниже линии, соединяющей гребни подвздошных костей. При поперечном положении все крупные части плода находятся выше этой линии. Позиция плода при этих положениях определяется по головке. При расположении головки плода слева – первая позиция, справа – вторая позиция. Вид плода определяется так же, как и при продольном положении: по отношению спинки к передней (передний вид) или задней (задний вид) стенке матки.

**Причины.** Поперечное и косое положение плода могут возникнуть в результате следующих причин:

1. чрезмерная подвижность плода: при многоводии, при гипотрофичном или недоношенном плоде, при многоплодной беременности (второго плода), дряблости мышц передней брюшной стенки у повторнородящих
2. ограниченная подвижность плода: при маловодии, крупном плоде, многоплодии, наличии миомы матки, деформирующей полость матки, повышенном тонусе матки при угрозе прерывания беременности
3. препятствие вставлению головки: предлежание плаценты, узкий таз, наличие миомы матки в области нижнего сегмента матки
4. аномалии развития матки: двурогая матка, седловидная, перегородка в ней
5. аномалии развития плода: гидроцефалия, анэнцефалия.

**Диагностика.** При осмотре беременной обращают на себя внимание поперечно-овальная или косоовальная форма живота, низкое стояние дна матки.

При наружном акушерском исследовании предлежащая часть плода не определяется. Крупные части (головка, тазовый конец) пальпируются в боковых отделах матки. При

многоплодии и многоводии, напряжение матки определение положения и позиции плода может быть затруднительным. Сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка.

При влагалищном исследовании предлежащая часть плода не определяется.

Большую помощь в диагностике неправильного положения плода оказывает ультразвуковое исследование.

После излития околоплодных вод при влагалищном исследовании можно определить плечо или ручку плода, петлю пуповины, иногда пальпируются ребра, позвоночник плода. По подмышечной впадине можно определить, где находится головка плода.

**Течение беременности и родов.** Беременность при поперечных положениях плода может протекать без осложнений. Иногда при повышенной подвижности плода наблюдается частая смена его положения: продольное – поперечное – продольное и т.д. Такое состояние носит название неустойчивого положения.

Наиболее характерными осложнениями беременности при поперечном положении плода являются преждевременные роды, которые часто начинаются с родового излития околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания.

Родовое излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода: ручек, ножек и петель пуповины. Несвоевременное излитие околоплодных вод способствует инфицированию, а выпадение пуповины – гипоксии плода.

Если причиной неправильного положения плода является предлежание плаценты, то возможно кровотечение.

Осложнением первого периода родов чаще всего также является несвоевременное излитие околоплодных вод по той же причине, что во время беременности. Длительный безводный промежуток (более 12 часов), как правило, приводит к инфицированию. Интенсивное излитие околоплодных вод в первом периоде родов ограничивает подвижность плода. Потеря подвижности плода при поперечном положении вследствие излития вод и сокращения матки носит название запущенного поперечного положения. При этом может наблюдаться выпадение пуповины, ручки, «вколачивание» в малый таз одного из плечиков. Как правило, возникает гипоксия плода вплоть до его гибели, так как в результате усиленного сокращения матки ограничивается кровоснабжение плаценты. При продолжающейся родовой деятельности и отсутствии продвижения плода могут происходить сначала перерастяжение нижнего сегмента матки, а затем и ее разрыв. Разрыв матки при запущенном поперечном положении плода является грозным осложнением для матери, до ее гибели от кровотечения или сепсиса.

Крайне редко роды при поперечном положении плода заканчиваются самопроизвольно в результате самоповорота – *versiaspontanea* в тазовое или головное предлежание, самоизворота – *evolutiospontanea* или родов сдвоенным телом – *conduplicatioscorporis* при гипотрофичном или недоношенном плоде и при вместительном тазе. При самоизвороте после выхода из – под лобковой дуги плечика, как правило, с ручкой последовательно рождаются ягодицы, ножки, а затем весь плечевой пояс и головка. При родах сдвоенным телом плод складывается в позвоночнике вдвое и в таком состоянии происходит его рождение. Плод при этом, как правило, погибает.

**Ведение беременности и родов.** Учитывая возможность серьезных осложнений при поперечном положении плода для матери и ребенка, необходимо тщательное наблюдение за женщинами в женской консультации, особенно повторнородящими, у которых в 10 раз чаще, чем у первородящих, наблюдается неправильное положение плода, и вероятность родового излития вод у них больше в связи с тем, что нередко цервикальный канал может быть несколько приоткрыт. Необходимы ограничение физической нагрузки, профилактика запоров, рекомендации беременным больше лежать на боку одноименной позиции, а при косом положении – на стороне нижерасположенной крупной части плода. После 35 нед. беременности, если положение плода остается поперечным или косым, необходима госпитализация.

Возможно исправление положения плода во время беременности (наружный поворот плода).

Беременную необходимо предупредить о том, чтобы о начале схваток или излитии околоплодных вод она немедленно сообщила акушерке или врачу.

Общепризнано, что оптимальным методом родоразрешения при поперечном или косом положениях плода является кесарево сечение.

Наиболее благоприятным временем оперативного родоразрешения является первый период родов. При появлении первых схваток в отдельных случаях происходит изменение положения плода на продольное. До появления родовой деятельности кесарево сечение должно быть проведено при тенденции к перенашиванию, предлежания плаценты, родовом излитии околоплодных вод, гипоксии плода, рубце на матке, опухолях гениталий (с последующим их удалением).

При выпадении мелких частей плода (пуповина, ручка) попытка вправления не только бесполезно, но и вредно, так как способствует инфицированию и увеличивает время до оперативного родоразрешения. Ведение родов через естественные родовые пути можно лишь при глубоконеодошенном плоде, жизнеспособность которого находится под большим сомнением.

Комбинированный поворот плода на ножку при его жизнеспособности используется крайне редко, так как он небезопасен для плода. Производят его в основном при поперечном положении второго плода у роженицы с двойней.

При поступлении роженицы с полным раскрытием шейки матки, при живом плоде и небольшой его массе, сохраненной его подвижности (последнее условие бывает крайне редким) возможно проведение комбинированного классического поворота плода на ножку с последующим его извлечением. Прогноз в этом случае для плода неблагоприятный.

Если роженица поступает с запущенным поперечным положением и мертвым плодом, показана эмбриотомия под наркозом.

При наличии инфекции на фоне длительного безводного промежутка при живом плоде показаны кесарево сечение, удаление матки, дренирование брюшной полости для профилактики развития перитонита и септического состояния, антибактериальная терапия.

#### **Асинклитическое вставление головки**

Из всех частей доношенного зрелого плода особого изучения требует головка. Это обусловлено целым рядом причин. Во-первых, головка плода является наиболее объемной и плотной частью и, продвигаясь, как правило, первой по родовому каналу, испытывает наибольшие затруднения. Во-вторых, от степени плотности костей черепа и их подвижности зависит в значительной степени способность головки сжиматься в одном направлении и увеличиваться в другом. Благодаря этому головка плода может приспособливаться к размерам таза и преодолевать имеющиеся препятствия. Кроме того, от плотности костей черепа, их подвижности и размеров головки зависит вероятность травмирования мелких родовых путей женщины и, в известной степени, возникновение внутричерепной травмы плода. В-третьих, четко пальпируемые во время родов на головке плода швы и роднички позволяют уточнить характер вставления головки, ее положение в малом тазу.

В процессе рождения доношенный плод, имеющий довольно большие размеры и неправильную форму (в первую очередь это относится к его головке), должен преодолеть костное кольцо малого таза, имеющее относительно небольшие размеры и неправильную форму. Это становится возможным только потому, что плод продвигается по родовому каналу не прямолинейно, а совершая сложные поступательно-вращательные движения.

Вставлению головки плода во вход в таз способствует прежде всего суживающийся конусообразно книзу нижний сегмент матки, нормальное состояние тонуса мускулатуры матки и передней брюшной стенки. Кроме того, имеет значение тонус мышц и сила тяжести самого плода, определенное соотношение размеров головки плода и размеров плоскости входа в малый таз, соответствующее количество околоплодных вод, правильное расположение плаценты.

У первобеременных первородящих женщин головка плода к началу родов уже оказывается фиксированной во входе в таз в состоянии умеренного сгибания. Эта фиксация головки плода происходит за 4 — 6 нед до родов. У первородящих, но повторнобеременных — к началу родов головка может быть лишь прижата ко входу в таз. У повторнородящих фиксация головки, то есть ее вставление, происходит в течение родового акта.

При соприкосновении головки плода с плоскостью входа в таз *сагиттальный шов устанавливается в одном из косых размеров* плоскости входа в таз (*синклитическое вставление*), чему способствует форма головки в виде овала, суживающегося в направлении лба и расширяющегося по направлению к затылку. Задний родничок обращен кпереди. В момент вставления нередко ось плода не совпадает с осью таза. У первородящих женщин, имеющих упругую брюшную стенку, ось плода располагается кзади от оси таза. У повторнородящих с дряблой брюшной стенкой, расхождением прямых мышц живота — кпереди. Это несовпадение оси плода и оси таза приводит к нерезко выраженному *асинклитическому* (внеосевому) *вставлению* головки со смещением сагиттального шва либо кзади от проводной оси таза (ближе к мысу) — *переднетеменное (негелевское) вставление*, либо кпереди от проводной оси таза (ближе к симфизу) — *заднетеменное (лицумановское) вставление* головки.

### **Разгибательные предлежания плода**

Разгибательные предлежания плода встречаются в 0,5 — 1,0% случаев всех родов, преимущественно, у повторнородящих.

Различают 3 степени разгибания головки, что определяет характер ее предлежания.

Первая степень разгибания – переднеголовное предлежание. При этом ведущей точкой является область переднего (большого) родничка, а плоскость большого сегмента проходит через прямой размер, диаметр которого 12 см.

Вторая степень разгибания – лобное предлежание. Ведущая точка – надбровье, плоскость большого сегмента проходит через большой косой размер – 13 см.

Третья степень разгибания – лицевое предлежание. Ведущей точкой является подбородок, плоскость большого сегмента проходит через вертикальный размер – 9,5 см.

Самым неблагоприятным является лобное предлежание.

Между этими тремя основными степенями разгибания головки существуют промежуточные переходные состояния.

Каждая из степеней разгибания головки является в то же время и переходной и следовательно, временным состоянием. Так, переднеголовное предлежание может превратиться или в затылочное – при сгибании головки в дальнейшем течении родов, или в лобное – при ее разгибании. Лишь в отдельных, довольно в редких случаях та или другая степень разгибания как бы стабилизируется, и головка проходит через родовой канал в одном из вариантов предлежания.

Разгибательные предлежания головки возникают иногда еще до родов. Обычно практического значения они не имеют и с началом родов устраняются самопроизвольно. Лишь в крайне редких случаях при большом зобе или обширной кистовидной гигроме шеи плода, равно как и при крупных подслизистых миомах матки, разгибательное состояние плода, возникшее во время беременности, может сохраниться и во время родов. В большинстве же случаев разгибательные состояния головки возникают во время родов.

Факторами, способствующими возникновению разгибательных предлежаний, являются следующие: многоводие, маловодие, гипотрофия и недоношенный плод, снижение тонуса и некоординированные сокращения матки, крупный плод, узкий таз, предлежание плаценты, аномалии развития матки и плода. Лобное и лицевое предлежания могут быть при опухлях шеи или при неоднократном обвитии пуповины.

Механизм родов при разгибательных предлежаниях характеризуется следующими отличительными моментами: первый момент – разгибание головки, второй момент – в процессе внутреннего поворота, как правило, образование заднего вида, третий момент – сначала сгибание, потом разгибание.

Образование заднего вида при разгибательных предлежаниях обеспечивает возможность использования в процессе родов крестцовой впадины.

### **Переднеголовное предлежание**

**Диагностика** переднеголового предлежания во время беременности представляет определенные трудности. При проведении наружного акушерского исследования возможно более высокое стояние дна матки, при измерении прямого размера головки он оказывается равным 12 см. и более. Диагноз может быть уточнен при ультразвуковом исследовании. С началом родовой деятельности переднеголовное предлежание нередко переходит в затылочное или более выраженную степень разгибания. Поэтому наибольшую информацию

о наличии переднеголового предлежания можно получить в процессе родовой деятельности. При влагалищном исследовании в I периоде родов обнаруживается расположение переднего (большого) и заднего (малого) родничков на одном уровне или чаще большой родничок – ниже малого. Сагитальный (стреловидный) шов плоскости входа малого таза находится обычно в поперечном, иногда в одном из косых размеров.

Диагноз может быть уточнен и сразу после рождения плода по конфигурации головки. Родовая опухоль при переднеголовном предлежании располагается в области большого родничка и вытягивает головку вверх. Такую конфигурацию головки новорожденного называют брахицефалической (башенной).

Механизм родов при переднеголовном предлежании начинается в плоскости входа в малый таз. Головка плода устанавливается сагитальным (стреловидным) швом в поперечном размере таза., реже в косом.

*Первый момент механизма родов – умеренное разгибание головки.* Большой родничок располагается ниже малого, являясь ведущей точкой. Большой сегмент при данном предлежании – окружность головки, диаметром которой является прямой размер – от надпереносья до затылочного бугра длиной 12 см.(окружность равна 34-35 см). По мере продвижения по родовому каналу при переходе из широкой части в узкую происходит *второй момент механизма родов – внутренний поворот головки*, который заканчивается в плоскости входа. Стреловидный шов устанавливается в прямом размере, под лобковое сочленение подходит часть головки областью надпереносья, которая является точкой фиксации. Крайне редко наблюдающийся поворот головки затылком кпереди, а лицевой частью кзади является нарушением механизма родов. В этих случаях довольно часто прекращается дальнейшее продвижение головки по родовому каналу.

*Третий момент механизма родов – сгибание головки.* После того как точка фиксации (надпереносье) подходит под нижний край лобкового сочленения, происходит сгибание головки в шейной части позвоночника, рождаются теменные бугры и затылок.

*Четвертый момент механизма родов – разгибание головки.* Происходит после образования второй точки фиксации, которой является подзатылочная ямка. Головка упирается в вершину крестца (копчик при этом смещается) и совершается разгибание головки. В процессе разгибания происходит полное рождение головки.

*Пятый момент механизма родов – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.* Совершается также, как и при затылочном предлежании.

**Течение беременности и родов.** Во время беременности при переднеголовном предлежании осложнений может и не быть, однако при подвижной над плоскостью входа в малый таз головки плода отсутствует внутренний пояс прилегания, в связи с чем может произойти дородовое излитие околоплодных вод. Первый и второй период родов, как правило, затягиваются. Роды сопровождаются повышенным травматизмом родовых путей, более часто наступающей гипоксией и травмы плода. При перенесенной беременности, крупном плоде, узком тазе, пожилом возрасте первобеременной увеличивается возможность травмы плода.

**Ведение родов.** При переднеголовном предлежании ведение родов должно быть индивидуальным. При доношенной беременности, некрупном плоде и нормальных размерах



таза роды проводят через естественные родовые пути. При несвоевременном излитии околоплодных вод проводят профилактику слабости родовой деятельности и гипоксии плода.

С момента полного открытия шейки матки необходимо тщательная оценка соответствия головки плода размерам таза. Попытка исправления переднеголового предлежания ручным путем результата не дает, но может нанести вред.

Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) показано при крупном плоде, перенашивании беременности, узком тазе, пожилом возрасте первобеременной, слабости родовой деятельности.

Во втором периоде родов при слабости родовой деятельности, гипоксии плода при головке, находящейся в полости малого таза, показано родоразрешение путем наложения акушерских щипцов или вакуум – экстракции.

В последовом и послеродовом периодах проводят профилактику кровотечений введением средств, сокращающих матку.

### **Лобное предлежание**

Лобное предлежание встречается очень редко (0,021 – 0,026%). Иногда лобное предлежание является переходным состоянием от переднего лобного в лицевое.

**Диагностика** лобного предлежания наружными приемами затруднительна. Можно лишь предполагать наличие лобного предлежания по высокому стоянию дна матки, наличию угла между затылком и спинкой плода. Сердцебиение плода лучше выслушивается со стороны грудной клетки, а не спинки. При влагалищном исследовании определяется лобная часть головки плода, можно пальпировать лобный шов, который заканчивается с одной стороны переносицей (пальпируются также надбровные дуги и глазницы), с другой – большим родничком.

После рождения по конфигурации головки новорожденного можно подтвердить диагноз лобного вставления. Родовая опухоль, расположенная в области лба, придает головке своеобразный вид пирамиды.

Существенную помощь в диагностике оказывает ультразвуковое исследование.

Роды при лобном предлежании при нормальных размерах таза (тем более при некотором сужении) и доношенном плоде (а особенно при крупном ) невозможны, так как головка должна продвигаться по родовым путям своей наибольшей окружностью. При лобном предлежании нередко возникают признаки клинического узкого таза.

**Механизм родов.***Первый момент родов – разгибание в плоскости входа в малый таз.* Лобный шов располагается, как правило, в поперечном размере. Ведущей точкой являются лобные кости, на которых в процессе родов образуется выраженная родовая опухоль. По мере дальнейшего продвижения головки, преимущественно при переходе из плоскости широкой части в узкую, начинается *второй момент механизма родов – внутренний поворот головки*, который заканчивается в плоскости выхода. При этом плод спинкой поворачивается кзади, лобный шов располагается в прямом размере. Верхняя челюсть прижимается к

нижнему краю лобкового сочленения, образуя первую точку фиксации. Образование переднего вида при лобном предлежании исключает дальнейшее продвижение плода.

*Третий момент механизма родов – сгибание головки.* Происходит после образования первой точки фиксации, при этом рождаются темя и затылок плода. В результате образуется вторая точка фиксации – подзатылочная ямка, которая упирается в вершину копчика.

*Четвертый момент – сгибание головки.* Как и при заднем виде затылочного предлежания, вокруг образованных точек фиксации происходит разгибание головки, в результате которого головка рождается полностью.

*Пятый момент – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.* Происходит также, как и при других вариантах головного предлежания.

**Течение беременности и родов.** Во время беременности и первого периода родов нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания. Во время длительного безводного промежутка может присоединиться инфекция и гипоксия плода.

Роды при нормальных размерах таза и доношенной беременности, даже при хорошей родовой деятельности закончиться не могут. Формируется клинически узкий таз и возникает угроза разрыва матки. Самопроизвольные роды произойдут, если лобное предлежание в процессе родовой деятельности превращается в лицевое или переднеголовное, а также при некрупном плоде и вместительном тазе. В последнем случае роды часто сопровождаются тяжелыми осложнениями.

**Ведение беременности и родов.** При подозрении или выявлении лобного предлежания необходимо госпитализация для выяснения причин его возникновения и определения тактики родоразрешения. При дородовом излитии вод показано кесарево сечение.

В течении первого периода родов при сохранных водах может измениться положение головки плода. Если этого не происходит или излились воды, показано родоразрешение путем кесарево сечения. Если момент для кесарево сечения упущен, роженица поступила в родильный дом при головке, находящейся в полости малого таза, необходимо исключить угрозу разрыва матки, следить за состоянием плода, не допускать длительного стояния головки в одной плоскости, производить профилактику гипоксии плода при длительном безводном промежутке – антибактериальная терапия.

При задержке рождения плода, появлении признаков гипоксии требуется немедленное родоразрешение. Возможно наложение акушерских щипцов, однако это не всегда удается. Поэтому в таких случаях чаще приходится производить плодоразрушающую операцию. Попытка изменить предлежание при головке, расположенной над входом в малый таз, результата, как правило, не дает.

### **Лицевое предлежание**

Лицевое предлежание встречается чаще предыдущих двух и является максимальной степенью разгибания головки плода ( 0,23%).

Обычно лицевое предлежание образуется во время родов, но может возникать и задолго до них.

Причины возникновения лицевого предлежания практически такие же, как и предыдущих разгибательных предлежаний. Довольно часто лицевое предлежание возникает из лобного.

**Диагностика** лицевого предлежания основывается на данных наружного акушерского и влагалищного исследования. Головка плода максимально разогнута, поэтому при наружном акушерском исследовании возможно определение углубления между головкой и спинкой плода, отсутствие характерной для других предлежаний выпуклости спинки плода. Наиболее отчетливо сердечные тоны прослушиваются со стороны его грудной клетки.

При влагалищном исследовании определяются лицевые части плода: подбородок, надбровные дуги, нос, рот с твердыми валиками десен. В этом случае необходимо дифференцировать его от ягодичного предлежания, при котором могут определяться отечные мягкие ткани, а также пропальпироваться копчик, крестец, седалищные бугры. При лицевом предлежании исследование необходимо проводить осторожно, во избежание повреждения глаз, а при ягодичном предлежании – наружных половых органов плода.

По подбородку можно определить позицию и вид плода. При подбородке, обращенном вправо, спинка располагается слева – первая позиция, при второй позиции соответственно подбородок будет определяться слева, спинка – справа.

**Механизм родов.***Первый момент – максимальное разгибание головки*, происходит в плоскости входа в малый таз. В результате ведущей точкой становится подбородок. Срединная лицевая линия устанавливается в поперечном или в одном из косых размеров. Головка проходит окружностью, диаметром которой является вертикальный размер, равный 9,5 см.

*Второй момент – внутренний поворот головки*, начинается в плоскости входа, особенно активно проявляясь при переходе из широкой части в узкую, и заканчивается в плоскости выхода, упираясь подъязычной костью в нижний край лобкового сочленения (точки фиксации). Это способствует врезыванию головки. При образовании переднего вида дальнейшее продвижение головки прекращается (запущенное лицевое вставление), так как лобная часть упирается в лобковое сочленение, а подбородок – в крестцовую впадину, плечевой пояс при этом вколачивается в поперечном размере в седалищные ости.

*Третий момент механизма родов при заднем виде лицевого предлежания – сгибание головки*, происходит в плоскости выхода с образованием точки фиксации: подъязычная кость упирается в нижний край лобкового сочленения. Вслед за родившимся подбородком последовательно рождается вся головка плода. Этот момент клинически соответствует прорезыванию и рождению головки.

*Четвертый момент – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.* Происходит также, как и при других вариантах головного предлежания.

**Течение беременности и родов.** Во время беременности и первого периода родов нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания. Во время длительного безводного промежутка может присоединиться инфекция и гипоксия плода.

Внешний вид головки плода, родившегося в лицевом предлежании, очень характерен. Лицо отечное, багрово – красного цвета.

**Ведение беременности и родов.** При подозрении или выявлении лобного предлежания необходимо госпитализация для выяснения причин его возникновения и определения тактики родоразрешения.

Ведение родов при лицевом предлежании при нормальном тазе и некрупном плоде должно быть консервативным, так как в большинстве случаев роды заканчиваются благоприятно. Необходимо постоянно следить за характером родовой деятельности, сердцебиением плода.

В первом периоде родов обязательно тщательное наблюдение за сохранением заднего вида, так как в случае возникновения переднего вида роды через естественные родовые пути невозможны и необходимо произвести кесарево сечение.

Оперативное родоразрешение (кесарево сечение) показано при крупном плоде, перенашивании беременности, узком тазе, пожилом возрасте первобеременной, слабости родовой деятельности.

Во втором периоде родов при слабости родовой деятельности, гипоксии плода при головке, находящейся в полости малого таза, показано родоразрешение путем наложения акушерских щипцов или вакуум – экстракции.

Во время прорезывания головки при угрозе разрыва промежности необходимо своевременно произвести эпизио- или перинеотомию для профилактики ее разрыва.

В последовом и послеродовом периодах проводят профилактику кровотечений введением средств, сокращающих матку.

### **Операции, исправляющие положения и предлежания плода**

Операции, исправляющие неправильные положения плода, называются акушерским поворотом. Посредством акушерского поворота плод из поперечного или косого переводится в физиологическое продольное положение. Акушерский поворот может выполняться и при продольном положении плода, в этом случае его целью является изменение предлежания плода.

Существуют две разновидности акушерских поворотов: наружные и наружновнутренние (комбинированные). Наружным поворотом называются операции, выполняемые с помощью только наружных приемов, осуществляемых через переднюю брюшную стенку. При наружновнутреннем повороте одна рука акушера вводится в матку, а другая (наружная) помогает производить поворот через переднюю брюшную стенку.

Акушерские повороты производятся на головку или на тазовый конец. Поворот на головку может быть произведен только при наружном акушерском повороте. Поворот на тазовый конец выполняется посредством двух разновидностей акушерских поворотов. Наружный поворот на тазовый конец возможен при косом положении плода, в случаях когда тазовый конец плода лежит ближе к входу в таз. Комбинированный наружновнутренний поворот всегда производится на тазовый конец, а точнее на ножку плода. Другие варианты поворотов на тазовый конец: поворот на обе ножки плода и поворот на ягодицы, выполняются крайне редко.

**Наружный акушерский поворот на головку.** Показаниями к наружному акушерскому повороту на головку являются следующие: поперечное и косое положения и тазовое предлежание плода.

Для выполнения поворота необходимы следующие условия: 1) срок беременности 34 — 36 нед; 2) удовлетворительное состояние беременной и плода; 3) податливость брюшной стенки и отсутствие напряжения матки; 4) достаточная подвижность плода, отсутствие признаков маловодия и тем более излития вод.

Противопоказаниями к выполнению наружного поворота являются следующие: осложнения беременности (поздний гестоз, угроза прерывания беременности, многоводие, маловодие, аномалии расположения плаценты); отягощенный акушерский анамнез (выкидыши, преждевременные роды), многоплодие; сужение таза II степени и более; патология матки (пороки развития, рубцы после операций, миома матки); заболевания сердечно-сосудистой системы, почек.

Наружный поворот производится натошак, накануне операции очищается кишечник, перед операцией опорожняется мочевой пузырь. Беременная лежит на твердой кушетке в горизонтальном положении. Врач садится с правой стороны от беременной. Определяется положение, позиция, вид и предлежание плода. Общим правилом для наружного поворота является производство поворота плода смещением ягодиц в сторону спинки, спинки — в сторону головки, головки — к брюшной стенке плода.

Техника операции наружного поворота на головку при поперечном и косом положениях плода. Руки акушера располагаются на головке и тазовом конце плода. Головку плода медленно смещают в подвздошную область, затем ко входу в малый таз. Вторая рука смещает тазовый конец плода к дну матки.

В случаях поперечного или косого положения, когда спинка плода обращена ко входу в малый таз, поворот плода на головку приведет к ее разгибанию и формированию разгибательного вставления головки. Чтобы избежать этого, поворот производится на тазовый конец или продолжается дальше на  $270^\circ$  и операция заканчивается поворотом на головку.

Техника операции наружного профилактического поворота на головку при тазовом предлежании плода. Наружный поворот на головку при тазовом предлежании плода предложен Б. А. Архангельским для профилактики осложнений родов, возникающих при тазовых предлежаниях плода.

Показанием для операции является наличие тазового предлежания плода. Необходимо соблюдение условий и исключение противопоказаний для наружного акушерского поворота. Поворот производится соответственно общему правилу — в направлении от тазового конца в сторону спинки, спинки — в сторону головки и головки — ко входу в малый таз по стенке матки, противоположной позиции плода. Первый момент операции состоит в схватывании рукой ягодиц плода и отведении их от входа в малый таз, чтобы добиться их подвижности. После этого ягодицы смещаются в сторону, соответствующую позиции плода, при первой позиции — в сторону левой подвздошной области, при второй — в сторону правой подвздошной области. Начинать поворот со смещения головки не рекомендуется, так как давление, оказываемое на головку, передается

на тазовый конец плода, который при этом опускается ко входу в таз и становится менее подвижным.

После отведения ягодичек от входа в малый таз другой рукой акушер охватывает головку со стороны подзатылочной области и смещает ее в сторону, противоположную позиции плода. При первой позиции левая рука акушера охватывает головку и смещает ее в правую сторону матери, правая рука поднимает тазовый конец плода по левому ребру матки. При второй позиции правая рука акушера смещает головку в левую сторону матери, а левая рука поднимает тазовый конец по правому ребру матки. При возникновении напряжения матки манипуляции временно прекращаются, руки акушера при этом остаются в том-же положении, чтобы закрепить выполненную часть поворота. Момент операции, когда плод оказывается в положении, близком к поперечному, является наиболее ответственным. Его необходимо производить при полном расслаблении матки и брюшной стенки, чтобы более бережно преодолеть поперечное положение и продолжить поворот на головку. Когда головка оказалась над входом в таз, руки акушера перемещаются на боковые стороны живота, как при втором акушерском приеме. При этом выполняются движения от пупка кзади, одновременно матка слегка сдавливается с боковых сторон.

Техника поворота при заднем виде тазового предлежания более простая, так как головка обращена к брюшной стенке и легче захватывается рукой акушера. После выполнения поворота необходимо проверить сердцебиение плода.

В современном акушерстве операция наружного профилактического поворота выполняется редко в связи с недостаточной ее эффективностью (рецидивы тазового предлежания) и опасностью осложнений (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды, разрыв матки).

Внутренний поворот плода. Внутренний поворот плода, при котором рука акушера вводится в матку или во влагалище, может быть выполнен в двух вариантах: при полном и неполном раскрытии маточного зева. При полном открытии маточного зева выполняется классический наружновнутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку. В отличие от других вариантов акушерского поворота эта операция имеет практическое значение в современном акушерстве. При неполном раскрытии маточного зева в матку вводится только 2 или 3 пальца и выполняется ранний комбинированный поворот (по Брекстону Гиксу) плода на ножку. Этот вариант поворота практического применения в современном акушерстве не имеет.

Классический акушерский поворот плода на ножку при полном открытии маточного зева. В современном акушерстве показанием для этой операции является наличие поперечного или косоного положения плода. Поворот может быть выполнен при наличии следующих условий: 1) полное раскрытие маточного зева; 2) подвижность плода в матке (плодный пузырь цел или только что произошло его вскрытие); 3) соответствие размеров плода и таза матери; 4) живой плод.

Противопоказаниями к выполнению классического акушерского поворота являются следующие: угрожающий разрыв матки, запущенное поперечное положение плода, наличие рубца на матке, анатомически узкий таз (I степень и более) или другие препятствия для родоразрешения через естественные родовые пути (гидроцефалия плода, стриктуры влагалища).

Подготовка к операции включает мероприятия, необходимые для влагалищных операций. Беременную укладывают на рахмановскую кровать или операционный стол в положении на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Проводится тщательная дезинфекция наружных половых органов, внутренних поверхностей бедер и передней брюшной стенки. Руки акушера обрабатываются как для полостной операции. С помощью наружных приемов и влагалищного обследования подробно изучаются положение, позиция, вид плода и состояние родовых путей. В случае, если околоплодные воды целы, плодный пузырь вскрывается непосредственно перед проведением поворота. Поворот производится под наркозом, который должен обеспечить полноценное расслабление матки и мышц передней брюшной стенки.

Техника операции. Операция комбинированного акушерского поворота плода на ножку включает 3 этапа: 1) выбор внутренней руки и ее введение в матку; 2) нахождение и захват ножки плода; 3) собственно поворот.

*I этап.* В матку может быть введена любая рука акушера, однако, более легко производится поворот при введении руки, одноименной позиции плода: при первой позиции — левой руки, а при второй — правой. Кисть руки вводится сложенной в виде конуса (пальцы вытянуты, концы их касаются друг друга). Другой рукой раздвигают половую щель. Сложенную внутреннюю руку вводят во влагалище в прямом размере выхода таза, затем легкими винтообразными движениями рука переводится из прямого размера в поперечный, одновременно продвигаясь до внутреннего зева. Как только кисть внутренней руки целиком введена во влагалище, наружную руку перемещают на дно матки.

*II этап.* Продвижению руки в полости матки может препятствовать плечико плода (при поперечном положении) или головка (при косом положении плода). При этом необходимо внутренней рукой переместить головку плода в сторону спинки или захватить плечико и осторожно отодвинуть его в сторону головки.

Производя II этап операции, следует помнить, что в настоящее время принципиально принято производить поворот на одну ножку. Неполное ножное предлежание плода является более благоприятным для течения родового акта, чем полное ножное, так как согнутая ножка и ягодицы плода представляют более объемную часть, лучше подготавливающую родовые пути для прохождения последующей головки.

Выбор ножки, которую следует захватить, определяется видом плода. При переднем виде захватывается нижележащая ножка, при заднем — вышележащая. При соблюдении этого правила поворот завершается в переднем виде плода. Если ножка выбрана неправильно, то рождение плода будет происходить в заднем виде, что потребует поворота в передний вид, так как роды в заднем виде при тазовых предлежаниях плода через естественные родовые пути невозможны.

Существуют два способа отыскивания ножки: короткий и длинный. При первом рука акушера продвигается непосредственно со стороны животика плода к тому месту, где предположительно находятся ножки плода. Более точным является длинный способ отыскивания ножки. Внутренняя рука акушера постепенно скользит по боковой поверхности туловища плода до ягодичной области, далее к бедру и голени. При этом способе рука акушера не теряет связи с частями плода, что позволяет хорошо ориентироваться в полости матки и правильно отыскивать нужную ножку. В момент

отыскания ножки наружная рука лежит на тазовом конце плода, стараясь приблизить его к внутренней руке.

После отыскания ножки ее захватывают двумя пальцами внутренней руки (указательным и средним) в области лодыжек или всей кистью. Захват ножки всей кистью является более выгодным, так как ножка при этом прочно фиксируется, а рука акушера не так быстро устает, как при захватывании двумя пальцами. При захвате голени всей кистью акушер располагает вытянутый большой палец вдоль икроножных мышц таким образом, чтобы он достигал подколенной ямки, а остальные четыре пальца обхватывают голень спереди. Голень, таким образом, как бы заключается в шину по всей длине, что предупреждает ее перелом.

*III этап.* Производится собственно поворот, который осуществляется путем низведения ножки после ее захватывания. Наружной рукой одновременно головка плода отводится к дну матки. Тракции проводятся в направлении проводной оси. Поворот считается законченным, когда из половой щели выведена ножка до коленного сустава и плод принял продольное положение. После этого роды могут быть предоставлены естественному течению, если нет показаний для срочного окончания родового акта. Однако чаще вслед за поворотом выполняется извлечение плода за тазовый конец.

При выполнении поворота может возникнуть ряд трудностей и осложнений:

1. Ригидность мягких тканей родового канала, спазм маточного зева, которые устраняются применением адекватного наркоза, спазмолитиков, перинеотомии.

2. Выпадение ручки, выведение ручки вместо ножки. В этих случаях вправление ручки является ошибочным, на ручку надевается петля, с помощью которой ручка отодвигается во время поворота в сторону головки.

3. Разрыв матки является наиболее опасным осложнением, которое может возникнуть во время поворота. Строгий учет противопоказаний к выполнению операции, тщательное обследование роженицы (высота стояния пограничной борозды), применение наркоза являются необходимыми для профилактики этого грозного осложнения.

4. Выпадение петли пуповины после окончания поворота требует обязательного последующего извлечения плода.

5. Острая гипоксия плода, родовая травма, интранатальная гибель плода — частые осложнения внутреннего акушерского поворота, которые обуславливают в целом неблагоприятный прогноз этой операции для плода. В связи с чем в современном акушерстве классический наружновнутренний поворот выполняется редко, в основном в случаях, когда невозможна операция кесарева сечения.

6. Инфекционные осложнения, которые могут развиваться в послеродовом периоде, также ухудшают прогноз внутреннего акушерского поворота.

**Тема: 50. Синдром травматизма в родах. Разрывы промежности.**



## ***РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ***

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, происходят у 7-15% родивших, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.



***Рисунок 32. Ушивание  
промежности***

## ***ЭТИОЛОГИЯ***

Этиология разрывов промежности разнообразна. Причинами разрывов могут быть: ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, а также высокая промежность, крупный плод, прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец), анатомически узкий таз, быстрые и стремительные роды, неправильное оказание акушерского пособия (преждевременное разгибание и прорезывание головки плода).

Разрыв промежности может начинаться с задней или боковых стенок влагалища или с задней спайки с переходом на промежность и заднюю стенку влагалища. Травме промежности предшествуют признаки, свидетельствующие об угрозе ее разрыва - значительное выпячивание промежности, ее цианоз вследствие венозного застоя, а затем - отек и блеск тканей и, при нарушении артериального кровотока, бледность кожных покровов. На коже промежности сначала могут появиться трещины, а затем произойдет разрыв. При наличии признаков угрозы разрыва промежности, чтобы избежать травмы, производят или ее срединный разрез - перинеотомию, или ее боковой разрез - эпизиотомию (срединную или латеральную), так как известно, что резаные раны заживают лучше рваных.

## ***КЛИНИКА***

По клинической картине разрывы промежности можно разделить на самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

По глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:

**I степени** - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки.

**II степени** - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе m.levator ani, задняя или боковые стенки влагалища.



*Рисунок 32. Разрыв промежности*

*II степени*

**III степени** - кроме вышеперечисленных повреждений происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.

Редко происходит центральный разрыв промежности, в результате чего плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.



**Рисунок 33. Разрыв  
промежности  
III степени**

Основным симптомом разрыва промежности является кровотечение. Диагностируют разрывы при осмотре промежности и влагалища сразу после рождения плода.

### **ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение разрывов промежности - это восстановление ее целостности путем наложения швов. Зашивание разрывов производят сразу после осмотра шейки матки и стенок влагалища при помощи зеркал в малой операционной. Разрывы I и II степени можно зашивать под местной инфильтрационной или ишиоректальной анестезией 0,5-0,25% раствором новокаина, при разрывах III степени показано общее обезболивание.

Зашивание разрывов промежности I и II степени начинают наложением отдельного кетгутового шва на верхний угол раны стенки влагалища, затем отдельными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы тазового дна, потом накладывают отдельные узловые или непрерывный кетгутовый шов на разрыв влагалища, отдельные узловые кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку промежности и отдельные узловые шелковые швы или косметический шов кетгутом на кожу промежности.

В послеоперационном периоде поверхность швов должна содержаться в чистоте. Область швов обтирают стерильными тампонами и обрабатывают раствором перманганата калия или настойкой йода. Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На 5 день после операции родильнице дают выпить солевое слабительное и на 6 день после стула снимают шелковые швы с кожи промежности.

При разрывах промежности III степени сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными узловыми швами (тонкий шелк, кетгут, викрил), после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные кетгутовые швы на сфинктер прямой кишки, а затем восстанавливают целостность промежности в том же порядке, что и при разрывах I-II степени.

При разрывах промежности III степени в послеоперационном периоде родильница в течение 5 дней получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки) и вазелиновое масло. На 6 день после родов ей дают выпить слабительное и на 7 день снимают швы.

Вместе с промежностью нередко происходят разрывы малых и больших половых губ, тканей преддверья влагалища, которые могут сопровождаться кровотечением, особенно в области клитора. Все эти разрывы должны быть зашиты отдельными узловыми

кетгутowymi швами. При наложении швов в области клитора возможно сильное кровотечение. Если разрыв расположен в области наружного отверстия уретры, то его зашивание надо производить после введения металлического катетера в мочевой пузырь.

### ***РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА***

Разрывы влагалища часто бывают продолжением разрывов промежности, но могут возникать самостоятельно. Разрывы влагалища могут быть самопроизвольными и насильственными. Первые возникают у женщин с недоразвитым коротким или узким влагалищем при быстрых родах или при клинически узком тазе и, обычно, являются продолжением разрывов других отделов родового канала. Большинство тяжелых повреждений влагалища являются насильственными. Насильственные повреждения влагалища возникают вследствие акушерских операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода и др.).

Разрывы влагалища могут располагаться в нижней, средней и верхней его трети. Повреждения могут быть поверхностными или проникать в клетчатку малого таза и даже в брюшную полость, вызывая образование гематом, массивное кровотечение, геморрагический шок.

Каждый разрыв влагалищной стенки сопровождается кровотечением. Поэтому стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал даже при незначительном кровотечении.

Зашивание разрывов производят отдельными кетгутowymi швами. Глубокие разрывы влагалища, проникающие в околовлагалищную клетчатку, зашивать технически очень сложно, требуется хорошее знание анатомии, общее обезболивание.

При глубоких или множественных разрывах в послеоперационном периоде необходимо назначить антибактериальную терапию и влагалищные ванночки с дезинфицирующими растворами.

Нераспознанные повреждения влагалища заживают самостоятельно, но иногда они также могут инфицироваться, осложняя течение послеродового периода. При глубоких разрывах в будущем может возникнуть обезображивающее сужение влагалища, требующее сложного оперативного лечения.

### ***ГЕМАТОМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА***

Гематомы наружных половых органов и влагалища могут возникать во время беременности при падении, ударе. Однако чаще они возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся из поврежденных сосудов кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, размеры которой могут превышать головку новорожденного и более.

Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Даже небольшие гематомы могут вызывать ощущение дискомфорта (чувство давления, распирающего) и резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается

картина геморрагического шока. Гематомы могут распространяться вверх на клетчатку малого таза. Мелкие гематомы чаще рассасываются самостоятельно. Возможно нагноение гематом. При прогрессировании гематом иногда нельзя избежать чревосечения. Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при влагалищном исследовании. Мелкие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

### ***ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ***

Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, в случае ее атонии. Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

### ***РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА***

У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переносным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения может быть смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может быть воспалительный процесс.

Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3 день после родов, которая усиливается при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.

Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

### ***МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ***

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно, при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и делают ее инвалидом. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образование свищей происходит на 6-7 день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Кроме того, свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение газов и жидкого кала, сопровождающиеся всегда местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища и шейки матки с помощью зеркал и цистоскопии, кишечно-половые - также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования и при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами, при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые являются довольно сложными и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 месяцев после родов.

### **Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике акушерских травматизмов.**

Для профилактики разрыва матки мед. сестра с высшей квалификацией должна выявить женщин с узким тазом, повторнородящие, у которых предыдущие роды были трудные, беременные с неправильным положением плода, беременные, у которых, согласно анамнезу, имеется недоразвитая матка, беременные, перенесшие воспаления половых органов, перенесшие кесарево сечение, - все эти женщины должны быть под особым наблюдением и заблаговременно направлены в родильный дом. При поступлении беременной женщины в стационар мед. сестра с высшей квалификацией должна собрать полный анамнез, должна обратить внимание на рост и вес, телосложение. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза. До прихода врача мед. сестра должна ставить свой диагноз и сопоставить с врачебным диагнозом.

Когда начались роды, предполагаемый вес плода, степень сужения таза, отхождение околоплодных вод и состояние плода – вот на какие вопросы должна искать ответ мед. сестра при осмотре и должна знать возможные осложнения при этих случаях. Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказание оперативной помощи, акушерка не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с неправильным тазом; как правило необходимо проводить в род. зале с врачом. В род. зале наблюдение за роженицей с узким тазом ведет акушерка вместе врачом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед. сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода, составлять партограмму, уметь интерпретировать её данные. Тема:51

#### ***РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ***

Разрывы шейки матки происходят по данным разных авторов у 3-60% родивших, причем при первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных родах. Причины разрывов шейки матки разные, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких причин.

- Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
- Ригидность шейки матки у пожилых первородящих.

- Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде и разгибательном предлежании головки плода.

- Быстрые и стремительные роды.

- Длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод

- Длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза.

- Оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа.

- Плодоразрушающие операции.

- Нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - при операциях вследствие осложненного течения родов.

Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на три степени:

**I степень** - разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

**II степень** - разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.

**III степень** - разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них.

Единственным симптомом разрыва шейки матки является кровотечение из влагалища при хорошо сократившейся матке, в основном после рождения плода и последа. Вытекающая кровь имеет алый цвет. Кровотечение может быть незначительным или вообще отсутствовать. При повреждении веточек маточных артерий кровотечение может быть массивным, приводить к образованию гематом в парацервикальной и параметральной клетчатке, геморрагическому шоку.

Для диагностики разрывов шейки матки всем родильницам независимо от паритета родов необходимо проводить осмотр шейки матки с помощью зеркал сразу после родов.

Обнаруженный разрыв шейки матки зашивают сразу. Это необходимо для остановки кровотечения, профилактики развития послеродового параметрита, часто возникающего при незащитом разрыве шейки матки. Незащитые разрывы могут проявить себя и в дальнейшей жизни женщины, приводя к истмико-цервикальной недостаточности и недонашиванию беременности, развитию воспалительных и предраковых заболеваний шейки матки.

Однако, из-за отека, обильных кровяных выделений, растяжения тканей шейки во время родов диагностика разрывов бывает затруднена. Поэтому некоторые авторы предлагают проводить осмотр шейки матки с иссечением некротизированных тканей и зашиванием разрывов через 6-24-48 часов после родов (отсроченные швы).

Обычно, на разрыв шейки накладывают отдельные узловыы швы кетгутом через все слои ее стенки со стороны влагалища, начиная от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву. При этом первый шов с целью гемостаза накладывают несколько выше начала разрыва.

В связи с плохими условиями для заживления (лохии, инфекция, отек и разможнение тканей) швы на шейке матки довольно часто заживают вторичным натяжением. Поэтому предлагают различные модификации швов на шейку матки (однорядные, непрерывные кетгутовые швы, двухрядные, отдельные кетгутовые швы), различный шовный материал (хромированный кетгут, викрил).

Ведение послеродового периода обычное. Специальный уход за шейкой матки не требуется.

## **Тема № 52. Акушерский травматизм. Разрывы матки, сестринской диагноз, лечение, профилактика.**

Родовые пути матери во время родов подвергаются значительному растяжению, вследствие чего могут быть повреждены. В основном эти повреждения могут носить поверхностный характер в виде трещин и ссадин, которые не дают никаких симптомов и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода, оставаясь нераспознанными. Иногда повреждения мягких родовых путей матери, возникающие при растяжении тканей или в результате оперативных вмешательств, бывают настолько значительными, что являются причиной серьезных осложнений, последствия которых обнаруживают во время родов и в послеродовом периоде, которые опасны для жизни женщины и приводят в некоторых случаях к длительной потере трудоспособности и инвалидности.

Различают разрывы тела матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, промежности, гематомы наружных половых органов и влагалища, острый выворот матки, растяжение и разрывы сочленений малого таза, мочеполовые и кишечно-половые свищи.

### *РАЗРЫВЫ МАТКИ*

*Разрывом матки* называют нарушение целостности ее стенок. Разрыв матки может произойти во время беременности и в родах и является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его, по данным различных авторов, колеблется от 0,015% до 0,1% от общего числа родов.

Судя по данным литературы, в последние десятилетия значительно изменилась структура разрывов матки. Уменьшилась частота разрывов в силу механических причин (неправильные положения плода, клинически узкий таз и т.п.), насильственных разрывов, как следствия грубых и неосторожных акушерских вмешательств. Чаще разрывы матки возникают на фоне отягощенного акушерского анамнеза, упорной первичной слабости родовой деятельности или после перенесенной операции на матке, что составляет от 17 до 60% всех разрывов матки. К росту числа женщин с рубцом на матке приводит не только увеличение частоты кесарева сечения, но и не уменьшающееся количество аборт, при которых нередко возникает полная или неполная перфорация матки, иногда нераспознанная, воспалительные процессы. Кроме того, увеличилось количество консервативно-



пластических операций на матке при миомах матки у женщин молодого возраста и количество других внутриматочных вмешательств и операций. По данным литературы рубец на матке имеют 4-8% беременных и рожениц, и каждое 5-3 кесарево сечение является повторным. В связи с неполноценностью рубца на матке оперируют в плановом порядке 40-50% беременных, а всего повторно оперируют 55-85% женщин с рубцом на матке.

Обширность травмы, шок, массивные кровотечения, присоединение инфекции требуют оказания не только квалифицированной хирургической помощи, но и целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной, интенсивной терапии. В связи с этим спасение беременной или роженицы не всегда является возможным. Летальность при разрывах матки в настоящее время достигает 3-4%. Вовлечение в разрыв смежных с маткой органов отягощает судьбу больных. На исход заболевания влияют задержка оказания хирургической помощи, противошоковых мероприятий, включая переливание крови и ее заменителей. Особенно опасны разрывы матки, происшедшие дома. Причиной смерти женщин в 66-90% являются шок и анемия, реже - септические осложнения. Среди выживших женщин некоторые страдают гипоксической энцефалопатией. Разрывы матки являются губительными для плода, так как некоторые их формы приводят к его гибели в 100% случаев.

### ***КЛАССИФИКАЦИЯ***

#### **Классификация причин разрывов беременной матки по J. PRITCHARD и P. McDONALD (1980)**

- Повреждения матки до настоящей беременности.

Хирургия с вовлечением миометрия: кесарево сечение или гистеротомия, восстановленный в прошлом разрыв матки, миомэктомия с рассечением матки вплоть до эндометрия или со вскрытием эндометрия, глубокая резекция маточного угла с целью удаления интерстициального отдела трубы, эксцизия маточной перегородки (метропластика).

Случайная травма матки: инструментальный аборт (зондирование, кюретаж или использование других инструментов), острая или тупая травма (несчастный случай, ранение), немой разрыв при прошлой беременности.

- Повреждение матки в течение настоящей беременности, перед родами: постоянные, сильные маточные сокращения, введение окситоцина или простагландинов, интраамниальное введение гипертонического раствора, перфорация мониторным катетером, наружная травма, острая или тупая, перерастяжение матки (многоводие, многоплодие).

- Во время родов: внутренний поворот плода, щипцы, извлечение за тазовый конец, аномалии плода, сопровождающиеся сильным растяжением нижнего сегмента, сильное давление на дно матки, трудная операция ручного отделения плаценты.

- Маточные дефекты, не обязательно связанные с травмой.

- Врожденные: беременность в не полностью развившейся матке или маточном роге.

- Приобретенные: плацента *increta* or *percreta*, инвазивный пузырный занос и хорионэпителиома, аденомиоз, истончение прочно ретровертированной матки.

### ***Классификация разрывов матки по Л.С. Персианинову (1964)***

#### *I. По времени происхождения:*

- Разрыв во время беременности.
- Разрыв во время родов.

#### *II. По патогенетическому признаку:*

- Самопроизвольные:

##### *Типичные:*

- механические (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка);

##### *Атипичные:*

- гистопатические (при патологических изменениях стенки матки);
- механическо-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).

#### ***Насильственные разрывы матки:***

Травматические - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы.

Смешанные - внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

#### *III. По клиническому течению:*

- Угрожающий разрыв.
- Начавшийся разрыв.
- Совершившийся разрыв.

#### *IV. По характеру повреждения:*

- Трещина (надрыв).
- Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
- Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

#### *V. По локализации:*

- Разрыв в дне матки.
- Разрыв в теле матки.
- Разрыв в нижнем сегменте.

- Отрыв матки от сводов влагалища.

Классификация Л.С. Персианинова является до настоящего времени наиболее распространенной.

### *ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ*

Существуют две теории, объясняющие развитие данной акушерской патологии: механическая и гистопатическая. В настоящее время доказано, что оба эти фактора имеют существенное значение в патогенезе разрыва. Структурные изменения в мышце матки можно рассматривать как причины, предрасполагающие к травме матки, а механические препятствия - как выявляющий разрыв фактор.

В 1875 г. **Бандль** выдвинул механическую теорию разрывов матки. Согласно этой теории разрыв матки является следствием сильного растяжения нижнего маточного сегмента в связи с несоответствием размеров предлежащей части плода с размерами таза матери. Головка плода ущемляет шейку матки, мешает ее смещению кверху. После излития вод при нарастающей родовой деятельности плод перемещается в растянутый нижний сегмент матки. При переходе за пределы растяжимости тканей или при незначительном вмешательстве происходит разрыв перерастянутой стенки матки. Клиническая картина несоответствия размеров плода и таза матери, может возникнуть при анатомическом сужении таза, поперечном положении плода, разгибательных предлежаниях головки плода, особенно при переднем виде, асинклитических выставлениях головки плода, высоком прямом стоянии стреловидного шва, гидроцефалии, крупном плоде, переношенной беременности, когда головка плода не способна к конфигурации, опухолях в области малого таза, рубцовых сужениях различных отделов мягких родовых путей, неправильных положений матки после операций, фиксирующих ее положение, экзостозах, дистоции шейки матки. Клиническая картина разрыва матки по Бандлю - это бурная родовая деятельность, которая проявляется как угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв.

В начале нашего столетия Н.З. Иванов, а затем и **Я.В. Вербов**, изучая структуру матки после ее разрыва, выдвинули другую теорию. Согласно этой теории причиной разрывов являются глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, приводящие к функциональной неполноценности органа, которая проявляется в виде слабости и дискоординации родовой деятельности в одних случаях и приводит к разрыву матки в других случаях. Следовательно, основным клиническим проявлением этих разрывов будет не бурная, а слабая или дискоординированная родовая деятельность. Чаще такие разрывы происходят у повторнородящих или многорожавших женщин.

Причинами патоморфологических изменений в миометрии могут быть рубцы на матке после операций (консервативная миомэктомия, кесарево сечение, иссечение трубного угла при внематочной беременности, повреждения матки при искусственных абортах), инфантилизм и аномалии развития половых органов, воспалительные заболевания матки и придатков, аденомиоз, тяжелые, затяжные роды, паритет родов (более 5 родов), многоводие, многоплодие, приращение и предлежания плаценты, разрушающий пузырьный занос и хорионэпителиома.

Возможность разрывов матки возрастает при применении на этом фоне оперативных методов родоразрешения. Однако здоровая матка может стать неполноценной, если недостаточно внимательно вести роды, упорно стимулировать родовую деятельность.

В настоящее время считают, что в этиопатогенезе разрывов матки присутствуют оба механизма, т.е. разрывы возникают при одновременном существовании гистопатических изменений в ее стенке и каких-либо препятствий для изгнания плода. При более выраженном изменении структуры маточной стенки даже незначительное механическое воздействие может привести к разрыву последней. Согласно М.А. Репиной, сейчас имеют место в основном гистопатические самопроизвольные разрывы матки, чистая травма встречается редко, трещины матки не бывают. Однозначно решить, что является причиной разрыва матки не всегда возможно, так как всегда имеет место комплекс неблагоприятных факторов.

### ***КЛИНИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ***

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее. Клиническая картина зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрывов матки в случае их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело, нижний сегмент, дно), характера повреждения (полный, неполный). При совершившемся разрыве клиника зависит от того, проникает ли разрыв матки в брюшную полость или нет, от полного или частичного выхода плода в параметральное пространство или брюшную полость, от калибра поврежденных сосудов, от величины и скорости кровотечения. Скорость развития и тяжесть геморрагического шока значительно зависят от фона, на котором наступила катастрофа. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, преэклампсии, физическое и психическое истощение беременной и роженицы, присоединение инфекции способствуют быстрому развитию необратимых изменений в организме.

Большое разнообразие симптомов разрыва матки в родах трудно систематизировать. Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом бандлевском разрыве матки, т. е. при наличии препятствий для рождающегося плода (угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв).

**Угрожающий разрыв матки** - это такое состояние, когда нет еще ни разрыва, ни надрыва стенки матки. Клиническая картина такого состояния наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода и несколько меньше при патологических изменениях стенки матки. Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

- Бурная родовая деятельность, сильные, болезненные схватки, не судорожные.

- Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут быть асимметричны при косом расположении контракционного кольца.

- Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, чаще - на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов.

- Нижний сегмент матки истончен, перерастян, при пальпации вне схваток - резко болезненный, в результате чего определить подлежащую часть невозможно.

- Появляется отек шейки матки вследствие прижатия ее к стенкам малого таза, открытие шейки матки кажется полным, но ее края в виде "бахромы" свободно свисают во влагалище, отек с шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы.

- Вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, самостоятельное мочеотделение затруднено.

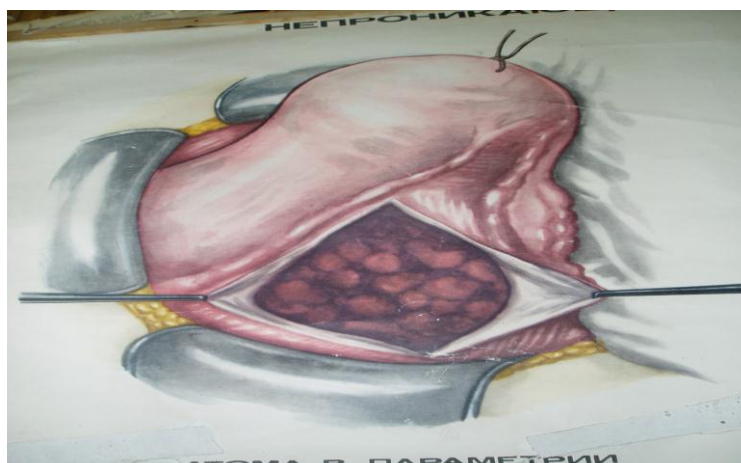
- Часто появляются произвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря.

- Беспокойное поведение роженицы. Если своевременно не оказать помощь, то угрожающий разрыв перейдет в начавшийся разрыв матки.

Для **начавшегося разрыва** характерно присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных начинающимся надрывом эндометрия. В связи с появлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется, появляются сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче - примесь крови. Вследствие бурных, судорожных схваток начинает страдать плод (учащение или урежение сердцебиения плода, повышение двигательной активности, при головных предлежаниях - появление мекония в водах, иногда гибель плода). Роженица – возбуждена, кричит, из-за сильных, непрекращающихся болей. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

В тех случаях, когда на матке имеется рубец, диагностику угрозы разрыва матки облегчает информация о самом факте операции, послеоперационного течения. Сведения об этом и дополнительные исследования, проведенные вне беременности (УЗИ, гистеросальпингография) и во время беременности (УЗИ) позволяют заранее определить состояние рубца на матке.

О неполноценности рубца можно думать, если предыдущее кесарево сечение было произведено менее чем 2 года тому назад, в послеоперационном периоде была лихорадка, нагноение передней брюшной стенки, если был корпоральный разрез на матке, если в течение данной беременности имели место боли в животе или скудные кровяные выделения задолго до родов. Во время родов признаками несостоятельности рубца на матке являются боли в его области или внизу живота, непрекращающиеся вне схваток, болезненность рубца при пальпации, определение его истончения и/или ниш.



### *Рисунок 31. Гематомы параметрии.*

При отсутствии немедленной помощи происходит **разрыв матки**. По определению Г. Гентера, совершившийся разрыв матки "характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы". В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось. Сразу прекращается родовая деятельность. Роженица прекращает кричать, становится апатичной, угнетенной. Кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс, т.е. развивается картина болевого и геморрагического шока. При произошедшем разрыве матки изменяются форма матки и живота, исчезает напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо, напряжение круглых маточных связок, появляется вздутие кишечника, болезненность при пальпации, особенно в нижних отделах брюшной полости. Плод частично или полностью выходит в брюшную полость, его части можно пальпировать под передней брюшной стенкой. Сам плод становится подвижным, и фиксированная ранее головка отодвигается от входа в малый таз. Рядом с плодом можно определить сократившуюся матку. Сердцебиение плода, как правило, исчезает. Наружное кровотечение может быть скудным, так как при полном разрыве кровь свободно изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуются забрюшинные гематомы, которые располагаются сбоку от матки, смещая ее кверху, могут распространяться до стенок таза и на окологепаточную клетчатку. При изгнании плода в брюшную полость или в параметральное пространство происходят разрывы маточных сосудов, и кровотечение может быть значительным. Редко сосуды остаются целыми, и кровотечение будет небольшим. Описанная картина зависит от локализации, размеров и характера повреждения стенки матки. В патогенезе шока, помимо кровотечения, основную роль отводят болевому и травматическому компонентам.

В настоящее время преобладают стертые клинические картины разрывов матки, когда описанный симптомокомплекс выражен неотчетливо, что часто связано с применением обезболивания в родах, с введением спазмолитических препаратов. Поэтому, наличие какого-либо одного или двух признаков, более выраженных на фоне других неотчетливых признаков, может помочь распознать эту тяжелую патологию.

К признакам разрыва матки относят: симптомы раздражения брюшины или самостоятельные боли в животе, особенно в нижних отделах, вздутие живота, тошноту,

рвоту, ощущение "хруста" при пальпации передней брюшной стенки, нарастающую гематому рядом с маткой и распространяющуюся вверх по боковой стенке таза, внезапное ухудшение состояния роженицы или родильницы, сопровождающееся учащением пульса, падением АД, бледностью кожных покровов, слабостью при сохраненном сознании, подвижность, до того фиксированной ко входу в малый таз, головки плода, внезапное появление кровяных выделений после прекращения родовой деятельности, отсутствие сердцебиения плода, пальпацию его частей под передней брюшной стенкой.

В неясных случаях при подозрении на разрыв матки, после полостных акушерских щипцов, плодоразрушающих операций показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Из выше изложенного следует, что полностью бессимптомных разрывов матки не бывает. Только внимательное изучение анамнеза, внимательное отношение к жалобам беременных и рожениц, правильная оценка особенностей течения родов позволит в некоторых случаях избежать этой тяжелейшей акушерской патологии.

### ***ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ***

Врачебная тактика зависит от того, наступил ли разрыв матки или имеет место его угроза.

При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем. Для снятия родовой деятельности применяют ингаляционный наркоз фторотаном. Наркоз должен быть глубоким, чтобы дальнейшие акушерские манипуляции и операции не привели к прогрессированию разрыва. В то же время надо помнить, что наркоз фторотаном способствует расслаблению матки в послеродовом периоде. Родоразрешение должны производить бережно, в зависимости от акушерской ситуации. Если нет противопоказаний (эндометрит в родах и др.), то при головке плода, находящейся во входе в малый таз показано кесарево сечение. При мертвом плоде и при головке плода, находящейся в полости малого таза - плодоразрушающая операция. Поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, щипцы, вакуум-экстракция всегда противопоказаны, так как могут привести к насильственному разрыву матки.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки всегда показано чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам.

Таким образом, лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки включает срочное и одновременное выполнение:

- Оперативного вмешательства.
- Адекватного анестезиологического пособия.

- Адекватной кровопотери и шоку инфузионно-трансфузионной терапии.
- Коррекции гемокоагуляции.

На исход операции влияют: обширность поражения органа, массивность кровопотери, тяжесть геморрагического шока, сопутствующая патология, своевременность диагноза, время начала операции. Запоздалое оперативное лечение, обычно, связано с ожиданием консультантов, с сомнением в диагнозе, зашиванием разрывов мягких родовых путей, транспортировкой больной.

При начавшемся или совершившемся разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом. Из брюшной полости удаляют плод, послед, кровь, околоплодные воды, определяют источник кровотечения и производят возможный гемостаз. Ввиду частого сочетания совершившегося разрыва матки с атонией, инфекцией и др. патологией объем оперативного вмешательства - это экстирпация или надвлагалищная ампутация матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости. Ушивание разрывов возможно лишь у молодых женщин при отсутствии признаков инфекции, недавно произошедших, небольших линейных разрывах после иссечения краев раны на матке.

При начавшемся разрыве матки производят кесарево сечение с последующей ревизией матки. Если разрыв матки не диагностировали во время родов, то родильница либо погибает от кровотечения, либо в течение ближайших суток у нее развиваются симптомы разлитого перитонита. В последнем случае показана экстренная операция - чревосечение, экстирпация матки с трубами, с последующим дренированием брюшной полости, массивной антибактериальной терапией.

Профилактика разрывов матки заключается в тщательном изучении специального анамнеза, обследования в условиях женской консультации и своевременной госпитализации в роддом беременных, угрожаемых по родовому травматизму. Задачей врачей дородового отделения является правильная оценка совокупности анамнестических и объективных данных для выработки рационального плана ведения родов. При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом на фоне перерастяжения матки и аномалий родовых сил форсированное родоразрешение противопоказано.

**Тема :№ 53.Общее понятие об акушерских операциях.** Необходимо учитывать, что кесарево сечение оказывает определенное влияние на детородную функцию женщин. У ряда пациенток возникает бесплодие, наблюдается привычное невынашивание беременности, развиваются нарушения менструального цикла. Беременность при наличии рубца на матке нередко протекает с явлениями угрозы прерывания, плацентарной недостаточностью, несостоятельностью рубца на матке.

Свыше 30% женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды. Оптимальным временем для наступления последующей беременности считается срок от 1 года до 4 лет. Выбор повторного родоразрешения является ответственным решением. Повторное кесарево сечение — технически сложная операция, сопряженная с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Если нет прежних показаний для абдоминального родоразрешения (узкий таз, деформации костей



таза, миопия высокой степени и др.), то предпочтительнее роды через естественные родовые пути. Однако они требуют от медицинского персонала высокого профессионального мастерства, напряжения и терпения. Риск несостоятельности рубца на матке, страх перед разрывом матки по старому рубцу и слабая правовая защищенность врача в подобных случаях являются серьезным препятствием для расширения показаний к вагинальным родам после кесарева сечения. Успех самопроизвольных родов определяется, прежде всего, состоянием рубца на матке. Основными условиями для хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца служат оптимальные условия кровоснабжения, исключая развитие ишемии и гипоксии тканей в области шва, что определяется способом восстановления рассеченной стенки матки, видом шовного материала, а также соблюдением хирургической техники.

Важным этапом является подготовка пациентки к повторной беременности и оценка факторов риска несостоятельности рубца. Наиболее значимые из них:

- гнойно-септические осложнения в раннем послеоперационном периоде;
- аборты и выкидыши полости матки в течение года после операции;
- глубокие дефекты передней стенки матки в проекции рубца, определяемые при УЗИ с применением соноконтраста;
- наличие соединительно-тканых разрастаний в проекции рубца при гистероскопии.

При беременности должен быть обеспечен постоянный клинический контроль, за состоянием рубца. Клиническими симптомами несостоятельности рубца на матке являются локальная болезненность в области нижнего сегмента матки, угроза прерывания беременности, особенно в поздние сроки. При УЗИ следует обращать внимание на эхографические признаки неполноценности рубца на матке при беременности — истончение нижнего сегмента в области рубца (менее 3 мм), изменение контуров нижнего сегмента в виде ниш, наличие акустически плотных сигналов (рубцовая ткань).

Беременных с рубцом на матке госпитализируют за 2—3 нед. до срока родов, а при сомнении в полноценности рубца — немедленно.

Несомненно, что родоразрешение таких беременных должно проходить в акушерских стационарах, где имеются условия для оказания высококвалифицированной хирургической, анестезиологической и неонатальной помощи.

### **Показания для повторного кесарева сечения:**

- рубец на матке после корпорального кесарева сечения;
- две и более операции кесарева сечения в анамнезе;
- локализация плаценты в области рубца на матке;
- наличие клинических и эхографических признаков несостоятельности рубца;
- наличие акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний, являющихся самостоятельными показаниями для абдоминального родоразрешения;
- наличие переходящих показаний, которые стали основанием для первой операции (узкий таз, деформации костей таза, миопия высокой степени и др.).

Согласие беременной является первым условием для самопроизвольных родов. Большое значение имеет тот настрой, который женщина приобретает за время наблюдения в женской консультации. Профессиональная убежденность врача в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей мамой должны выбрать тактику родоразрешения, позволяют вселить в женщину оптимизм и уверенность в благополучном исходе родов, оградить ее от лишних и неоправданно завешенных страхов перед разрывом матки по рубцу.

С усовершенствованием техники операции кесарева сечения, появлением новых шовных материалов, современных методов анестезии господствовавшая доктрина «кесарево сечение однажды – кесарево сечение всегда» должна уйти в прошлое.

### **Частота операции кесарева сечения**

*На частоту кесарева сечения влияют многие факторы:*

- Уровень стационарного родовспоможения
- Удельный вес акушерской патологии
- Принятые установки лечения (протокол)
- Мощность родовспомогательного учреждения и его профиль
- Уровень экономического развития страны

Поэтому приводимые цифры не могут дать представления об истинной частоте кесарева сечения на сегодняшний день. Только статистический анализ огромного числа родов крупного развитого региона может определенным образом нивелировать эти различия и дать среднюю частоту кесарева сечения как метода родовспоможения на данный исторический период.

В нашей республике частота Кесарева сечения составляет 7-10%. Существенное практическое значение имеет еще один статистический показатель – удельный вес плановых и экстренных Кесаревых сечений.

Оправдывает себя операция, когда в 60-70% ее проводят в плановом порядке.

## Классификация показаний к абдоминальному родоразрешению -Кесареву сечению (М.С. Малиновскому 1974 г.)

### А. Абсолютные показания

1. Абсолютно суженный таз, когда истинная конъюгата не превышает 6 см.
2. Рубцовые сужения влагалища.
3. Опухоли мягких и костных частей таза, миомы матки, опухоли яичников при неблагоприятной локализации.

### Б. Относительные показания

1. Суженный таз, когда в родах возникает клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери и врачу необходимо решить дилемму — перфорация головки или кесарево сечение?
2. Стенозы мягких родовых путей.
3. Опухоли таза и половых органов, в том числе рак матки.
4. Предшествовавшие операции на половых органах (фистулоррафия, зашивание разрыва матки).
5. Предлежание плаценты.
6. Эклампсия.
7. Редкие показания (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неблагоприятные вставления головки, выпадение пуповины, ягодичные предлежания в сочетании с другой патологией и пр.)

Однако, как, оказывается, отсутствует единое решение, какую патологию считать абсолютным показанием к кесареву сечению. Г. А. Бакшт (1940) еще много лет тому назад включил в эту группу:

1. Абсолютно суженный таз.
2. Кососуженные тазы.
3. Экзостомы, опухоли стенок таза, матки и яичников, блокирующие таз.
4. Сужение и частичное заращение мягких родовых путей.
5. Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настояшеМ\_
6. Случаи больших камней или опухолей мочевого пузыря, опухоли лимфоузлов малого таза.
7. Перенесенные разрывы матки и родосечение в сочетании с узким тазом.

К. Н. Жмакин (1954) среди показаний к кесареву сечению указывает еще на таз, измененный вследствие переломов, остеомиелитический таз, злокачественные опухоли всех органов таза.

Многие зарубежные авторы разделяют все показания к кесареву сечению на 3 группы:

#### I группа. Материнские

- Анатомический и клинический узкий таз
- Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия
- Кровотечение в конце беременности и в начале родов
- Экстрагенитальные заболевания
- Рубец на матке
- Угрожающий разрыв матки

#### II группа. Детские

- Угрожающая внутриутробная гипоксия плода
- Резус конфликт
- Мертворождение в анамнезе

### III группа. Смешанные

- Перенашивание беременности
- Слабость родовой деятельности
- Аномалии положения плода
- Сахарный диабет

Абсолютными показаниями к кесареву сечению надо считать не только те акушерские ситуации, при которых нет возможности воспользоваться другой, заменяющей операцией, т. е. когда нельзя извлечь плод per vias naturalis даже в уменьшенных размерах и когда кесарево сечение необходимо производить в любых условиях, а также и те, при которых на сегодняшний день любой другой способ родоразрешения через естественные родовые пути более опасен для матери, чем производство кесарева сечения, не только в отношении жизни, но и с точки зрения инвалидности.

В группу относительных показаний следует отнести патологию и акушерские ситуации, которые неблагоприятным образом сказываются главным образом на плоде, учитывая единство и взаимодействие организмов матери и плода во время беременности и родов и при которых получение живого и здорового ребенка сомнительно, если родоразрешения будет производиться через естественные родовые пути.

В известной мере это обстоятельство относится и к абсолютным показаниям к кесареву сечению, однако патология, отнесенная в эту группу, вынуждает больше заботиться о жизни и здоровье матери.

**Абсолютным показаниям к кесареву сечению могут быть отнесены:**

#### I. Патология, исключающая влагалищное родоразрешение

1. Сужение таза III и IV степени, когда истинная конъюгата равна 7,5 см и меньше.
2. Таз с резко выраженными остеомиелитическими изменениями.
3. Таз с резко уменьшенными размерами и измененной формой вследствие переломов или других причин (кососмещенные, поперечно суженные, ассимиляционные, спондилолистетические и др.).
4. Камни мочевого пузыря, блокирующие малый таз.
5. Опухоли таза, шейные фибромиомы, опухоли яичников, труб, связок, тазовой клетчатки, лимфоузлов, опухоли мочевого пузыря, блокирующие родовые пути.
6. Рубцовые сужения шейки матки и влагалища.

#### II. Патология, при которой кесарево сечение является методом выбора

1. Рак шейки матки, влагалища, наружных половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря.
2. Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящем.
3. Рубец на матке после корпорального кесарева сечения или зашитого разрыва матки с осложненным послеоперационным течением или признаками неполноценности рубца.
4. Резко выраженные варикозные расширения вен шейки матки, влагалища и наружных половых органов.
5. Полное предлежание плаценты. Частичное предлежание плаценты при угрожающем кровотечении и неподготовленных родовых путях.
6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты типа маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера), а также угрожающее кровотечение при неподготовленных родовых путях.
7. Все формы эклампсии, при которых невозможно влагалищное родоразрешение в ближайшие 2—3 ч.

8. Состояние агонии или смерть матери при живом и жизнеспособном плоде.

При наличии абсолютных показаний кесарево сечение производится как раннее, иногда экстренное, хирургическое (реанимационное) вмешательство, т. е. не позже начала родов, а лучше — в последние недели беременности.

К *относительным* показаниям следует отнести:

#### **I. Акушерские ситуации, имеющие в основе механической дистоции в родах**

1. Клинически узкий таз.

2. Опухоли таза, переломы, смещения с нерезко уменьшенными размерами, врожденный вывих бедра, анкилозы тазобедренного сустава и т. п., обуславливающие функциональное несоответствие между головкой плода и тазом матери и другие затруднения в родовом акте.

3. Неблагоприятные вставления головки — лобное, лицевое (подбородком кзади), заднетеменное, высокое прямое стояние головки.

4. Выпадение ручки при головном предлежании, нарушившее биомеханизм родов и создавшее препятствие для родоразрешения.

5. Поперечные и косые положения плода.

6. Угрожающий разрыв матки.

7. Угроза образования мочеполового или кишечно-полового свища.

8. Рубец на матке после кесарева сечения, корпорального или перешеечного, зашитого разрыва матки, миомэктомии с благоприятным заживлением при наличии дополнительных акушерских осложнений (относительной степени сужения таза, разгибательного вставления головки и др.).

#### **II. Кровотечения**

1. Нетяжелые случаи частичного предлежания плаценты при наличии других отягощающих моментов, создающих в совокупности угрозу мертворождения.

2. Нетяжелые случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в сочетании с другой акушерской патологией, могущие обусловить мертворождение.

#### **III. Токсикозы**

1. Нефропатия, не поддающаяся консервативным методам родоразрешения.

2. Некоторые случаи сахарного диабета.

#### **IV. Сочетанные показания**

1. Слабость родовой деятельности.

2. Дистоция шейки матки.

3. Переношенная беременность.

4. Возраст первородящей свыше 30 лет.

5. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода.

6. Мертворождение или привычные выкидыши в анамнезе.

7. Длительно лечебное бесплодие.

8. Тазовые предлежания плода.

9. Выпадение пуповины.

10. Крупный плод.

11. Иммунологический конфликт между матерью и плодом.

12. Поздний токсикоз (нетяжелые формы) в сочетании с другими осложнениями этой группы.

#### **V. Редкие показания**

1. Пороки развития матки и влагалища.

2. Острый живот (перекрут беременной матки, аппендицит, перитонит и др.).

3. Экстрагенитальные заболевания, требующие быстрого родоразрешения при неподготовленных родовых путях.

### **Противопоказания к хирургическому родоразрешению**

#### **I группа противопоказаний:**

- Неблагоприятное состояние плода: внутриутробная смерть, глубокая недоношенность, уродства плода, выраженная или длительно существующая внутриутробная гипоксия плода, при котором нельзя исключить мертворождение или раннюю смерть.
- Нецелесообразно производить кесарево сечение, если были предварительные попытки к влагалищному оперативному родоразрешению – наложение акушерских щипцов, поворот плода на ножку, вакуум-экстракция, эмбриотомия.

#### **II группа противопоказаний:**

- Инфекция в родах
- Безводный период более 6-8 часов с предполагаемой потенциальной инфекцией в родах.
- Затяжные роды свыше 24 ч.
- Клинически выраженная инфекция (лейкоцитоз, повышение СОЭ, температура)

### **Условия для производства операции кесарева сечения**

- Живой, достаточно доношенный плод
- Определение оптимального времени производства операции
- Наличие опытного специалиста
- Согласие матери.

Однако в настоящее время, несмотря на высокую хирургическую технику и современные методы обезболивания, ясно, что дальнейшее снижение материнской и перинатальной смертности не может быть достигнуто путем чрезмерного расширения показаний к кесареву сечению, которое является серьезным вмешательством и не всегда спасительным для плода, особенно при недоношенной беременности. Частота серьезных послеоперационных осложнений остается высокой и в настоящее время.

### **Послеоперационное ведение**

Послеоперационное ведение больных после кесарева сечения осуществляют с учетом кровопотери, сопутствующей патологии и метода операции.

Целесообразно соблюдение принципов ранней послеоперационной активности и при необходимости подключение антикоагулянтной терапии.

По окончании операции прикладывают пузырь со льдом на нижний отдел живота на 1,5—2 ч. Рекомендуются дыхательная гимнастика, активные движения в постели, раннее вставание. Проводят профилактику пареза кишечника, послеоперационной пневмонии, мероприятия по улучшению сокращения матки. Общеобезболивающие средства назначают в течение 2 сут после операции, трансфузионную терапию проводят по показаниям.

**Тема :№ 54.Асептика и антисептика.Обезоливание.Инструменты.**

**Асептика** — система мероприятий, направленных на предупреждение внедрения возбудителей инфекции в рану, ткани, органы, полости тела больного при хирургических операциях, перевязках и диагностических процедурах.

Она достигается уничтожением микробов и их спор путем дезинфекции и стерилизации с использованием физических факторов и химических веществ.

**Выделяют 2 вида хирургической инфекции:** эндогенный и экзогенный. Эндогенный источник находится в организме больного, экзогенный — в окружающей среде. **В предупреждении эндогенного инфицирования основная роль принадлежит антисептике, экзогенного - асептике.**

**Борьба с воздушной инфекцией - это прежде всего борьба с пылью.** Основные мероприятия, направлены на уменьшение воздушной инфекции, сводятся к следующему: устройство правильной вентиляции операционных и перевязочных; влажная уборка помещений, регулярное проветривание и облучение помещений УФЛ; сокращение времени контакта с воздухом открытой раны. Борьба с капельной инфекцией: запрещение разговоров в операционной, перевязочной, обязательное ношение марлевых повязок, своевременная текущая уборка операционных. Особое значение имеет соблюдение особого режима лечебного учреждения, с выделением специальных зон строгого режима.

**Контактная инфекция - стерилизация всех приборов, инструментов и материалов, соприкасающихся с раной.** Руки медработника и кожа больного подвергаются тщательной дезинфекции. Любые хирургические операции и иные инвазивные манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов, должны производиться в условиях операционной или перевязочной с адекватной подготовкой кожи в области вмешательства (антисептическая обработка) и изоляцией операционного поля стерильными хирургическими покрытиями. Всегда предпочтительно использование одноразовых стерильных обкладочных материалов, таких как «ЗМ Стери-Дрейп». Для профилактики попадания резидентной кожной флоры в операционную рану желательно нанести на подготовленное операционное поле разрезаемое адгезивное покрытие «ЗМ Стери-Дрейп-2», поддерживающее стерильный барьер между кожей пациента и руками хирурга, инструментами и т.п. до конца операции. Наилучшим решением является использование антимикробной разрезаемой пленки «ЗМ Айобан», содержащей в своем составе комплексное соединение йода, активно подавляющее резидентную кожную флору на протяжении операции любой длительности. Важным является профилактика имплантантной инфекции (стерилизация шовного материала, дренажей и т.д. и, по возможности, более редком использовании оставляемых в ране инородных тел). Имплантанционная инфекция часто может быть дремлющей и проявить себя через длительный период времени при ослаблении защитных сил организма.

Важным мероприятием по обеспечению асептики является санация медицинского персонала. В случаях, когда санация не дает результатов, приходится прибегать к трудоустройству носителей вне хирургических отделений.

Антисептика — комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уничтожение микробов в ране, другом патологическом образовании или организме в целом.

Различают:

- Профилактическую антисептику - проводится в целях предупреждения попадания микроорганизмов в рану или организм пациента (обработка рук медперсонала, обработка антисептиком места инъекции и т.п.).

- Лечебную антисептику, которая включает: механические (удаление инфицированных и нежизнеспособных тканей, удаление инородных тел, первичная хирургическая обработка ран, вскрытие затеков и карманов и т.д.), физические (гигроскопические повязки, растворы с высоким осмотическим давлением, действие сухого тепла, ультразвука и др.); химические (использование различных бактерицидных и бактериостатических веществ); биологические (антибиотики, антитоксины, бактериофаги, протеолитические ферменты и т.п.) методы и их сочетание.

**Руки медицинских работников, принимающих участие в оказании медицинской помощи, могут быть фактором передачи патогенных и условно- патогенных микробов.**

Микрофлора кожи рук представлена двумя популяциями: резидентной и транзиторной. Резидентная (постоянная) микрофлора обитает в роговом слое кожи, сальных и потовых железах, волосяных фолликулах и представлена эпидермальными стафилококками, дифтероидами, пропионибактериями и др. Видовой и количественный состав популяции резидентной микрофлоры относительно стабилен и в определенной мере формирует барьерную функцию кожи. В области околоногтевых складок и межпальцевых промежутков кроме указанных выше микроорганизмов вегетируют золотистые стафилококки, акинетобактерии, псевдомонады, кишечные палочки, клебсиеллы.



В медицине все обезболивающие лекарственные препараты делятся на 2 группы:

- Ненаркотические;
- Наркотические.

Среди наркотических средств – болеутоляющие препараты: морфин, кодеин, их относят к опиоидным средствам.

Широко употребляемыми являются:

- Морфилонг;
- Омнопон;
- Этилморфин;
- Набулфин;
- Промедол;
- Трамадол.



Обезболивание проводится для частичного или полного исчезновения болевых ощущений. В зависимости от этиологии заболевания и его симптомов, степени тяжести болезни – проводится обезболивание. Если не помогают обезболивающие в форме таблеток, человеку делают внутримышечные или внутривенные инъекции.  
↑<https://gidpain.ru/ukol/silnye-obezbolivajushhie-boljah.html>

### Послеоперационные препараты



Какое обезболивающее лучше после операции? **После операции инъекции с сильным обезболивающим действием чаще вводят в сочетании с другими анальгезирующими средствами – парацетамолом и наркотическим анальгетиком.**

Заслужили внимание во врачебной практике лучшие препараты:

1. Обезболивающий укол Кеторол снимает обострение в послеоперационный период. Его основным действующим веществом является кеторолак, который уменьшает сильную боль. Противопоказан людям с непереносимостью препарата, если есть аллергия на аспирин, язве, при бронхиальной астме, разных послеоперационных кровотечениях, заболеваниях печени и почек. Его нельзя применять долго.

Москва



63

74  – 15%

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

1  
Кеторолак р-р для в/в и в/м введ. 30мг/мл а...

6. Есть противопоказания, посоветуйтесь с врачом



55

1 ОТЗЫВ

Дексалгин

Лекарство относится к нестероидным анальгетикам. Его используют для купирования боли средней и легкой степени интенсивности. Лекарство снимает воспалительный процесс и жар. Активный компонент, декскетопрофен, уменьшает синтез простагладина и подавляет болевые рецепторы. Лекарственная форма: инъекции и таблетки.

—↑

Буторфанол

Это опиоидное ненаркотическое болеутоляющее. Считается одним из наиболее мощных лекарств среди опиоидных препаратов. По длительности и силе действия схож с морфином, но в отличие от него эффективен в меньших дозах. Активный компонент – буторфанол. Показания: сильные боли (послеродовые, онкология, травмы). Лекарственная форма: ампулы.

—↑

Диклофенак

Лекарство относится к противовоспалительным нестероидным препаратам и используется для купирования боли слабой и умеренной выраженности. Активный компонент, диклофенак натрия, угнетает синтез простагладина. Показания: ушибы, растяжения, воспаления после травм, головная боль, зубная, лихорадочный синдром и пр. Лекарственная форма: инъекций, таблетки, гель.

—↑

Брал

Препарат используют для кратковременного лечения умеренных болевых симптомов различной этиологии, при спазмах гладкой мускулатуры, после хирургических вмешательств и при болезнях периферической нервной системы. Лекарство имеет 3 активных компонента: питофенол (миотропное действие), метамизол натрия

(уменьшает боль и температуру), фенпивериния бромид (расслабляет гладкую мускулатуру). Лекарственная форма: инъекции и таблетки.

## **Тема №55. Методы операции кесарево сечение.**

Кесаревым сечением называется операция, при которой хирургическим путем вскрывают беременную матку и из нее извлекается плод со всеми его эмбриональными образованиями. Эта операция известна еще с древнейших времен. В Римской империи (конец VII века до н. Э) запрещалось погребение беременных женщин без предварительного извлечения ребенка путем кесарева сечения.

Первый исторически достоверный факт кесаревого сечения на живой женщине был выполнен 21 апреля 1610 хирургом Траутман с Виттенбурге. В России первая операция кесарева сечения с благоприятным исходом для матери и плода выполнена Г. Ф. Эразмус в 1756 году.

В 1780 году Даниил Самойлович защитил первую диссертацию, посвященную кесаревому сечению.

Введение правил асептики и антисептики не улучшили последствия операции по той причине, что смертность была обусловлена кровотечением или инфекционными осложнениями, связанными с тем, что кесарево сечение заканчивалось без ушивания раны матки.

В 1876 году Г.Е.Рейн и независимо от него Е.Порро предложили метод извлечения ребенка с последующей ампутацией матки.

С 1881 года, после того как F. Kehrer зашил разрез матки трехэтажным швом, начинается новый этап становления операции кесарева сечения. Ее стали выполнять не только по абсолютным, но и по относительным показаниям. Начались поиски рациональной техники операции, что и привело к методике интраперитонеального ретроперикального кесарева сечения, что является основным в настоящее время.

Частота кесарева сечения за последние 30 лет увеличилась в 10 раз и составляет 9-15%. Рост частоты операций кесарева сечения в основном произошел за счет повторных операций, а также вследствие частого использования при тазовых предлежаниях и внутриутробной гипоксии плода.

### Виды кесаревого сечения

Различают абдоминальное кесарево сечение (sectio caesarea abdominalis) и влагалищное кесарево сечение (sectio caesarea vaginalis). Последний в современных условиях почти не выполняется. Выделяют также малое кесарево сечение, которое выполняется при сроке беременности до 28 недель.

Абдоминальное кесарево сечение может проводиться двумя методами:

внутрибрюшинное и внебрюшное.

Внутрибрюшной метод кесарева сечения по виду разреза на матке разделяют на:

1. Кесарево сечение в нижнем сегменте:

а) поперечное сечение;

б) продольным сечением (истмикокорпоральный кесарево сечение).

2. Кесарево сечение классическое(корпоральный) с разрезом тела матки.

3. Кесарево сечение с последующей ампутацией матки (операция Рейно-Порро).

Показания к кесаревому сечению

Показания к кесаревому сечению делятся на абсолютные, относительные, объединенные и те, что редко встречаются. Абсолютными показаниями считаются те осложнения беременности и родов, при которых применение других методов родоразрешения представляет угрозу для жизни женщины. Кесарево сечение при таких условиях проводится без учета всех необходимых условий и противопоказаний.

При клинической ситуации, когда не исключена возможность проведения родов через естественные родовые пути, но она связана с высоким риском перинатальной смертности, говорят о относительных показаниях к операции.

Соединенные показания объединяют совокупность нескольких патологических состояний, каждое из которых в отдельности не является поводом к оперативному вмешательству. К таким показаниям, которые встречаются очень редко относится кесарево сечение на умирающей женщине. Кроме того, выделяют показания к кесаревому сечению с документами матери и плода.

### I. Показания со стороны матери:

— Анатомически узкий таз III и IV степени звужености (с. vera <7см) и формы узкого таза, редко встречаются (косозмищенний, поперечнозвужений, воронкообразный, спондилолистичний, остеомалатичний, сужен екзостазамы и костными опухолями и др..)

— Клинически узкий таз;

— Центральное предлежание плаценты;

— Частичное предлежание плаценты с выраженным кровотечением и отсутствием условий для срочного родоразрешения per vias naturalis;

— Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и отсутствие условий для срочного родоразрешения per vias naturalis;

— Разрыв матки, что чревато или начался;

— Два или более рубцов на матке;

— Несостоятельность рубца на матке;

— Рубец на матке после корпорального кесарева сечения;

— Рубцовые изменения в шейке матки и влагалища;

— Аномалии родовой деятельности, которые не поддаются медицинские коррекции

— Выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы;

— Пороки развития матки и влагалища;

— Состояние после разрыва промежности III степени и пластических операций на

промежности:

- Состояния после хирургического лечения мочеполовых и кишковостатевых свищей;
- Опухоли органов малого таза, которые мешают рождению ребенка;
- Рак шейки матки;
- Отсутствие эффекта от лечения тяжелых форм гестоза и невозможность срочного родоразрешения;
- Травматические повреждения таза и позвоночника;
- Экстрагенитальная патология при наличии записи соответствующего специалисту о необходимости исключения второго периода родов согласно методических рекомендаций;
- Верифицирован генитальный герпес.

## **II. Показания со стороны плода:**

- Гипоксия плода подтверждена объективными методами исследования при отсутствии условий для срочного родоразрешения per vias naturalis;
- Тазовое предлежание плода при массе его тела более 3700г при сочетании с другой акушерской патологией и высокой степенью перинатального риска;
- Выпадение пульсирующих петель пуповины;
- Неправильное положение плода после излития околоплодных вод;
- Высокое прямое стояние стреловидного шва;
- Разгибательные вставление головки плода (лобное, передний вид лицевого);
- Леченные бесплодия при высоком риске перинатальной патологии;
- Оплодотворение «in vitro»;
- Состояние агонии или клиническая смерть матери при живом плоде;
- Многоплодная беременность при тазовом предлежании и плода.

Противопоказания к родоразрешению путем кесарева сечения:

- Экстрагенитальная и генитальная инфекции;
- Продолжительность родов более 12 часов;
- Продолжительность безводного периода более 6 часов;
- Влагалищные обследования (более 3-х);
- Внутриутробная гибель плода.

Условия для проведения операции:

- Живой плод;
- Отсутствие инфекции;
- Согласие матери на операцию.

Подготовка к операции зависит от того, в плановом порядке до начала родовой деятельности, или в родах она проводится. Нужно отметить, что в родах нижний сегмент матки хорошо выражен, что облегчает выполнение операции.

Если операция проводится в плановом порядке, то предварительно следует подготовить все необходимое для переливания крови женщине и для реанимации ребенка, что может родиться в асфиксии. Накануне операции дают легкий обед (жидкий суп, бульон с белым хлебом, кашу), вечером сладкий чай. Очистительную клизму делают вечером и утром в день операции (за 2 часа до операции). Амниотомия проводят за 1,5-2 часа до операции.

Накануне операции на ночь дают снотворное (люминал, фенобарбитал (0,65), пипольфен или димедрол по 0,03-0,05 г).

В случае проведения операции кесарева сечения в экстренном порядке перед операцией при полном желудке его опорожняют через зонд и ставится клизма (при отсутствии противопоказаний: кровотечение, эклампсия, разрыв тела матки и др.).. В этих случаях анестезиологи всегда должны помнить о возможности регургитации кислого содержимого желудка в дыхательные пути (синдром Мендельсона). Мочу выводят катетером на операционном столе.

Целесообразным методом обезболивания является эндотрахеальный наркоз закистью азота в сочетании с нейролептическими и анальгетическими средствами.

В современном акушерстве часто применяют кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем сегменте матки, поскольку этот метод дает наименьшее количество осложнений. При проведении кесарева сечения по такому методу наблюдается меньшая кровопотеря, легче сопоставить края раны и сшить их. Но это оказывается не всегда оправданным, особенно при наличии плода больших размеров, когда удалить его трудно и становится переход краев разреза на ребра матки и травмирования маточных артерий.

Техника операции в нижнем сегменте поперечным сечением.

Разрез передней брюшной стенки можно проводить путем нижней срединной или верхней срединной лапаротомии или по Пфанненштилю. Первые два вскрытия рекомендованы в urgentных случаях. При проведении запланированного кесарева сечения возможен доступ по Пфанненштилю.

Беременную матку выводят в операционную рану. В брюшную полость вводят несколько стерильных салфеток, наружный конец которых прикрепляют зажимами внешней белья. Маточно-пузырно складку рассекают на 2см выше дна мочевого пузыря и тупо отсепаровывают вверх и вниз. На передней стенке матки скальпелем делают продольный разрез длиной 1-2см, а потом тупо или с помощью ножниц продолжают его до 12см. Через рану разрывают амниотические оболочки, и рукой, проведенной за нижний полюс головки извлекают плод. Пуповину разрезают между двумя зажимами. Ребенка передают акушерке. Если послед самостоятельно не отделился, выполняют ручное отделение и удаление последа. ***После этого проводят контрольную ревизию полости матки кюреткой и накладывают швы, начиная с краев раны послойно:***

- 1) мышечно-мышечные швы количеством 10-12 на дистанции 0,5-0,6 см друг от друга;
- 2) мышечно-серозные с погружением в них швов первого ряда;
- 3) кетгутовый пезперевный серозно-серозный шов, соединяющий оба края брюшины.

Из брюшной полости забирают все инструменты, салфетки, после этого послойно зашивают стенку живота.

<b>Основные</b>	<b>этапы</b>	<b>операции:</b>
1.	Вскрытие передней брюшной стенки	и брюшины.
2.	Вскрытие нижнего сегмента матки на 2см ниже пузырно-маточной складки.	
3.	Удаление плода из полости	матки.
4.	Удаление помета рукой и ревизия полости матки	кюреткой.

5.	Наложение	швов	на	матку.
6.	Перитонизация	за	счет	пузырно-маточной складки.
7.	Ревизия		брюшной	полости.
8. <u>Зашивание передней брюшной стенки.</u>				

Техника классического (корпорального) кесарева сечения.

При недоношенной беременности, с целью бережного изъятия недоношенного плода рекомендуется истмико-корпоральное кесарево сечение, при котором после поперечного рассечения, видсепаровування и отвода с помощью зеркал пузырно-маточной складки матка розтиняється в нижнем сегменте продольным разрезом, который затем продолжается до 10-12см. Дальнейшие действия хирурга и метод сшивания раны матки аналогичные предварительно приведенной операции.

Корпоральный кесарев разрез в современном акушерстве используется реже. Его выполняют при отсутствии доступа к нижнему сегменту, или тогда, когда нижний сегмент еще не сформирован, при выраженном варикозном расширении вен в области нижнего сегмента, при предлежании, низком прикреплении или полном отслойке нормально расположенной плаценты, а также при наличии рубца на матке после ранее проведенного корпорального кесарева сечения.

Переднюю брюшную стенку рассекают по белой линии живота послойно. Разрез начинают выше лобка, ведут к пупку. Переднюю поверхность матки отгораживают от брюшной полости салфетками, чтобы в нее не попали околоплодные воды. На передней стенке матки делают продольный разрез длиной около 12см и через него извлекают плод за ножку или головку, которые захватывают рукой.

Пуповину рассекают между двумя зажимами. Ребенка передают акушерке. После этого извлекают помет, проверяют полость матки рукой или кюреткой, послойно зашивают стенку матки (мышечно-мышечным, серозно-мышечным и серозно-серозным швами). Удаляют все инструменты и салфетки и зашивают послойно стенку живота.

При излитии околоплодных вод (более 10-12 часов), после многочисленных влагалищных исследований и при угрозе инфекции или имеющихся ее проявлениях желателно провести экстраперитониальный кесарево сечение по методике Морозова или кесарево сечение с временным ограничением брюшной полости по Смитту.

## Тема № 56. Акушерские операции. Акушерские шипцы.

**Акушерские шипцы** — медицинский инструмент в виде специальных щипцов для извлечения головки плода во время родов у человека.

В настоящее время данный инструмент применяют довольно редко в связи с большим количеством осложнений, возникающих вследствие его использования

Варианты и методы применения акушерских шипцов

Показанием к применению являются ситуации когда естественные изгоняющие силы не в состоянии протолкнуть наружу вступившую уже в таз головку плода, причем это промедление грозит опасностью матери или младенцу. В прошлом отсутствие подобного инструмента в акушерском наборе стоило жизни тысячам младенцев и матерей.

Раз головка вступила в таз и женщина не могла сама разрешиться, акушер вынужден был прибегнуть к прободению (нарушению целостности) головки живого плода, что было чревато еще большим риском чем использование щипцов. Боязнь этой [хирургической операции](#) заставляла [женщин](#) редко, и то обыкновенно поздно, обращаться к помощи [врача-акушера](#), и мать тоже гибла от запущенных родов.



Извлечение плода. Щипцы Смелли.

В [1815 году](#) нашли в Вудхаме, в графстве [Эссекс](#), в доме, принадлежавшем Чемберленам, потайное помещение, а в нем — письма доктора Чемберлена и акушерские щипцы.

Современные щипцы, как правило, состоят из двух перекрещивающихся ветвей, которые своими верхними половинами, так называемыми «ложками», обхватывают головку плода с двух сторон; нижние половины служат рукояткой, за которую тянут (производят тракцию). На месте перекрещивания ложки смыкаются особого рода замком. Инструмент имеет в длину 35–40 [сантиметров](#), из коих на рукоятку приходится 15 см; наибольшая ширина ложек 5 см, наибольшее расстояние между ними (головная кривизна) 8 см; расстояние высшей точки щипцов от горизонтальной подставки (тазовая кривизна) равняется 7½ см.

Существуют еще так называемые щипцы с осевыми тракциями (Брейса, Тарнье); они применяются таким образом, что тянут не за рукоятки, а за особые подвижные стержни, приделанные к нижнему концу окошек щипцов. Эти щипцы накладываются на высоко стоящую головку. Ввиду того, что одни акушеры ставят показания к наложению щипцов шире, а другие уже, частота этой операции в различных клиниках колеблется в очень широких пределах. В [настоящее время](#), при наличии оборудованной операционной, наложению щипцов акушеры предпочитают операцию [кесарева сечения](#).

Щипцы могут привести к повреждениям мягких частей матери в виде разрывов промежности, [влагалища](#), [шейки матки](#); в исключительных случаях встречаются повреждения костного таза. У ребенка, извлеченного щипцами, иногда наблюдаются поранения мягких частей [черепа](#) и [лица](#), реже вдавления, трещины, переломы черепных костей с внутричерепными кровоизлияниями; нередко последствием операции бывает скоропреходящий паралич [лицевого нерва](#).

### [АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ](#)

Наложение акушерских щипцов — родоразрешающая операция, во время которой плод извлекают из родовых путей матери с помощью специальных инструментов.



Акушерские щипцы предназначены только для извлечения плода за головку, но не для изменения положения головки плода. Цель операции наложения акушерских щипцов — замещение родовых изгоняющих сил влекущей силой врача акушера.

Акушерские щипцы имеют две ветви, соединяющиеся между собой с помощью замка, каждая ветвь состоит из ложки, замка и рукоятки. Ложки щипцов имеют тазовую и головную кривизну и предназначены собственно для захвата головки, рукоятка служит для проведения тракций. В зависимости от устройства замка выделяют несколько модификаций акушерских щипцов, в России используют акушерские щипцы Симпсона–Феноменова, замок которых характеризуется простотой устройства и значительной подвижностью.

### ***КЛАССИФИКАЦИЯ***

В зависимости от положения головки плода в малом тазу техника операции различается. При расположении головки плода в широкой плоскости малого таза накладывают полостные или атипичные щипцы. Щипцы, накладываемые на головку, находящуюся в узкой части полости малого таза (стреловидный шов находится почти в прямом размере), называются низкими полостными (типичными).

Наиболее благоприятный вариант операции, сопряжённый с наименьшим числом осложнений, как для матери, так и для плода, — наложение типичных акушерских щипцов. В связи с расширением показаний к операции КС в современном акушерстве щипцы применяют только как метод экстренного родоразрешения, если упущена возможность выполнения КС.

### ***ПОКАЗАНИЯ***

- Гестоз тяжёлого течения, не поддающийся консервативной терапии и требующий исключения потуг.
- Упорная вторичная слабость родовой деятельности или слабость потуг, не поддающаяся медикаментозной коррекции, сопровождающаяся длительным стоянием головки в одной плоскости.
- ПОНРП во втором периоде родов.
- Наличие у роженицы экстрагенитальных заболеваний, требующих выключения потуг (заболевания сердечнососудистой системы, миопия высокой степени и др.).
- Острая гипоксия плода.

### ***ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ***

Относительные противопоказания — недоношенность и крупный плод.

### ***УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ***

- Живой плод.
- Полное открытие маточного зева.
- Отсутствие плодного пузыря.
- Расположение головки плода в узкой части полости малого таза.
- Соответствие размеров головки плода и таза матери.

### ***ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ***

Необходима консультация анестезиолога и выбор метода обезболивания. Роженица находится в положении лёжа на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Проводят опорожнение мочевого пузыря, обрабатывают дезинфицирующими растворами наружные половые органы и внутреннюю поверхность бёдер роженицы. Проводят влагалищное исследование для уточнения положения головки плода в малом тазу. Проверяют щипцы, руки врача акушера обрабатывают как для проведения хирургической операции.

## **МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ**

Метод обезболивания выбирают в зависимости от состояния женщины и плода и характера показаний к операции. У здоровой женщины (при целесообразности её участия в процессе родов) со слабостью родовой деятельности или острой гипоксией плода можно использовать эпидуральную анестезию или ингаляцию смеси закиси азота с кислородом. При необходимости выключения потуг операцию проводят под наркозом.

## **ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ**

### **Общая техника операции**

Общая техника операции наложения акушерских щипцов включает правила наложения акушерских щипцов, соблюдаемые независимо от того, в какой плоскости таза расположена головка плода. Операция наложения акушерских щипцов обязательно включает пять этапов: введение ложек и расположение их на головке плода, замыкание ветвей щипцов, пробная тракция, извлечение головки, снятие щипцов.

### **Правила введения ложек**

- Левую ложку держат левой рукой и вводят в левую сторону таза матери под контролем правой руки, левую ложку вводят первой, так как она имеет замок.
- Правую ложку держат правой рукой и вводят в правую сторону таза матери поверх левой ложки.

Для контроля за положением ложки во влагалище вводят все пальцы руки акушера, кроме большого, который остаётся снаружи и отводится в сторону. Затем как писчее перо или смычок берут рукоятку щипцов, при этом верхушка ложки должна быть обращена вперёд, а рукоятка щипцов — параллельно противоположной паховой складке. Ложку вводят медленно и осторожно с помощью подталкивающих движений большого пальца. По мере продвижения ложки рукоятку щипцов перемещают в горизонтальное положение и опускают вниз. После введения левой ложки акушер извлекает руку из влагалища и передаёт рукоятку введённой ложки ассистенту, который предотвращает смещение ложки. Затем вводят вторую ложку. Ложки щипцов ложатся на головку плода в её поперечном размере. После введения ложек рукоятки щипцов сближают и стараются замкнуть замок. При этом могут возникнуть затруднения:

- замок не закрывается потому, что ложки щипцов размещены на головке не в одной плоскости — положение правой ложки исправляют, смещая ветвь щипцов скользящими движениями по головке;
- одна ложка расположена выше другой и замок не закрывается — под контролем пальцев, введённых во влагалище, вышележащую ложку смещают книзу;
- ветви замкнулись, но рукоятки щипцов сильно расходятся, что свидетельствует о наложении ложек щипцов не на поперечный размер головки, а на косой, о больших размерах головки или слишком высоком расположении ложек на головке плода, когда верхушки ложек упираются в головку и головная кривизна щипцов не облегает её — желательно снять ложки, провести повторное влагалищное исследование и повторить попытку наложения щипцов;
- внутренние поверхности рукояток щипцов неплотно прилегают друг к другу, что, как правило, встречается, если поперечный размер головки плода более 8 см — между рукоятками щипцов вкладывают сложенную вчетверо пелёнку, что предотвращает чрезмерное давление на головку плода.

После замыкания ветвей щипцов следует проверить, не захвачены ли щипцами мягкие ткани родовых путей. Затем проводят пробную тракцию: правой рукой захватывают рукоятки щипцов, левой рукой фиксируют их, указательным пальцем левой руки соприкасаются с

головкой плода (если во время тракции он не удаляется от головки, то щипцы наложены правильно).

Далее осуществляют собственно тракции, цель которых — извлечь головку плода. Направление тракций определяется положением головки плода в полости малого таза. При нахождении головки в широкой части полости малого таза тракции направляют книзу и назад, при тракциях из узкой части полости малого таза влечение проводят вниз, а при головке, стоящей в выходе малого таза, — вниз, на себя и кпереди.

Тракции должны имитировать схватки по интенсивности: постепенно начинаться, усиливаться и ослабляться, между тракциями необходима пауза 1–2 мин. Обычно 3–5 тракций достаточно для извлечения плода.

Головка плода может быть выведена в щипцах или они снимаются после низведения головки до выхода малого таза и вульварного кольца. При прохождении вульварного кольца обычно рассекают промежность (косо или продольно).

При извлечении головки могут встретиться такие серьёзные осложнения, как отсутствие продвижения головки и соскальзывание ложек с головки плода, профилактика которых заключается в уточнении положения головки в малом тазу и коррекции положения ложек.

Если щипцы снимают до прорезывания головки, то сначала разводят рукоятки щипцов и размыкают замок, потом выводят ложки щипцов в порядке, обратном введению, — сначала правую, потом левую, отклоняя рукоятки в сторону противоположного бедра роженицы. При выведении головки плода в щипцах тракции проводят правой рукой по направлению кпереди, а левой поддерживают промежность. После рождения головки замок щипцов размыкают и щипцы снимают.

#### **Типичные акушерские щипцы**

Самый благоприятный вариант операции. Головка находится в узкой части малого таза: заняты две трети крестцовой впадины и вся внутренняя поверхность лонного сочленения. При владалищном исследовании седалищные ости достигаются с трудом. Стреловидный шов расположен в прямом или почти прямом размере таза. Малый родничок располагается ниже большого и кпереди или кзади от него в зависимости от вида (передний или задний).

Щипцы накладывают в поперечном размере таза, ложки щипцов располагают на боковых поверхностях головы, тазовую кривизну инструмента сопоставляют с тазовой осью. При переднем виде тракции проводят книзу и кпереди до момента фиксации подзатылочной ямки у нижнего края симфиза, затем кпереди до прорезывания головки.

При заднем виде затылочного предлежания тракции проводят сначала горизонтально до формирования первой точки фиксации (передний край большого родничка — нижний край лонного сочленения), а затем кпереди до фиксации подзатылочной ямки у верхушки копчика (вторая точка фиксации) и опускают рукоятки щипцов кзади вследствие чего происходит разгибание головки и рождение лба, лица и подбородка плода.

#### **Полостные акушерские щипцы**

Головка плода расположена в широкой части полости малого таза, выполняя крестцовую впадину в верхней части, поворот затылка кпереди ещё не совершился, стреловидный шов расположен в одном из косых размеров. При первой позиции плода щипцы накладывают в левом косом размере — левая ложка оказывается кзади, а правая ложка «блуждает»; при второй позиции наоборот — «блуждает» левая ложка, а правая ложка остаётся позади. Тракции проводят по направлению книзу и кзади до перехода головки в плоскость выхода таза, далее головка освобождается ручными приёмами.

#### **ОСЛОЖНЕНИЯ**

· Повреждения мягких родовых путей (разрывы владалища, промежности, редко шейки матки).

- Разрыв нижнего сегмента матки (при операции наложения полостных акушерских щипцов).
- Повреждение тазовых органов: мочевого пузыря и прямой кишки.
- Повреждения лонного сочленения: от симфизита до разрыва.
- Повреждения крестцовокопчикового сочленения.
- Послеродовые гнойносеptические заболевания.
- Травматические повреждения плода: кефалогематомы, парез лицевого нерва, травмы мягких тканей лица, повреждения костей черепа, внутрочерепные кровоизлияния.

### **ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА**

- В раннем послеоперационном периоде после наложения полостных акушерских щипцов проводят контрольное ручное обследование послеродовой матки для установления её целостности.
- Необходимо контролировать функцию тазовых органов.
- В послеродовом периоде необходимо провести профилактику воспалительных осложнений.

## **Тема №57. Акушерские операции. Вакуум экстракция.**

### **ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА В РОДАХ**

Вакуум-экстракция плода — родоразрешающая операция, извлечение плода за головку за счёт создания отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки специального аппарата (вакуумэкстрактора).

Вакуумэкстрактор был разработан в 1954 г. Мальмстремом. Прибор имеет набор чашечек диаметром от 5 до 8 см, каждая может быть соединена с вакуумаппаратом, снабжённым манометром. В настоящее время используют две модификации вакуумэкстрактора: с жёсткой пластиковой чашечкой и с более мягкой силиконовой.

При наложении вакуумэкстрактора необходимо участие роженицы, поэтому при полном выключении потуг возможно использовать только акушерские щипцы. По этой причине вакуумэкстракция плода — довольно редкая операция, несмотря на её техническую простоту.

#### **ПОКАЗАНИЯ**

Вакуумэкстракцию осуществляют в случаях, когда время для КС упущено, а для наложения щипцов ещё не наступило:

- упорная вторичная слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной коррекции;
- острая гипоксия плода.

#### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ**

Операция противопоказана в следующих случаях:

- все состояния, требующие выключения потуг: экстрагенитальные заболевания и гестоз тяжёлого течения;
- несоответствие между размерами таза матери и размерами головки плода;
- разгибательные предлежания;
- преждевременные роды.

## **УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ**

- живой плод;
- полное открытие маточного зева;
- возможность активного участия роженицы в процессе родов;
- положение головки плода в полости малого таза;
- полное соответствие размеров таза матери и размеров головки плода.

## **ПОДГОТОВКА**

Перед операцией роженица должна опорожнить мочевой пузырь, положение роженицы — на спине с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. Непосредственно перед операцией проводят повторное влагалищное исследование с целью оценки высоты стояния и вставления головки в полости малого таза, соразмерности головки плода и таза матери, уточнения полноты открытия маточного зева.

## **МЕТОДИКА**

В связи с необходимостью активного участия роженицы в процессе родов обезболивание обычно не проводят, за исключением ситуаций, когда ранее в родах уже была произведена эпидуральная анестезия.

Операция вакуумэкстракции плода состоит из ряда последовательных действий:

- введение чашечки вакуумэкстрактора и размещение её на головке плода;
- создание отрицательного давления между головкой плода и внутренней поверхностью чашечки вакуумэкстрактора;
- тракция по извлечению плода;
- снятие чашечки вакуумэкстрактора с головки плода путём постепенного уменьшения отрицательного давления.

Каждый этап операции имеет свои особенности. Так, например, чашечку вакуумэкстрактора можно вводить под ручным контролем или при обнажении головки плода в зеркалах. После введения чашечки во влагалище её размещают на головке плода как можно ближе к малому родничку, минуя большой родничок, и тщательно прижимают.

Положение чашечки должно соответствовать «срединной точке сгибания», т.е. её боковые края должны располагаться симметрично по обе стороны саггитального шва, а задний край — на 1–3 см впереди от малого родничка.

Затем к чашечке присоединяют вакуумаппарат и постепенно, в течение 2–3 мин, создают в системе отрицательное давление, ориентируясь на показания манометра. Начальное давление составляет примерно 100 мм рт.ст., необходимо убедиться в том, что ткани мягких родовых путей не попали между чашечкой и головкой плода, после чего давление доводят до 500–600 мм рт.ст. и начинают тракцию.

Направление тракций зависит от положения головки плода в малом тазу и должно имитировать её естественное продвижение по родовому каналу. Обычно их осуществляют в направлении вниз, на себя и вверх (стопы акушера — плоскость широкой части полости малого таза, грудь — узкая часть полости малого таза, лицо — плоскость выхода таза). Тракции проводят синхронно с родовой деятельностью, останавливаясь в перерывах между схватками.

Эпизиотомии рекомендуют избегать, так как сопротивление мягких тканей промежности обеспечивает дополнительную фиксацию чашечки вакуумэкстрактора и способствует более естественному процессу прохождения головки плода через родовые пути за счет её сгибания и вращения.

Чашечку вакуумэкстрактора снимают после прорезывания теменных бугров, постепенно снижая разрежение в аппарате, а головку выводят с помощью обычного ручного пособия по приёму родов.

Хотя повышение риска возникновения внутричерепных кровоизлияний у новорождённых в ходе проведения вакуумэкстракции плода не доказано, необходимо тщательное наблюдение за состоянием ребёнка в раннем неонатальном периоде, по показаниям проводится нейросонография.

### **ОСЛОЖНЕНИЯ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ**

Могут возникнуть следующие осложнения:

- соскальзывание чашечки вакуумэкстрактора;
- отсутствие продвижения головки плода;
- травматизация плода: кефалогематомы, повреждения ЦНС различной степени тяжести;
- повреждения тканей мягких родовых путей матери.

При повторном соскальзывании чашечки вакуумэкстрактора с головки плода или отсутствии продвижения головки операцию прекращают и переходят к другим способам родоразрешения.

Травматизация матери и плода при проведении операции вакуумэкстракции, как правило, происходят из-за технических погрешностей в проведении операции или несвоевременного её выполнения.

## **Тема :№ 58.Краниотомия.Эмбриотомия.**

### **Краниотомия – операция трепанации черепа**

Суть краниотомии заключается в выполнении разреза («томия» – *греч.*) черепной коробки («кранио» – *греч.*). Это общее понятие, описывающее целый ряд операций, в ходе которых производится хирургическое вскрытие черепной кости. Эта операция наиболее распространена в нейрохирургии – медицинском направлении, отвечающем за хирургию мозга и центральной нервной системы.

Краниотомия выполняется с целью коррекции таких медицинских состояний, как доброкачественные и злокачественные опухоли головного мозга (в этих случаях иногда необходимо выполнить биопсию или даже частичное или полное удаление опухоли; операция удаления части опухоли мозга называется также «частичным удалением» или «операцией по снижению объема опухолевой ткани» – *debulking*), устранение патологических изменений сосудов головного мозга (например, аневризма сосудов головного мозга и артериовенозная мальформация (*arteriovenous malformation – AVM*)), лечение местных травм (таких как перелом или внутримозговое кровотечение), лечение инфекционных процессов мозга (гнойник, абсцесс), а также с целью лечения ряда неврологических явлений (таких как острый эпилептический приступ).

Метод краниотомии, как правило, применяется в случае первичных опухолей мозга – в большинстве случаев доброкачественных (типа менингеомы) или злокачественных (типа глиомы (*glioma*)), глиом низкой степени злокачественности (степени 1 и 2), редких видов опухолей мозга (например, гермином или лимфом), а также вторичных опухолей мозга.

Каковы ожидаемые результаты данной процедуры?

Краниотомия – это операция, которая выполняется при различных медицинских состояниях:

- С целью удаления доброкачественной или злокачественной опухоли, которая давит на мозг и приводит к таким явлениям, как головная боль или дезориентация.
- Устранение патологических изменений сосудов головного мозга.

- Лечение местных травм, таких как перелом или внутримозговое кровоизлияние.
- Лечение инфекционных процессов мозга (гноенки, абсцессы).
- Лечение неврологических явлений, таких как острый эпилептический приступ.
- Устранение врожденных пороков черепа у детей.

При помощи операции будет достигнуто улучшение функциональных и сенсорных возможностей пациента, поскольку операционное лечение в большинстве случаев облегчает характерные симптомы заболевания. Вместе с тем важно помнить, что речь идет об операции трепанации черепа и проникновении в мозг, что считается одной из самых сложных операций в нейрохирургии.

Как на практике выполняется эта процедура?

Краниотомию можно выполнять под местным или общим наркозом. Непосредственно перед операцией пациент будет подключен к системе, предназначенной для внутривенного введения препаратов, через которую анестезиолог введет успокоительные препараты, цель которых – помочь пациенту снизить ощущение тревоги.

Если принимается решение о выполнении регионарной анестезии, это значит, что хирург и анестезиолог смогут разговаривать с пациентом на протяжении всей операции. Если принимается решение о выполнении общего наркоза, это значит, что пациент погрузится в глубокий сон на все время операции и не будет осознавать того, что с ним происходит. В обоих случаях голова пациента будет закреплена с помощью особого устройства, которое называется «держатель головы», и его назначение состоит в том, чтобы предотвратить любое движение или смещение головы, и за счет этого обеспечить наибольшую точность в ходе выполнения операции.

Сегодня в ходе операции краниотомии хирурги пользуются высокотехнологичной системой навигации, позволяющей обнажить в точности тот участок мозга, который предполагается оперировать, и уменьшить степень повреждения окружающих областей и тканей. Системы навигации оснащены современными средствами визуализации, такими как ультразвук, МРТ (визуализация с помощью магнитного резонанса) и КТ (компьютерная томография).

Перед началом операции предварительно побритый участок операционного поля будет обработан антисептическим раствором. После того, как будет установлено, что наркоз начал действовать, хирург выполнит разрез кожи головы, с тем чтобы оголить черепную кость. На следующем этапе часть черепной кости будет распилена специальной высокоскоростной дрелью и удалена. Удаление части черепной кости обнажит оболочку мозга, которая называется «твердой мозговой оболочкой» (*dura mater*). Хирург вскроет твердую мозговую оболочку и обнажит тот участок, который предстоит прооперировать.

Начиная с этого этапа, операция будет проходить под специальным микроскопом. В случае наличия опухоли ее удаление будет проводиться с помощью аспиратора (*suction*), электрического пинцета (*Bipolar Forceps*) или ультразвукового аспиратора (*Ultrasonic Aspirator*), который разделяет ткани при помощи ультразвука. Кровоизлияние в мозг будет дренировано, и в случае необходимости обработки кровеносных сосудов хирург прижмет проблемные сосуды и закроет операционную область.

В конце операции хирург тщательно проверит, что отсутствует кровоизлияние из всех кровеносных сосудов операционного поля, и только после этого он наложит шов на твердую мозговую оболочку и вернет на место участок черепной кости. После того, как участок черепной кости будет закреплён, хирург совместит края разреза на коже, наложит на них швы и накроет прооперированный участок повязкой.

В случае необходимости хирург вставит дренаж для оттока жидкости и крови из операционной области, который будет находиться там как минимум два дня. Также, возможно, будет необходимость в поддержке дыхания пациента после операции с помощью аппарата искусственной вентиляции легких.

Какой наркоз будет использоваться в ходе процедуры?

Регионарный или общий.

Сколько времени будет длиться процедура?

3–4 часа или больше, в зависимости от вида операции.

Часть пациентов будет получать стероиды до или после операции с целью уменьшения отека в операционной области. Также пациент должен будет получать противосудорожные препараты с целью предотвращения эпилептических приступов.

Как подготовиться к операции и госпитализации?

Следует взять с собой медицинское заключение семейного или лечащего врача, содержащее диагнозы и принимаемые пациентом лекарственные препараты, для того чтобы хирург и анестезиолог получили наиболее полную медицинскую и личную информацию о пациенте.

Необходимо пройти анализы крови, включающие в себя общий анализ крови и биохимический анализ крови, а в особых случаях потребуются также анализ свертываемости крови. Пациентам старше 40 лет необходимо выполнить и представить результаты ЭКГ.

Также необходимо провести визуализацию состояния мозга. Как правило, это компьютерная томография мозга (КТ), магнитно-резонансная томография мозга (МРТ), функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ) или ангиография (катетеризация сосудов мозга). В некоторых случаях, возможно, потребуются дополнительные обследования, такие как ПЭТ-сканирование (позитронное сканирование) и КТ-ангио (визуализация кровеносных сосудов).

За неделю до операции Вы должны прекратить прием противосвертывающих препаратов (таких как аспирин и кумадин). Необходимо проконсультироваться с семейным врачом или хирургом относительно необходимости применения альтернативных препаратов.

В день проведения операции, за 6 часов до ее начала, необходимо воздерживаться от еды и питья (включая воду). Рекомендуется воздерживаться даже от жевания жевательной резинки и курения. Перед входом в операционную необходимо снять зубные протезы, украшения и личную одежду.

Что будет происходить после операции?

Краниотомия – это серьезная операция, требующая госпитализации длительностью от 3 до 6 дней.

После того, как пациент окажется в послеоперационном отделении и выйдет из состояния наркоза, он будет переведен в реанимационное отделение как минимум на 24 часа для продолжения наблюдения и тщательного мониторинга. В зависимости от своего состояния, пациент может оставаться в реанимационном отделении около двух дней.

По окончании пребывания в реанимации его переведут в обычное отделение, где он уже сможет с помощью персонала садиться на кровати или в кресле, есть мягкую пищу и пить. Продолжительность госпитализации и дата выписки будут установлены в зависимости от эффективности восстановления после операции.



Что произойдет после выписки из больницы?

В большинстве случаев примерно через неделю после госпитализации пациент будет выписан домой.

Во время периода выздоровления важно тщательно следить за чистотой послеоперационной области и ежедневно промывать ее водой и мылом.

Следует избегать физической нагрузки в течение 6–8 недель после операции. Рекомендуется воздерживаться от вождения автомобиля, пока окончательно не исчезнут слабость и головокружение.

Эмбриотомия может считаться самой древней инструментальной [акушерской](#) операцией. Благодаря громадному авторитету [Гиппократ](#), в древней медицине укоренилось надолго его ошибочное учение о том, что плод может рождаться исключительно головкой вперед, а при всяком другом положении должен быть извлечен по частям инструментами. Это заблуждение стоило жизни многим младенцам, пока оно не было опровергнуто [Корнелием Цельсом](#), жившим в I веке н. э. Он учил повороту на ножки и тому, что роды возможны также ножками вперед. Скоро, однако, поворот был забыт, и в [средние века](#) в акушерстве снова воцарилось господство плодораздробляющих операций. Так продолжалось до восстановления поворота в эпоху [Возрождения Амбруазом Парэ](#) (XVI в.), но эмбриотомия сохранялась и позже<sup>[1]</sup>.

Например, эмбриотомия живого плода имела место вплоть до конца XIX века, хотя и в ограниченном применении. Недостаточная подготовка [повивальных бабок](#) во многих случаях, отдаленность, а то и полная недоступность врачебной помощи, позднее обращение роженицы к врачу приводили к тому, что надлежащий момент для поворота бывал упущен и единственной спасительной для матери операцией являлась эмбриотомия. Главным показанием к производству этой операции служило запущенное поперечное положение; изредка она применялась при патологическом увеличении туловища плода и при сросшихся двойнях. [Фридрихом Шаутой](#) приводилась статистика того времени о смертности после эмбриотомии, а именно, на 99 случаев 19 смертей (19,2 %), происходивших из-за запущенных родов и других осложнений ([сепсис](#))<sup>[1]</sup>.

С XX века достигнутые успехи в акушерстве, относящиеся в повышении безопасности [кесарева сечения](#) и своевременной профилактике тяжёлых форм акушерской [патологии](#), привели к существенному сужению области применения эмбриотомии<sup>[1]</sup>.

Эмбриотомия не должна наносить никакого ущерба матери.]

Раздробление плода предпринимается в той области, которая наиболее доступна руке оператора. Если доступнее шея, то производится обезглавление (*декапитация*) или разрушение черепа плода (*краниотомия*), если грудная или брюшная стенка, то *экзентерация* (или *эвисцерация*). Первое состоит в отделении шейки от туловища посредством особого декапитационного *крючка Брауна*; после него отдельно извлекается туловище за выпавшую ручку и отдельно головка, с помощью пальца, крючка, щипцов. При экзентерации прорезывают ножницами окошечко в грудной или брюшной стенке, вытягивают пальцами грудные и брюшные внутренности и извлекают плод, потягивая за ручку или зацепив туловище крючком; иногда приходится ещё переломить или перерезать позвоночник (*спондилотомия*).

Число инструментов, предложенных для эмбриотомии, весьма велико.

## Тема №59. Экстремальные состояние плода. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Наиболее частой причиной нарушений состояния плода во время беременности является плацентарная недостаточность — клинический синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов, обеспечивающих функциональную полноценность органа.

Она представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма; проявляется комплексом нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, лежащих в основе патологии плода и новорожденного. В процессе развития беременности функции плаценты и плода тесно связаны, поэтому нередко используют термин "фетоплацентарная система".

Степень и характер влияния патологических изменений плаценты на плод определяются многими факторами: сроком беременности, длительностью воздействия, состоянием компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать—плацента—плод.

Классификация. В зависимости от того, в каких структурных единицах преимущественно возникают патологические процессы, различают три формы плацентарной недостаточности: 1) гемодинамическую, проявляющуюся нарушением маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения; 2) плацентарно-мембранную, характеризующуюся снижением способности плацентарной мембраны к транспорту метаболитов; 3) клеточно-паренхиматозную, связанную с нарушением клеточной активности трофобласта и плаценты.

Выделяют первичную плацентарную недостаточность, возникающую до 16 нед беременности, и вторичную, наблюдающуюся в более поздние сроки.

Первичная недостаточность плаценты развивается в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации под влиянием разнообразных факторов (генетические, эндокринные, инфекционные и т.д.), действующих на гаметы родителей, зиготу, бластоцисту, формирующуюся плаценту и половой аппарат женщины в целом. Первичная плацентарная недостаточность проявляется изменениями строения, расположения и прикрепления плаценты, а также дефектами васкуляризации и нарушениями созревания хориона.

Вторичная плацентарная недостаточность развивается под влиянием экзогенных факторов и наблюдается во второй половине беременности.

Плацентарная недостаточность (первичная и вторичная) имеет острое или хроническое течение.

Острая плацентарная недостаточность возникает как следствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы или отслойки прилежащей плаценты, в результате чего наступает гибель плода.

Хроническая плацентарная недостаточность наблюдается у каждой третьей беременной из

группы высокого риска развития перинатальной патологии. Хроническая плацентарная недостаточность развивается рано и протекает длительно вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами, инволютивно-дистрофическими изменениями, воспалением или обострением, связанными с заболеваниями женщины во время беременности. Хроническая плацентарная недостаточность может приводить к гипоксии плода, задержке его роста и развития, возможна внутриутробная гибель плода.

Этиология и патогенез.

Плацентарная недостаточность чаще развивается при осложненном течении беременности или экстрагенитальных заболеваниях. Высокая степень риска развития плацентарной недостаточности отмечена у беременных с сочетанным гестозом, преимущественно развивающимся на фоне сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь, некоторые пороки сердца с гипертензией), заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, гипер- и гипофункция щитовидной железы и надпочечников), почечной патологии и гипертензивным синдромом, им-муноконфликтной беременности, беременности, сопровождающейся угрозой прерывания, переношенной беременности.

В группу беременных со средней степенью риска нарушений фетоплацентарной системы относятся женщины с генитальным инфантилизмом I—II степени, многоплодной беременностью.

Группу низкого риска составляют первородящие женщины до 18 лет и старше 28 лет, беременные с умеренным многоводием.

Патогенез плацентарной недостаточности определяется морфологическими изменениями и расстройствами функции плаценты. Морфологическим субстратом плацентарной недостаточности являются изменения, связанные с нарушением имплантации и плацентации: патологическое строение, расположение и прикрепление плаценты, а также дефекты васкуляризации. В развитии плацентарной недостаточности основными и нередко первоначальными причинами являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Изменения плацентарного кровотока, как правило, сочетанные:

1) снижение перфузионного давления в матке, проявляющееся либо уменьшением притока крови к плаценте в результате системной гипотензии у матери (гипотензия беременных, синдром сдавления нижней полой вены, локальный спазм маточных сосудов на фоне гипертензивного синдрома), либо затруднением венозного оттока (длительные сокращения матки или ее повышенный тонус, отечный синдром);

2) инфаркты, отслойка части плаценты, ее отек;

3) нарушения капиллярного кровотока в ворсинах хориона (нарушение созревания ворсин, внутриутробное инфицирование, тератогенные факторы);

4) изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери и плода.

В результате гемодинамических и морфологических изменений первично нарушается трофическая функция плаценты и лишь позднее изменяется газообмен на уровне плацентарного барьера.

Поддержание жизнедеятельности плода при нарушениях функции плаценты происходит с помощью компенсаторных механизмов, действующих не только на тканевом уровне (увеличение числа резорбционных ворсин, капилляров ворсин и функционирующих синцитиальных узелков, образование синцитиокапиллярных мембран), но и на клеточном и субклеточном уровнях (увеличение числа митохондрий и рибосом, повышение активности ферментов, переключение на анаэробный тип дыхания).

Клиническая картина плацентарной недостаточности зависит от того, развивается она остро или постепенно (хроническая плацентарная недостаточность). Острая плацентарная недостаточность является следствием преждевременной отслойки предлежащей или нормально расположенной плаценты. Считается опасным для жизни плода выключение из кровообращения более 1/3 площади плаценты. Клинические проявления преждевременной отслойки плаценты разнообразны и зависят от расположения плаценты (нормальное, низкое), локализации участка отслойки (центральное, по краю плаценты), размера отслоившейся части плаценты (см. разделы 21.1, 21.2).

Хроническая плацентарная недостаточность имеет некоторые общие проявления, несмотря на крайне слабовыраженную клиническую симптоматику. Как правило, жалоб беременные не предъявляют. Изменения в плаценте (структурные и функциональные) можно определить лишь с помощью объективных методов исследования.

Основными клиническими проявлениями хронической плацентарной недостаточности являются внутриутробная задержка роста плода, внутриутробная гипоксия и их сочетание.

Диагностика. Плацентарная недостаточность в ранние сроки беременности в основном обусловлена недостаточной гормональной активностью желтого тела, сопровождается низким уровнем прогестерона и хо-рионического гонадотропина. Во II и III триместрах беременности плацентарная недостаточность сопровождается патологическими изменениями плаценты: малыми ее размерами, появлением некрозов. В последующем возникает задержка роста плода, в ряде случаев недостаточность плаценты может привести к ante- или интранатальной гибели плода.

Наиболее информативными в определении функции плаценты являются следующие методы:

а) определение и сопоставление уровней гормонов фетоплацентарной системы (эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена);

б) определение в крови активности ферментов — окситоциназы и термостабильной щелочной фосфатазы;

в) ультразвуковое сканирование (локализация плаценты, ее структура и величина);

г) доплерометрическое исследование кровотока в маточных артериях и сосудах плода.

Кроме того, необходимо проводить оценку роста плода путем тщательного измерения высоты дна матки и окружности живота беременной, ультразвуковую биометрию плода, оценку состояния плода посредством изучения его двигательной активности и сердечной деятельности.

Ранним признаком недостаточности плаценты является снижение синтеза всех гормонов фетоплацентарной системы (эстрогенов, прогестерона, плацентарного лактогена).

Наиболее ценную информацию о состоянии плаценты дает ультразвуковое исследование плаценты, которое позволяет не только определить ее локализацию, но и оценить структуру и величину. Появление III степени зрелости плаценты до 36—37 нед беременности свидетельствует о ее преждевременном старении и является признаком плацентарной недостаточности. В ряде случаев при ультразвуковом исследовании выявляют кистозное изменение плаценты. Кисты плаценты определяются в виде эхонегативных образований различной формы и величины. Они чаще возникают на плодовой стороне плаценты как следствие кровоизлияний, размягчения, инфарктов и других дегенеративных изменений (рис. 16.7). Мелкие, даже множественные кисты могут не оказывать влияния на развитие плода, в то время как большие кисты нередко приводят к атрофии ткани плаценты и нарушению состояния плода.

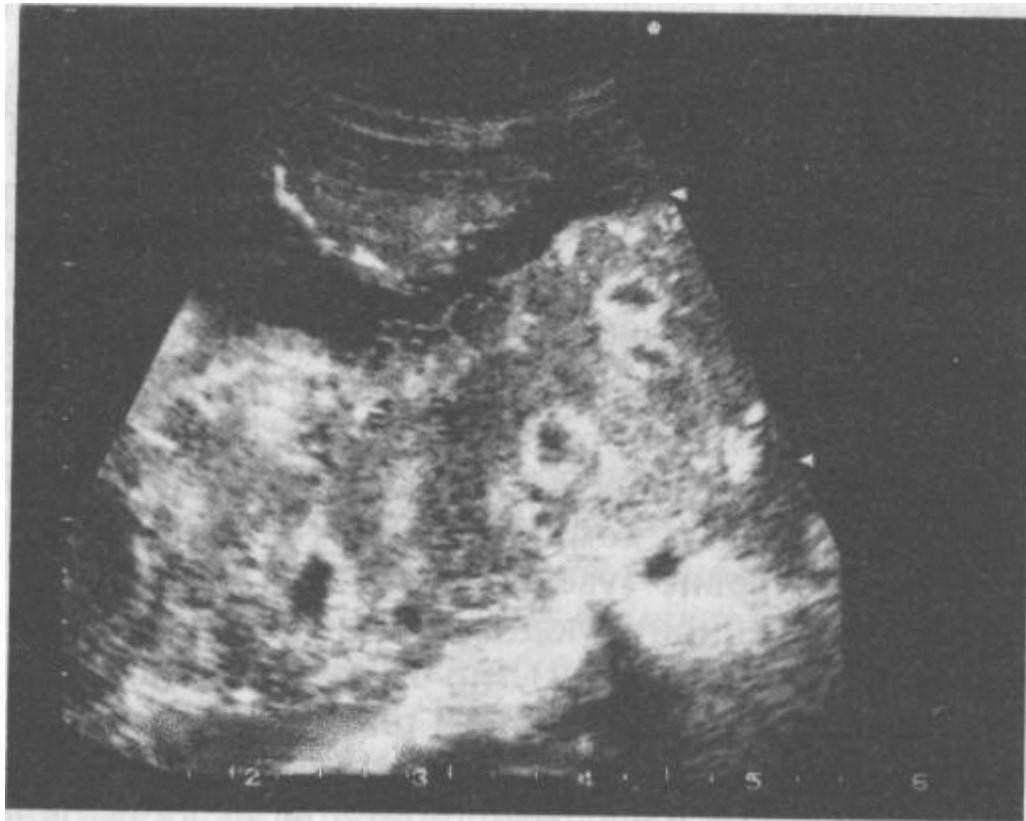


Рис. 16.7.

### Преждевременное созревание плаценты с ее кистозной дегенерацией

В зависимости от патологии, осложняющей течение беременности, недостаточность функции плаценты проявляется уменьшением или увеличением толщины плаценты.

Для гестозов, угрозы прерывания беременности, внутриутробной задержки роста плода характерна "тонкая" плацента (до 20 мм в III триместре беременности), при гемолитической болезни и сахарном диабете о плацентарной недостаточности свидетельствует "толстая" плацента (до 50 мм и более). Истончение или утолщение плаценты на 0,5 см и более указывает на необходимость проведения лечебных мероприятий и повторного ультразвукового исследования. Важным является определение площади плаценты, которая в сочетании с толщиной дает представление об ее объеме. Эти параметры дополняют сведения о состоянии плаценты, ее компенсаторных возможностях.

Не вызывает затруднений диагностика плацентарной недостаточности, сопровождающейся внутриутробной задержкой роста плода. Рост и развитие плода во время беременности определяют с помощью наружного акушерского исследования (измерение и пальпация) и ультразвукового сканирования. Скрининговым методом является сопоставление высоты дна матки (ВДМ) над лобком с окружностью живота, массой тела и ростом беременной. Однако значительно больше информации дает ультразвуковая биометрия плода, которая позволяет

уточнить гестационный срок с точностью до 72—1 нед и определить размеры отдельных органов плода. Ультразвуковая диагностика задержки роста плода основана на сопоставлении фетометрических показателей, полученных при исследовании, с нормативными показателями для данного срока беременности.

Достоверными признаками задержки роста плода являются несоответствие размеров плода фактическому сроку беременности, а также нарушения взаимоотношений между размерами головки плода и его туловища. Различают два основных типа внутриутробной задержки роста плода.

1. Симметричная задержка роста, при которой отмечается пропорциональное уменьшение размеров плода, встречается в 10—30 % случаев. Соотношение БПР/ДЖ при этом такое же, как у здоровых плодов аналогичного гестационного возраста, и не превышает 1. Правильная диагностика симметричной задержки роста возможна при установлении точного срока беременности или при динамической эхографии. Эта форма нарушения роста плода, как правило, связана с его наследственными заболеваниями и хромосомными абберациями (трисомия по 18-й паре хромосом, синдромы Дауна и Тернера), инфекционными заболеваниями (краснуха, токсоплазмоз, герпес, сифилис, цитомегаловирусная инфекция), аномалиями развития (микроцефалия, единственная артерия пуповины, синдром Поттера, врожденные пороки сердца и т.д.). В связи с этим для исключения наследственной и генетической патологии при выявлении симметричной формы задержки роста плода следует провести амниоцентез и соответствующие исследования околоплодных вод (хромосомный анализ). Целесообразно также обследование беременной на носительство вирусной и бактериальной инфекции. Причиной развития симметричной формы задержки роста плода могут быть также вредные привычки у матери (курение, алкоголизм, наркомания), недостаточное питание и др.

2. Асимметричная задержка роста, для которой характерно отставание размеров туловища при нормальном БПР головки и, следовательно, увеличении соотношения БПР/ДЖ выше 1, наблюдается в 70—90 % случаев нарушений роста плода. Диагностика такого типа задержки роста плода не представляет трудностей и возможна уже при первом ультразвуковом исследовании. В большинстве наблюдений асимметричная форма задержки роста плода развивается в более поздние сроки беременности и обусловлена заболеваниями матери и осложнениями беременности, приводящими к плацентарной недостаточности (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, коллагеноз, гестоз, многоплодная беременность, патологические изменения плаценты, кровотечения во время беременности). На основании результатов ультразвукового исследования можно определить степень задержки роста плода. При I степени отмечается отставание показателей фетометрии от нормативных показателей на 2 нед, при II — на 3—4 нед, при III — более чем на 4 нед. Степень внутриутробной задержки роста плода коррелирует со степенью тяжести плацентарной недостаточности и неблагоприятными перинатальными исходами. С целью контроля за ростом плода используют перцентильный подход, который позволяет в каждый конкретный срок беременности точно определить соответствие размеров плода гестационному возрасту, а также степень отклонения их от нормативных величин.

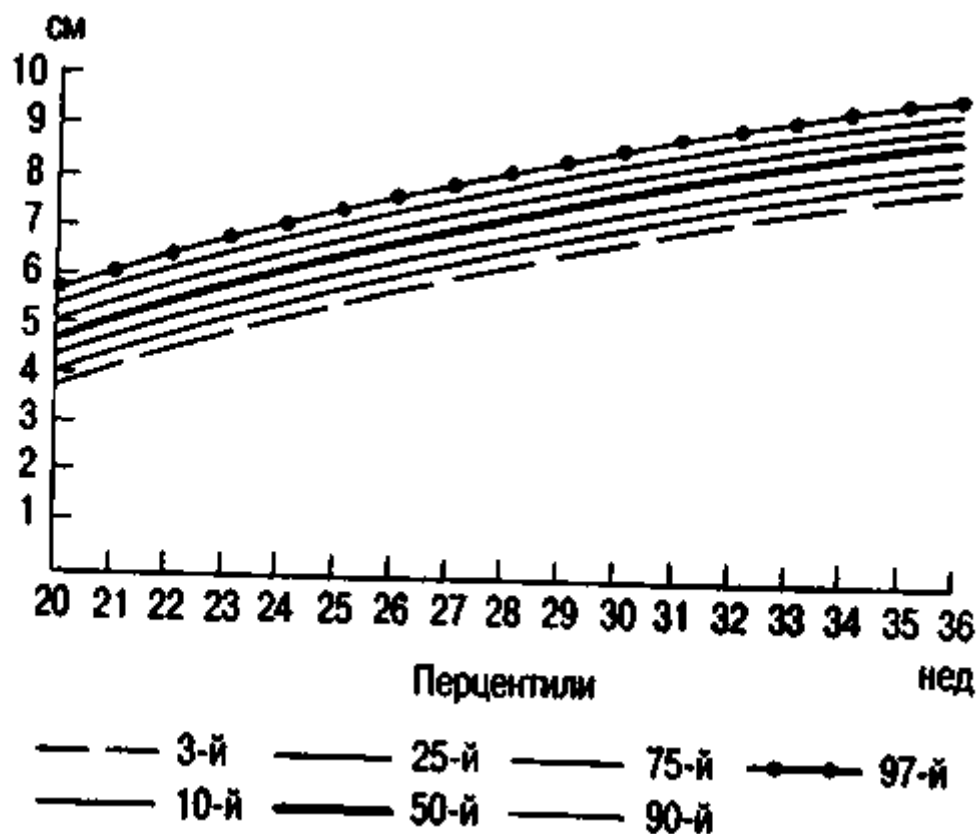


Рис. 16.8.

### Перцентильные нормативы БПР

При построении перцентильных кривых все измерения, проведенные в течение беременности (ВДМ, БПР, ДЖ, ДГ и т.д.), разбивают на интервалы по гестационному сроку (рис. 16.8). Для каждого интервала образуют и упорядочивают по возрастающим величинам вариационные ряды и определяют характерные перцентильные уровни. Уровень показателя (в сантиметрах, граммах или других единицах), ниже и выше которого находится 50 % всех выявленных показателей, называют медианой или 50-м (50 %) перцентилем. Соответственно уровень, ниже которого находится 25 % всех показателей, именуют 25-м перцентилем и т.д. На диаграммах приведены перцентильные нормативы БПР и ДЖ. Диагноз ВЗРП устанавливают в том случае, если размеры плода ниже 10-го перцентиля для данного срока беременности. Определенную ценность в диагностике задержки роста плода имеет ультразвуковое исследование мочевыделительной функции почек плода по одночасовой экскреции мочи. Последнюю определяют по разнице между объемом мочевого пузыря плода во время первого обследования и повторного его измерения через 1 ч. Одночасовая экскреция мочи при внутриутробной задержке роста плода снижается до 15—18 мм (при норме 24—27 мм).

Наиболее информативным объективным методом диагностики плацентарной недостаточности и определения компенсаторных возможностей единой системы мать—плацента—плод является доплерометрия кровотока в маточно-плацентарных и шюдово-



плацентарных сосудах. Разработана классификация гемодинамических нарушений в системе мать—плацента—плод по оценке кривых скоростей кровотока в маточных артериях и артерии пуповины [Стрижаков А.Н. и др., 1989]. Патологическими значениями СДО в маточных артериях после 18—20 нед беременности считаются 2,4 и более, в артерии пуповины после 32 нед — 3,0 и более. При I степени нарушения отмечаются изменения только маточного (IA) или только плодового (IB) кровотока. При II степени нарушается как маточный, так и плодовый кровоток, но не отмечаются их критические значения. При III степени нарушения кровотока в артерии пуповины достигают критического уровня, выражающегося нулевым или отрицательными значениями диастолического компонента кровотока.

Беременные с нарушениями маточно-плацентарно-плодового кровообращения Ia и II степени нуждаются в динамическом наблюдении с доплерометрическим и кардиомониторным контролем. При III степени нарушения маточно-плацентарно-плодового кровообращения в связи с декомпенсированной плацентарной недостаточностью требуется досрочное родоразрешение.

Диагностика гипоксии плода как одного из основных проявлений плацентарной недостаточности возможна при кардиотокографии (см. Гипоксия).

Лечение. Основным звеном в нормализации функции плаценты является улучшение маточно-плацентарного кровотока, что достигается применением комплекса сосудорасширяющих средств и методов либо препаратов, расслабляющих матку, в сочетании с мероприятиями, направленными на нормализацию микроциркуляции и реологических свойств крови. Физические методы воздействия (электрорелаксация матки, электрофорез магния, назначение тепловых процедур на околопочечную область) рефлекторно расслабляют миометрий и приводят к расширению сосудов. Абдоминальная декомпрессия снимает излишнюю работу мускулатуры матки по преодолению тонуса мышц передней брюшной стенки, что приводит к усилению интенсивности кровотока в матке и улучшению плацентарной перфузии.

Гипербарическую оксигенацию применяют для улучшения функции плаценты и состояния плода, особенно у беременных с пороками сердца. Она обеспечивает сохранение активности дыхательных ферментов, способствует нормализации углеводного обмена.

Из сосудорасширяющих средств применяют эуфиллин, который может быть введен внутривенно струйно и капельно. С этой же целью используют ксантинола никотинат (компламин, теоникол). Следует отметить возможность повышенной чувствительности беременных к этим препаратам, в связи с чем требуется индивидуальный подбор доз. Значительное улучшение маточно-плацентарного кровотока вызывает вазоактивный препарат трентал (пентоксифиллин). Он оказывает сосудорасширяющее действие, снижает периферическое сопротивление сосудов, усиливает коллатеральное кровообращение. Трентал улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, может быть применен в условиях стационара и женской консультации. В стационаре лечение тренталом следует начинать с его внутривенного введения, а затем переходить только на прием внутрь. Длительность терапии в зависимости от эффекта составляет от 4 до 6 нед. Ввиду значительного сосудорасширяющего действия возможно уменьшение кровоснабжения ряда органов, в том числе матки (синдром обкрадывания), для предотвращения которого трентал следует принимать через 30 мин после так называемой жидкостной нагрузки (предварительного введения жидкости, лучше реополиглюкина) и предварительного внутривенного введения 1 мл 0,06 % раствора коргликона. В амбулаторных условиях трентал назначают в виде таблеток.

С целью расслабления матки и улучшения плацентарного кровотока целесообразно

использовать малые дозы препаратов токолитического действия (бета-миметики), которые снижают сопротивление сосудов на уровне артериол. При этом происходит перераспределение крови в организме матери и может наступить уменьшение оксигенации плода, поэтому данные препараты следует применять в сочетании с кардиотоническими средствами и инфузионной терапией. Для усиления маточно-плацентарного кровотока можно сочетать введение малых доз бета-миметиков с сибутамином. Применение токолитических средств требует тщательного врачебного контроля, поскольку могут наблюдаться, особенно в начале лечения, некоторые нежелательные эффекты: нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы в виде тахикардии, гипотензии; тремор пальцев рук, озноб, тошнота и рвота, головная боль, некоторая возбудимость. Индивидуальный подбор дозы препаратов и скорости их введения позволяет предотвратить возникновение этих побочных явлений. Одновременное применение папавериноподобных соединений, а также альфа-блокаторов приводит к уменьшению частоты возникновения побочных явлений — нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы. Одним из условий проведения токолиза является положение женщины на боку. До начала введения препарата в течение 30 мин следует ввести один из растворов (глюкоза, реополиглюкин) и кардиотонические средства (коргликон, изоланид). Одновременно с началом приема бета-миметиков внутрь принимают 1 таблетку верапамила (изоптин, финоп-тин). Противопоказаниями к применению бета-миметиков являются кровотечения во время беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы, сахарный диабет, тиреотоксикоз и нарушения свертывания крови.

Большую роль в нарушении гемодинамики плаценты играют реокоагуляционные расстройства. Для их коррекции проводят инфузию низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин). Под влиянием инфузии реополиглюкина в конце беременности кровотоки в различных органах меняются неоднозначно: он значительно увеличивается в плаценте, несколько меньше — в мозге и сердечной мышце. Лучший результат отмечается при сочетании введения реополиглюкина и гепарина. Важным свойством гепарина является его способность расширять кровеносные сосуды. Это в значительной мере относится и к сосудам плаценты. При лечении плацентарной недостаточности гепарин используют для улучшения микроциркуляции и предотвращения избыточного отложения фибрина. Он не проходит через плаценту и не оказывает повреждающего действия на плод. Лечение следует проводить под контролем реологических и коагуляционных свойств крови в комплексе с другой терапией. Развитию сосудистого ложа миометрия и плаценты, нормализации микроциркуляции способствует длительное подкожное введение низкомолекулярного гепарина — фраксипарина в сочетании с антиагрегантами (трентал, теоникол, курантил или дипиридамол). Лечение проводят только по строгим показаниям во II—III триместрах, его длительность составляет от 10 дней до 7 нед. Используемые дозировки гепарина (15 000— 20 000 ЕД в сутки) относительно безопасны в отношении геморрагических осложнений, но, несмотря на это, требуется регулярный контроль за состоянием свертывающей системы крови не реже 2 раз в неделю. За 2—3 сут до родоразрешения гепарин следует отменить. При этом кровопотеря в родах или при кесаревом сечении в случае правильного применения фраксипарина не превышает физиологическую. У новорожденных геморрагические осложнения также отсутствуют. Для улучшения маточно-плацентарного кровотока применяют дипиридамол (курантил), который, проникая через плаценту, оказывает положительное влияние на плод. Важной особенностью препарата является его тормозящее воздействие на агрегацию эритроцитов и тромбоцитов. Для улучшения маточно-плацентарного кровообращения используют сибутин, при этом следует учитывать кратковременность его действия. Препарат можно вводить с партусистеном и гепарином, усиливая тем самым их терапевтический эффект.

В комплексную терапию плацентарной недостаточности следует включать средства, улучшающие газообмен и метаболизм в плаценте. К ним относятся оксигенотерапия,

энергетические смеси, аминокислоты, витамины и препараты железа в сочетании с нестероидными анаболическими препаратами. При этом следует отметить, что глюкоза является основным энергетическим продуктом, утилизируемым при экстремальных состояниях. Хорошее действие на метаболическую функцию плаценты оказывает калия оротат, который участвует в синтезе белковых молекул и является стимулятором белкового обмена.

Длительность терапии плацентарной недостаточности должна составлять не менее 6 нед (в стационаре с продолжением лечения в условиях женской консультации).

В случаях выраженных ВЗРП и внутриутробной гипоксии плода единственно правильным является досрочное родоразрешение. При критическом состоянии плода родоразрешение необходимо проводить путем кесарева сечения.

Схемы лечения

В условиях стационара

• лечение основной патологии беременности;

• оксигенотерапия: вдыхание увлажненной кислородно-воздушной смеси в течение 30—60 мин 2 раза в день;

• препараты, влияющие на энергетический обмен:

— глутаминовая кислота по 0,1 г 3 раза в день или метионин по 0,5 г 3 раза в день,

— галаскорбин по 0,5 г 3 раза в день,

— железо в виде ферроплекса по 2 драже 4 раза в день,

— кокарбоксилаза по 100 мг внутримышечно ежедневно;

• вазоактивные препараты: трентал, курантил, партусистен, эуфил-лин внутривенно (на растворе натрия хлорида или глюкозы) или внутрь. Курс лечения 4—6 нед, из них в течение 5—7 дней проводят инфузионную терапию, в остальные дни препараты назначают внутрь;

• реополиглокин по 400—500 мл 10 % раствора внутривенно капельно 3—4 раза ежедневно или 2—3 раза в неделю;

• свежемороженая плазма— 150 мл внутривенно капельно при низком содержании белка в крови (ниже 60 г/л);

• при введении больших доз глюкозы ее применяют с инсулином в количестве 1 ЕД на 4 г сухого вещества глюкозы.

В условиях женской консультации

• диатермия окологречечной области (до 10 сеансов) в чередовании с УФО (10 сеансов);

• диета, богатая белком (отварное мясо, рыба, творог) и витаминами;

• внутривенное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы с 0,5 мл 0,06 % раствора коргликона внутривенно медленно ежедневно или через день (10 инъекций);

- кокарбоксилаза внутримышечно по 50 мг ежедневно в течение 10—14 дней;
- эуфиллин (или но-шпа, папаверин) по 0,15 г внутрь 2 раза в сутки и по 0,2 г в свечах на ночь в течение 14 дней;
- трентал по 1 таблетке 3 раза в сутки или изадрин по 0,005 г (под язык) 3 раза в сутки в сочетании с финоптином (изоптином);
- калия оротат по 0,5 г 3 раза в сутки;
- ферроплекс (конферон) по 1 драже (капсуле) 3 раза в сутки;
- метионин по 0,5 г 3 раза в сутки;
- аскорутин по 1 таблетке 3 раза в сутки.

В отсутствие эффекта в течение 10—14 дней показана госпитализация. Профилактика плацентарной недостаточности

1. Исключение влияния вредных факторов, особенно в первые дни и недели беременности: а) курение, прием алкоголя и медикаментозных средств без назначения врача, б) до и во время беременности санация очагов инфекции, лечение хронических заболеваний.

2. С наступлением беременности разъяснение роли сбалансированного питания, полноценного и несколько более продолжительного отдыха и сна.

3. Выявление и взятие на диспансерный учет беременных из группы высокого риска развития плацентарной недостаточности. К ним относятся женщины, у которых длительно существует угроза прерывания беременности, с гестозами, миомой матки, хроническим пиелонефритом, гипертонической болезнью, сахарным диабетом, изосерологической несовместимостью крови матери и плода, многорожавшие женщины, в анамнезе которых имеется антенатальная гибель плода или рождение детей с гипотрофией.

4. Проведение профилактических мероприятий трижды в течение беременности у женщин из группы высокого риска, особенно в сроки до 12 нед и в 20—22 нед. Женщины этой группы риска должны быть направлены в стационар с целью активизации компенсаторно-приспособительных механизмов организма.

## Тема :№60. Внутриутробное инфицирование плода. TORCH –инфекция.

Беременность – серьезное испытание для женского организма. Часто во время беременности у женщины обостряются хронические заболевания, снижается иммунитет и поэтому будущая мама становится особенно уязвимой для всякого рода инфекционных заболеваний. Среди инфекций есть относительно безобидные для матери и плода (например, ОРЗ) и очень опасные (вплоть до ВИЧ). Но есть группа инфекций, особенность которых заключается в том, что, будучи относительно безобидными для детей, взрослых и самой беременной женщины, они становятся чрезвычайно опасными для еще не рожденного ребенка, который

является для них беззащитной мишенью. Женщина, оставаясь клинически совершенно здоровой, становится невинным источником заражения и часто гибели эмбриона и плода.

По первым буквам латинских названий входящих в нее инфекций эту группу принято называть аббревиатурой TORCH-инфекции или инфекциями TORCH-комплекса, что расшифровывается так: **T** — токсоплазмоз (toxoplasmosis), **O** — другие инфекции (others), **R** — краснуха (rubella), **C** — цитомегаловирусная инфекция (cytomegalovirus) и **H** — герпес (herpes simplex virus). Загадочная буква O – others (другие) – подразумевает такие инфекции: корь, ветрянка, гепатиты В и С, хламидиоз, сифилис, ВИЧ-инфекция, листериоз.

Эффективность профилактики TORCH-инфекций у беременных и женщин, планирующих беременность, зависит от корректности проведения обследования и правильной интерпретации полученных результатов. К сожалению, сегодня рождение здоровых детей происходит не благодаря, а вопреки усилиям гинекологов в области диагностики и лечения TORCH-инфекций, для большинства из которых эта область медицины остается Terra incognita. Поэтому, осторожнее! Сегодня для беременных существуют две опасности: TORCH-инфекций и врачи, которые плохо разбираются в этом вопросе. Торч инфекции при беременности: расшифровка анализа

TORCH (ТОРЧ) – патогенные инвазии, которые Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) считает наиболее опасными для женщины в период гестации (беременности) и плода, который она носит. Особенность этих инвазий – в их относительной безобидности для человека в обычном состоянии и значительной опасности для беременных, что делает анализ на ТОРЧ-инфекции при беременности крайне важным способом диагностирования, предупреждения и расшифровки возможных угроз здоровью женщины в положении.



Слово «ТОРЧ» – не аббревиатура, а всего лишь русское прочтение таковой на английском языке. В отечественной медицинской практике равнозначным аббревиатуре «TORCH» термином является сокращение «ВУИ» (внутриутробная инфекция). К ТОРЧ-инфекциям принадлежит комплекс вирусных и бактериальных патогенов, способных пагубно влиять на развитие гестации, на здоровье плода (в первую очередь – на его нервную систему), на вероятность самопроизвольного аборта беременной и пороков развития плода.

Расшифровка аббревиатуры:



Из рисунка становится ясным значение всех букв аббревиатуры, кроме «other» (другие). В эту категорию входят доказанные (сифилис, хламидиоз, гепатиты А и В, гонококковая инфекция, листериоз) и вероятные (парвовирус В19, вирус ветрянки, энтеровирусы) инфекции, похожие по клиническим проявлениям внутриутробного заражения новорожденных на токсоплазмоз, краснуху, цитомегаловирус и герпес.

- Антитела к краснухе при беременности
- Анализ на токсоплазмоз у беременных

Виды иммунитета

Классификация иммунитета долгое время представляла проблему в медицине, пока не был выработан единый подход в этом вопросе. В самом упрощенном виде иммунитет подразделяют на два вида: а) неспецифический (врожденный) и б) специфический (приобретенный). Более подробно на схеме:



Выработка антител связана с развитием гуморального типа иммунного ответа.

## Антитела

Антитела (иммуноглобулины, Ig) – специфические белки, вырабатываемые  $\beta$ -лимфоцитами (плазмócитами), основная задача которых в человеческом организме – иммунная регуляция, участие в иммунном ответе в качестве своеобразного оружия против антигенов. У млекопитающих выделяют пять специфических классов иммуноглобулинов – IgG, IgA, IgM, IgD, IgE, они отличаются друг от друга функциональными особенностями, химическим составом, физической структурой:

### Значение антител IgG и IgM в диагностике инфекций группы TORЧ

Иммуноглобулины класса М и G проявляют себя на разных этапах разрастания инфекции и распадаются в крови каждый в свой срок, что позволяет специалистам определять момент проникновения инфекции и делать довольно точные прогнозы относительно дальнейшего течения болезни, назначения лечения.

Антитела М возникают на самых ранних этапах развития инфекционного процесса, долго сохраняются в крови (от 6 недель до 2 лет), выполняют рецепторную функцию (отвечают за определение уязвимости антигена). Они первыми из всех иммуноглобулинов реагируют на антиген, потом их заменяют антитела G. Антитела М не способны проникать через плаценту к плоду, но этого и не нужно, так как они вырабатываются в его крови (за эту особенность их прозвали антителами новорожденных). Наличие такого типа иммуноглобулинов – верный признак присутствия инфекции, в том числе и ВУИ.

### Значение антител IgG и IgM в диагностике инфекций группы TORЧ

Иммуноглобулины класса М и G проявляют себя на разных этапах разрастания инфекции и распадаются в крови каждый в свой срок, что позволяет специалистам определять момент проникновения инфекции и делать довольно точные прогнозы относительно дальнейшего течения болезни, назначения лечения.

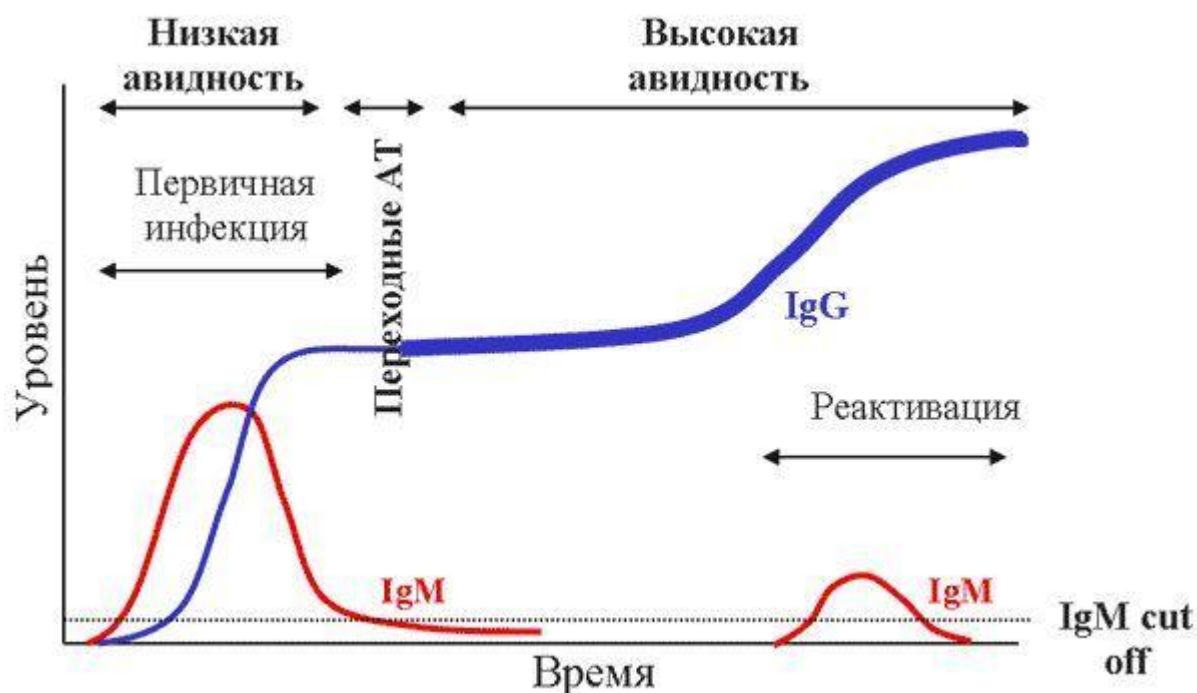
Антитела М возникают на самых ранних этапах развития инфекционного процесса, долго сохраняются в крови (от 6 недель до 2 лет), выполняют рецепторную функцию (отвечают за определение уязвимости антигена). Они первыми из всех иммуноглобулинов реагируют на антиген, потом их заменяют антитела G. Антитела М не способны проникать через плаценту к плоду, но этого и не нужно, так как они вырабатываются в его крови (за эту особенность их прозвали антителами новорожденных). Наличие такого типа иммуноглобулинов – верный признак присутствия инфекции, в том числе и ВУИ.

Антитела G (имеют 4 подкласса) – самые «главные» антитела в человеческом организме, играют основополагающую роль в гуморальном иммунном ответе. Синтез этого типа антител зависит от первичной реакции антигена с антителами типа М – полученная информация об уязвимости антигена формирует «убийственный» потенциал IgG. При повторной инвазии уже «знакомому» патогену IgG начнут вырабатываться сразу, минуя рецепторную реакцию иммуноглобулинов М (лабораторно это будет выглядеть, как много IgG и мало IgM, то есть, у обследуемого есть стойкий иммунитет к инфекции). Антитела G способны проникать через плаценту к плоду, создавая основу антиинфекционного иммунитета новорожденных. Выявление у беременной большого количества IgG к одной из TORЧ-инфекций не считается показанием к ее лечению.

### Авидность

Этим понятием в иммунологии характеризуют силу приобретенного иммунитета, его стойкость и стабильность. Если произошло первичное заражение, то IgG начнут

вырабатываться не сразу, а спустя какое-то время – это низкая или минимальная авидность, указывающая на отсутствие у обследуемого иммунитета к инфекции; если IgG начали вырабатываться более быстро, чем обычно, но все же недостаточно резко – это средняя или нормальная авидность, говорящая о том, что у пациентки иммунитет к патогену выработался сравнительно недавно; если IgG появляется сразу и в большом количестве, то это высокая, максимальная авидность – свидетельство давнего, стабильного иммунитета к инфекции.



### Клинические особенности процедуры анализа на ТОРЧ-инфекцию

В соответствии с календарным планом сдачи анализов женщиной во время гестации, анализ на ТОРЧ-инфекции осуществляется один раз, когда беременная становится на учет. Но, если подойти к вопросу более ответственно, то диагностику внутриутробных инфекций нужно осуществить за 2-3 месяца до гестации. Конечно, рассчитать все не так уж и просто, но планирование беременности позволит женщине застраховаться от неприятных случайностей.

### Подготовка к сдаче анализов

Материалом для анализа служит кровь, забранная из вены. Забор осуществляется утром натощак – женщина ничего не должна кушать за 7-8 часов до начала процедуры. Можно пить воду и подслащенный чай (за 1-1,5 часа до начала процедуры). Есть некоторые продукты, способные изменить показатели теста, даже в тех случаях, когда их потребление произошло за сутки до начала процедуры, например, алкоголь. Естественно, лучше воздержаться от употребления этих продуктов задолго до начала диагностики. Также не лишним будет воздержание от приема витаминов и пищевых добавок.

### Маркировка результатов

Говоря о маркировке результатов анализа, обратим внимание на два не связанных между собой типа обозначения теста – общее и частное. Общее – это интерпретация самого теста, она бывает отрицательная, положительная и ложноположительная. Частное – это обозначение иммуноглобулинов символами минус «-», плюс «+» и плюс-минус «+», например, -IgG, +IgG и +IgG.

Общая интерпретация:



- отрицательная – нет инфекции;
- положительная – обнаружена инфекция;
- ложноположительная – анализ показал наличие инфекции при ее отсутствии. Такой результат чаще всего связан с аутоиммунным фактором, атакой иммунитета на собственный организм. В редких исключениях – с ошибкой лабораторного тестирования, метаболической реакцией организма беременной женщины на употребление некоторых продуктов и лекарств. В случае выпадения ложноположительного результата, как правило, назначают повторное тестирование.

Маркеры антител — это показатели авидности:

- минус – низкая авидность;
- плюс/минус – средняя авидность;

## ПЛЮС – ВЫСОКАЯ АВИДНОСТЬ.

### О чем расскажет анализ крови на TORCH-инфекции

Некоторые анализы сдают одновременно с определением группы крови. Это реакция Вассермана (анализ на сифилис), на гепатиты, и на ВИЧ-инфекцию. Остальные инфекции определяются другими методами. Сейчас наибольшее распространение получили такие методы, как ИФА (иммуноферментный анализ) и ПЦР (полимеразная цепная реакция). Эти методы исследования появились в России не так давно, но сейчас они получили повсеместное распространение и активно используются для диагностики как инфекционных, так и многих других заболеваний.

Метод ПЦР позволяет выявить даже ничтожно малое количество возбудителя, причем для анализа на TORCH-инфекции при беременности можно использовать как кровь, так и другие жидкости (у женщин, в частности, слизь из влагалища и шейки матки или мочу). Более того, этот метод позволяет идентифицировать тип возбудителя (например, герпес I или II типа).

Но выявление возбудителя не дает возможности отличить острую форму заболевания от носительства инфекции. Выявить это поможет метод ИФА. Для этого исследования лучше сдать кровь, так как антитела — вещества, вырабатываемые нашим организмом в ответ на внедрение инфекционного (чужеродного) агента, — находятся в сыворотке крови. Получив результат анализа, врач по выявленным антителам (и по их концентрации) определит, страдает пациентка острой или хронической формой заболевания или просто является носителем инфекции. Наличие в крови только IgM будет говорить об остром инфицировании и о том, что в этот момент женщина может заразить своего еще не родившегося малыша. Это особенно опасно, если женщина заразилась впервые, да еще и во время беременности, так как при острой стадии заболевания возбудители проникают через плаценту, вызывая внутриутробное заражение плода. Если в анализе есть и IgG, то болезнь переходит в хроническую стадию. При некоторых инфекциях (герпесе и хламидиозе) через 10-14 дней после появления IgM появляются IgA, что также свидетельствует об острой стадии инфекции. Позднее этот класс антител перестает вырабатываться и исчезает, и остаются только IgG. Наличие в анализе только IgG говорит о том, что человек страдает хронической формой заболевания или когда-то переболел данной инфекцией. А вот количество этих антител даст возможность точно определить, что это такое: носительство, ранее перенесенная инфекция или обострение хронического процесса. При обострении отмечается значительное (в несколько раз) повышение IgG и могут опять появиться IgM, и тогда женщина вновь становится заразной. Если же количество IgG невысокое, то это говорит о том, что у женщины был контакт с инфекцией (или она перенесла инфекцию и является носителем) и ее организм выработал защитные антитела. И тогда, даже если во время беременности произошло обострение заболевания (что возможно при герпесе, цитомегаловирусе, хламидиозе и некоторых других инфекциях), риск заразить малыша значительно снижается, а в некоторых случаях практически невозможен.

## Тема :№61.Трансмиссия ВИЧ инфекции через мать плод.

При попадании в организм вируса происходит угнетение иммунной системы, в частности лейкоцитов, призванных бороться с микроорганизмами и разного рода грибами. Именно снижение количества лейкоцитов и белых кровяных телец в организме приводит к неустойчивости иммунитета перед натиском инфекции, передающейся тем или иным путем.

К сожалению, с вирусом человеку приходится жить всю оставшуюся жизнь, а смерть может наступить внезапно от любого примитивного ОРВИ, гриппа, ОРЗ. Инфицированный ВИЧ человек становится носителем вируса и может заразить другого при тесных контактах,

независимо от состояния вируса, его пребывания: в инкубационной либо конечной стадии. Только профилактика, адекватное лечение может значительно продлить жизнь.

Итак, в момент зарождения:

- протеиновый грибок быстро встраивается в молекулу ДНК,
- прикрепляется, внедряясь в структуру здоровых клеток,
- начинает действовать и размножаться, при этом иммунной системе ничего не остается делать, как подчиниться.

Сам по себе процесс происходит на протяжении 12-14 часов. Если в этот период начать принимать ретровирусные препараты, то вирус можно уничтожить. Если же этого не происходит, то пораженные клетки иммунной системы начинают истощаться. Вирус размножается, прогрессирует, убивает защитные функции организма: нервные клетки и клетки иммунной системы, которая уже не может противостоять натиску разного рода паразитов. Ничего не препятствует развитию онкопроцессов, злокачественных опухолей. Вот почему вич инфицированный человек совершенно не застрахован от поражения злокачественной опухолью: лимфомой, саркомой Капоши.

Как передается ВИЧ инфекция?

ВИЧ инфицированный человек становится заразным и потенциально опасным для окружающих людей. Итак, различают три пути заражения вич:

- парентеральным путем при попадании вируса в кровь через зараженные иглы, инструменты в момент прокалывания кожи. Это проблема наркоманов, когда вводятся приготовленные растворы через инъекции с одной иглы. Бывают случаи заражения при переливании крови при введении зараженной иглы под кожу. Прокалывание ушей, нанесение татуировок при заведении иглы под кожу также может быть потенциально опасным. В таких случаях заражение вич практически 100%,
- половым путем при незащищенном сексе, попадании вируса в организм через микротрещины, порезы в сперму, секрет цервикального канала. Кроме того, возможна передача вследствие гетеросексуальных, гомосексуальных контактов, которые как раз и становятся зачастую причиной инфицирования человека. Риск заражения увеличивается в разы при частой смене партнеров или групповом сексе. Именно женщины после гомосексуальных контактов страдают больше мужчин, приобретая от них инфекцию. Заразиться можно через частицы спермы, оставшейся на гениталиях, половых органах, промежностях при занятиях сексом презервативов. Спровоцировать передачу может венерическое заболевание у партнера,
- вертикальным, когда на данном этапе вич инфекции и пути передачи заражается малыш от матери в период беременности в случае повреждения плацентарного барьера. Возможно заражение малыша от матери при случайном повреждении слизистой, кожи в момент прохождения через родовые пути, при попадании в организм вагинального секрета через кровь, или в момент прохождения малыша через родовые пути, также через грудное молоко в процессе кормления грудью.

Однако, стоит заметить, что заразиться можно ли от попадания инфекционного агента большими дозами. Причем передача инфекции возможна через:

- грудное молоко,

- ректальную или вагинальную жидкость,
- сперму,
- кровь.



К

сожалению, с вирусом человеку приходится жить всю оставшуюся жизнь, а смерть может наступить внезапно от любого примитивного ОРВИ, гриппа, ОРЗ. Инфицированный ВИЧ человек становится носителем вируса и может заразить другого при тесных контактах, независимо от состояния вируса, его пребывания: в инкубационной либо конечной стадии. В основе пути передачи вич — половые контакты, хотя вне организма вирус долго прожить не может. Излюбленное место для развития — иммунные клетки — лимфоциты с дальнейшей трансформацией в ДНК структуры. Толчком для развития вируса может стать язвенное поражение матки, эрозия шейки, сифилис, генитальный герпес. В таких случаях риск заражения ВИЧ иммунодефицит довольно высок. Можно заполучить инфекцию в момент эякуляции при введении пениса в рот и при наличии ранок, язвочек на деснах. Это проблема женщин. А вот мужчины страдают вич-инфекцией реже, поскольку имеют более грубый слой эпидермиса, через который вирус проникнуть практически не может.

Источником заражения является кровь и не застрахованы от заражения люди от доноров при пересадке тканей и органов. Именно доноры являются потенциально опасными людьми, поэтому сегодня ведется четкий скрининг определения крови на ВИЧ. Кроме того: иглы при введении внутривенных инъекций являются источником заражения, поэтому немудрено, когда наркоманы сознательно заполучают себе страшную болезнь, пользуясь одних шприцом.

Согласно теории, велика вероятность заражения при случайном проколе кожи иглой от инфицированного шприца, т.е. при контактах с зараженной кровью. Значит, заразиться могут и врачи при лечении больных с вич, спид статусом. Бывали случаи, когда дантист наградил пациента вирусом при лечении зубов. Важно понимать, что в организм должно попасть довольно большое количество крови, или порезы, ссадины на руках должны быть немалыми. Все-же вероятность заражения пациента вход медработников до сих пор считается мизерной.

Что касается укуса насекомого, комара, то это довольно редкий способ передачи инфекции. Если на коже нет совершенно никаких признаков травм, то заражение вирусом практически невозможно.

Кто входит в группу риска?

Степень риска предопределяет поведение человека, его образ жизни. Рискуют те, кто:

- имеет множество партнеров по сексу,
- не пользуются презервативами при случайных связях,
- является носителем заболевания, передающегося половым путем,
- увлекается наркотиками путем введения нестерильных игл под кожу.

Уязвимыми лицами до сих пор остаются проститутки, гомосексуалисты и наркоманы. Передача ВИЧ инфекции возможна через половой путь, единственный шприц, посуду, анальный или вагинальный секс без применения контрацептивов. Кроме того, имеются люди, которые сознательно хотят заразиться, выбирая для себя больных и вступая с ними в половые связи. Может быть, не основательно был проверен донор при передаче крови. Как правило, причины заражения – к халатности к своим трудовым обязанностям или к своему здоровью, игнорируя соблюдение элементарных правил личного поведения и гигиены.

Когда заражение ВИЧ невозможно?

ВИЧ инфицирование до сих пор люди воспринимают неоднозначно, побаиваясь и стараясь от больных держаться подальше. Нельзя заразиться инфекцией через: слюну, кашель, чихание, слезы, поцелуй, телесные контакты, пищу, посуду, пользование общественным туалетом, душевой, баней, бассейном, транспортом.

Не являются источниками заражения и кровососущие насекомые. Всё это мифы. Нельзя получить заражение, стоя рядом с больным человеком и даже лежа с ним в одной постели, приема пищи из одной тарелки.

Важно понимать, что концентрация биологических выделений должна быть высокой, чтобы вирусный очаг смог:

- проникнуть внутрь организма,
- встроиться в клетки ДНК и как следует к ним прикрепиться,
- привести к разрастанию.

При отсутствии повреждений на покровах кожи это невозможно, причем концентрация вируса в разных секретах может быть различной. Большую роль играют не только способы передачи, но и гены человека, устойчивость иммунитета, усугубляющие факторы для развития вич.

Какие проявляются симптомы?

На начальных стадиях внедрения вируса симптомы практически отсутствуют и выявить инфицирование трудно по причине индивидуальности каждого организма. Согласно

статистике первые признаки проявляются спустя 2-3 недели с момента инфицирования. Но иногда они не появляются вообще в течение 10 лет. Лишь только иммунной системе стоит дать слабину, как вирус может возобновиться и как вспышка инфекции под прикрытием гриппа, ОРВИ проявиться вновь. Даже при заражении вирусом лимфоцитарный уровень будет снижаться постепенно, а вместе с ним иммунитет, когда именно легкая простуда и недомогание становятся причиной смерти у больных.

Пока антитела попадут в кровь может пройти до 1 года. Но опять же, лишь при ослабленном иммунитете, наличии у человека иных венерических или хронических заболеваний.

Первичные признаки вич начинаются с:

- повышения температуры,
- появления красноты на покровах кожи по типу крапивницы,
- воспаления слизистой оболочки в полости рта,
- увеличения в размерах лимфоузлов,
- появления болезненности, уплотнения.

Период развития вируса может достигать до 10 лет. Но если не принимать меры на начальном этапе, то вскоре врачи констатируют СПИД, и пути передачи те же, но уже с окончательным угнетением клеточного иммунитета. В это время у больных начинают выскакивать на губах герпес, незаживающие язвочки на слизистой половых органов. Развивается во влагалище молочница, лейкоплакия на половых органах. Организм становится беззащитным перед развитием саркомы, капоши, опухолевого злокачественного процесса.

Стоит обратить внимание на подобные симптомы и обратиться к врачам, сдать анализа если:

- появился герпес на губе,
- постоянно увеличены лимфоузлы,
- повышается часто температура тела,
- резко снижается вес,
- простуда, болезни дыхательных путей и лихорадочное состояние стали постоянными,
- нарушилось пищеварение,
- выявлено воспаление во влагалище у женщин.

## Основные истинные пути передачи ВИЧ-инфекции.



Наркоманы и

проститутки — это люди наиболее подвержены заболеванию

Герпес на губе – не всегда простуда либо вирусное заболевание. Возможно произошло заражение ВИЧ, поэтому стоит всё-таки провериться и сдать кровь, поскольку именно так скрытно под маской иных заболеваний ведет себя вирус на начальном этапе скрытого развития.

Как проводится лечение?

Очень сложный вопрос, поскольку сегодня непродуманно лекарств для угнетения подобного вируса, хотя врачи могут предупредить и не допустить перехода вич инфекции в стадию – СПИД.

Прием препаратов, назначенных врачом, должен стать для больных постоянным для ведения полноценной жизни. Только при таких условиях люди с ВИЧ инфекцией живут вполне благополучно долгие годы. Через 2-3 года происходит мутация и устойчивость вируса к тем или иным препаратам, поэтому необходима замена на иные. Значит, пациенты находятся на протяжении жизни под учетом своих лечащих врачей.

Большую роль играет профилактика:

- пребывание на воздухе,
- обработка антисептиками покровов кожи при случайном проколе иглой. Кроме того, чтобы биологически заразная жидкость не попала в организм, важно начать противовирусное лечение не позднее чем через 2 часа с момента заражения,
- обращение к специалистам на протяжении 72 часов при прорыве презерватива после случайного сексуального контакта,
- полный отказ от естественного вскармливания при вич инфекции у матери,

- проведение родоразрешения только лишь путем кесарева сечения.

Кроме того, при ответе на вопрос, как можно заразиться и основные пути заражения какие вич инфекции стоит знать свойства вируса. Он довольно неустойчив к ацетону, эфиру, спирту. Также гибнет при замораживании или нагреве свыше 60 гр. При кипячении гибнет за 1 минуту. В случае отсутствия трещин и порезов вирус разрушается прямо на коже.

Профилактика заключается в:

- соблюдении правил общей и личной гигиены,
- защите организма от заражения инфекциями: стафилококком, гриппом, ОРВИ,
- поддержании зубов и десен, пищеварения в порядке,
- недопущении повреждений на слизистых оболочках и коже,
- соблюдении диеты,
- снижении нагрузки на печень, органы пищеварения,
- занятиях спортом, гимнастикой,
- поддержке обмена веществ.



Прием препаратов, назначенных врачом, должен стать для больных постоянным для ведения полноценной жизни. Только при таких условиях люди с ВИЧ инфекцией живут вполне благополучно долгие годы. Через 2-3 года происходит мутация и устойчивость вируса к тем или иным препаратам, поэтому необходима замена на иные. Кроме того, ретровирусная терапия против ВИЧ и СПИДа должна быть начата незамедлительно при присвоении человеку статуса. Только правильное лечение и профилактика способны приостановить развитие недуга, поддержать самочувствие у больного в норме.

Заражение вич инфекцией – это образ жизни человека, способного превознести ее другим людям как некий тренд. Наверное, кроме коварных заболеваний нужно еще искоренять из организма проблемы психологического характера.

**Тема № 62. Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи. Антиретровирусная терапия.**



## АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ ХИМИОПРЕПАРАТЫ

Антиретровирусные препараты применяют для терапии и профилактики ВИЧ-инфекции. Существует 3 класса АРВП:

1. Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ.
2. Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ.
3. Ингибиторы протеазы ВИЧ.

### Общие показания к применению АРВП

Лечение инфекции, вызванной ВИЧ-1 и ВИЧ-2 (зидовудин, фосфазид, ставудин, диданозин, зальцитабин, ламивудин, абакавир).

Профилактика перинатальной ВИЧ-инфекции (зидовудин, фосфазид).

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции у новорожденного (зидовудин).

Химиопрофилактика парентерального заражения ВИЧ (зидовудин, фосфазид, ставудин, диданозин, ламивудин, абакавир).

### Общая информация для пациентов, принимающих АРВП

Назначенный препарат не излечивает от СПИДа и не предупреждает заражение ВИЧ, однако способствует уменьшению размножения вируса и защищает иммунную систему от повреждения. Это приводит к более медленному развитию проявлений, характерных для СПИДа и ВИЧ-инфекции. Необходимо соблюдать режим лечения, не пропускать дозу и принимать ее через равные промежутки времени, своевременно обращаться к врачу для проведения анализов крови. В случае пропуска дозы принять ее как можно скорее; не принимать, если почти наступило время приема следующей дозы; не удваивать дозу. Сообщайте врачу о всех новых симптомах. Обязательно консультируйтесь с врачом при необходимости применения новых ЛС.

### Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ

К данному классу АРВП относят:

#### *аналоги тимидина -*

зидовудин,  
фосфазид,  
ставудин;

#### *аналог аденина -*

диданозин;

#### *аналоги цитидина -*

зальцитабин,  
ламивудин;

#### *аналог гуанина -*

абакавир.

### Механизм действия

В основе структуры всех НИОТ лежит один из аналогов природного нуклеозида (тимидин, аденин, цитидин или гуанин), что обуславливает общее свойство метаболитов каждого из препаратов блокировать обратную транскриптазу ВИЧ и избирательно ингибировать репликацию вирусной ДНК. Под действием

соответствующих ферментов препараты метаболизируются с образованием трифосфатов, которые и проявляют фармакологическую активность. Способность препаратов этой группы ингибировать обратную транскриптазу ВИЧ в сотни раз выше, чем способность подавлять ДНК-полимеразу человека. НИОТ активны в инфицированных ВИЧ Т-клетках и макрофагах, ингибируют ранние стадии жизненного цикла вируса.

### **Зидовудин (ZDV)**

Является аналогом тимидина. Первый антиретровирусный препарат, зарегистрирован в 1987 г.

#### **Фармакокинетика**

Хорошо всасывается в ЖКТ, пища (особенно жирная) несколько уменьшает биодоступность. Время достижения пиковой концентрации в сыворотке - 0,5–1,5 ч, в СМЖ - 1 ч. Связывание с белками плазмы низкое (30–38%). Проникает через ГЭБ, плаценту, в семенную жидкость. Метаболизируется в печени до неактивного метаболита, выводится почками. Период полувыведения - 1,1 ч, клеточный - 3,3 ч.

#### **Нежелательные реакции**

*ЖКТ:* наиболее часто тошнота и рвота, редко нарушения вкуса, боль в животе, диарея, анорексия, метеоризм.

*Печень:* повышение активности трансаминаз, стеатоз.

*Гематологические реакции:* анемия, нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения.

*Нервная система:* слабость, повышенная утомляемость, головная боль, бессонница, астенический синдром, сонливость, депрессия, периферические нейропатии, парестезии.

*Сердце:* боль.

*Легкие:* кашель.

*Другие:* редко - лактацидоз, миопатия (обусловлена митохондриальной токсичностью), лихорадка, озноб, учащение мочеиспускания, панкреатит.

#### **Противопоказания**

##### **Абсолютные**

Гиперчувствительность и зидовудину.

Лейкопения (число нейтрофилов менее  $0,75 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

Анемия (уровень гемоглобина менее 70 г/л).

##### **Относительные**

Дефицит витамина В<sub>12</sub> или фолиевой кислоты.

Печеночная недостаточность.

#### **Предупреждения**

*Беременность.* Зидовудин проникает через плаценту. Применение препарата беременным, инфицированным ВИЧ, достоверно снижает риск инфицирования ребенка.

*Кормление грудью.* Препарат проникает в грудное молоко и достигает концентрации, близкой к сывороточному уровню. Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Педиатрия.* Зидовудин не применяется для терапии ВИЧ-инфекции у детей до 3 мес.

*Нарушение функции почек.* При тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 20 мл/мин) требуется коррекция дозы.

*Нарушение функции печени.* Печеночная недостаточность может приводить к кумуляции препарата и повышению риска токсичности, необходимо уменьшение дозы.

### **Лекарственные взаимодействия**

Не рекомендуется одновременный прием зидовудина, фосфазида и ставудина, поскольку все они являются аналогами тимидина и могут конкурировать за фермент тимидинкиназу.

Метадон повышает уровень зидовудина в плазме на 30–40%.

При сочетании зидовудина с парацетамолом увеличивается риск возникновения нейтропении.

Ингибиторы цитохрома Р-450 (циметидин и др.) повышают концентрацию зидовудина в плазме. Препараты, обладающие нефротоксическим действием и подавляющие функцию костного мозга (амфотерицин В, ганцикловир, винкристин, винбластин), увеличивают риск токсического действия зидовудина.

Не рекомендуется сочетать зидовудин с рибавирином, так как они являются антагонистами и ослабляют фармакологическую активность друг друга.

### **Фосфазид (ФАЗТ)**

Оригинальный отечественный препарат, аналог тимидина, является одним из метаболитов зидовудина. Зарегистрирован только в России. Эффективность и безопасность изучена в одном несравнительном многоцентровом исследовании.

### **Фармакокинетика**

Ограниченно всасывается в ЖКТ. Время достижения пиковой концентрации в сыворотке - 2,5–3 ч. Хорошо распределяется. Проходит через ГЭБ, концентрация в СМЖ составляет 15–64% уровня в плазме крови. Проходит через плаценту. Метаболизируется в печени, экскретируется почками. Период полувыведения - 2,5 ч.

### **Нежелательные реакции**

*ЖКТ:* тошнота, рвота, тяжесть в эпигастрии, диарея, анорексия.

*ЦНС:* головная боль, бессонница, слабость.

*Гематологические реакции:* анемия, гранулоцитопения.

*Другие:* миалгия, кожные высыпания, зуд.

### **Противопоказания**

#### **Абсолютные**

Гиперчувствительность к фосфазиду.

#### **Относительные**

Беременность.

Кормление грудью.

Выраженная тошнота/рвота.

Уровень гемоглобина ниже 50 г/л.

Повышение активности трансаминаз или уровня креатинина более чем в 5 раз относительно верхней границы нормы.

Нейтропения (менее или равна  $0,5 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

Тромбоцитопения (менее  $25 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

### **Предупреждения**

*Беременность.* Фосфазид хорошо проходит через плаценту, вследствие чего концентрация его в крови пуповины сопоставима с таковой в крови матери. ВИЧ-инфицированным женщинам не рекомендуется принимать препарат до 14-й недели беременности.

*Кормление грудью.* Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Педиатрия.* Эффективность и безопасность фосфазид у детей не изучалась.

*Нарушения функции почек и печени.* Исследований по эффективности и безопасности препарата у данной категории пациентов не проводили. Следует применять с осторожностью.

### **Лекарственные взаимодействия**

Данные о лекарственных взаимодействиях фосфазид отсутствуют.

#### **Ставудин (D4T)**

Как и зидовудин, является аналогом тимидина.

### **Фармакокинетика**

Хорошо всасывается в ЖКТ, биодоступность не зависит от пищи. Время достижения пиковой концентрации в сыворотке - 0,5–1,5 ч, в СМЖ - 1 ч. Связывание с белками плазмы крови низкое (30–38%). Проходит через ГЭБ. Метаболизируется в печени, выводится почками. Период полувыведения - 1,2 ч, клеточный - 3,5 ч.

### **Нежелательные реакции**

*ЖКТ:* тошнота, рвота, анорексия, боль в животе.

*Гематологические реакции:* анемия.

*Нервная система:* нарушение сна, астенический синдром, головная боль, периферические neuropatii, парестезии.

*Легкие:* кашель.

*Симптомы гиперчувствительности:* сыпь, лихорадка и др.

*Другие:* артралгия, миалгия, панкреатит.

### **Противопоказания**

#### **Абсолютные**

Гиперчувствительность к ставудину.

Периферическая neuropatia.

Кормление грудью.

Возраст до 3 мес.

Печеночная недостаточность.

Тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 15 мл/мин).

#### **Относительные**

Алкоголизм (активный или в анамнезе).

Беременность.

Почечная недостаточность (клиренс креатинина 15–50 мл/мин).

### **Предупреждения**

*Беременность.* Данные о прохождении ставудина через плаценту и возможности уменьшения риска трансплацентарной передачи вируса отсутствуют. При беременности может применяться только в крайних случаях.

*Кормление грудью.* Данные о проникновении ставудина в грудное молоко отсутствуют. Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Педиатрия.* Ставудин противопоказан детям до 3 мес.

*Нарушения функции почек.* У пациентов с нарушением функции почек повышается риск токсичности препарата, поэтому требуется коррекция дозы. При тяжелой почечной недостаточности (клиренс креатинина менее 15 мл/мин) ставудин противопоказан.

*Нарушения функции печени.* Ставудин может провоцировать обострение имеющихся хронических заболеваний печени.

### **Лекарственные взаимодействия**

При сочетании с хлорамфениколом, цисплатином, диданозином, этамбутолом, этионамидом, гидралазином, изониазидом, препаратами лития, метронидазолом, нитрофурантоином, фенитоином, винкристином, зальцитабином повышается риск развития периферической полинейропатии.

Не рекомендуется сочетать с зидовудином, поскольку они оба являются аналогами тимидина и могут конкурировать за фермент тимидинкиназу.

Усиление антиретровирусного эффекта при сочетании с диданозином и зальцитабином.

#### **Диданозин (DDI)**

Является аналогом аденина.

### **Фармакокинетика**

Умеренно всасывается в ЖКТ, пища уменьшает биодоступность. Время достижения пиковой концентрации в сыворотке - 0,5–1,0 ч. Связывание с белками плазмы менее 5%. Хорошо распределяется. Проникает через ГЭБ, уровень в СМЖ достигает 20% концентрации в плазме. Данные о метаболизме точно не установлены. Выводится почками. Период полувыведения - 1,5 ч, клеточный - 8–24 ч.

### **Нежелательные реакции**

*ЖКТ:* тошнота, рвота, сухость во рту, боль в животе, анорексия, метеоризм, диарея.

*Гематологические реакции:* анемия, гранулоцитопения, лейкопения, тромбоцитопения.

*Нервная система:* нарушение сна, астенический синдром, головная боль, тревога, бессонница, эпилептические припадки, периферическая нейропатия, парестезия.

*Кожа:* сыпь, зуд, алопеция.

*Скелетные мышцы:* миалгия, рабдомиолиз.

*Печень:* нарушение функции, стеатоз, гепатит.

*Почки:* острая почечная недостаточность.

*Другие:* анафилактические реакции, лактацидоз, озноб, артралгия, гипертрофия околоушной слюнной железы, сахарный диабет, панкреатит.

## Противопоказания

### Абсолютные

Гиперчувствительность к диданозину.

Кормление грудью.

### Относительные

Панкреатит (активный и в анамнезе).

Состояния, требующие ограничения поступления натрия в организм: сердечная недостаточность, цирроз печени, периферические отеки и/или застойные явления в малом круге кровообращения, гипернатриемия, артериальная гипертензия, токсикоз беременных.

Алкоголизм.

Гипертриглицеридемия.

Почечная и/или печеночная недостаточность.

Подагрический артрит.

Периферическая полинейропатия.

Фенилкетонурия.

Беременность.

## Предупреждения

*Беременность.* Диданозин проходит через плаценту. Данные об уменьшении риска трансплацентарной передачи вируса отсутствуют. Применяют только по абсолютным показаниям.

*Кормление грудью.* Данные о проникновении диданозина в грудное молоко отсутствуют. Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Нарушения функции почек.* Нарушение функции почек может приводить к усилению токсичности препарата. При клиренсе креатинина менее 50 мл/мин требуется коррекция дозы.

## Лекарственные взаимодействия

Одновременный прием алкоголя, азатиоприна, эстрогенов, фуросемида, метилдопы, нитрофурантоина, сульфаниламидов, сулиндака, тетрациклина, тиазидных диуретиков, вальпроевой кислоты повышает риск развития панкреатита.

Одновременный прием хлорамфеникола, цисплатина, этамбутола, этионамида, гидралазина, изониазида, препаратов лития, метронидазола, нитрофурантоина, фениитоина, винкристина, зальцитабина, зидовудина повышает риск развития периферической полинейропатии.

Препараты, всасывание которых зависит от кислотности в желудке (кетоназол, итраконазол), а также фторхинолоны, тетрациклины (образуют хелатные соединения с магниевыми и алюминиевыми солями буферной системы препаратов диданозина, что резко уменьшает их всасывание) должны приниматься за 2 ч до или через 2 ч после приема диданозина.

### Зальцитабин (DDC)

Является аналогом цитидина.

## Фармакокинетика

Хорошо всасывается в ЖКТ, биодоступность не зависит от приема пищи. Время достижения пиковой концентрации в крови - 1–2 ч. Связывание с белками плазмы низкое (менее 4%). Хорошо распределяется.

Проникает через ГЭБ, уровень в СМЖ достигает 5% концентрации в плазме крови. Не метаболизируется, выводится почками. Период полувыведения - 1–3 ч, клеточный - 2,6–10 ч.

### **Нежелательные реакции**

*Опорно-двигательный аппарат:* боль в мышцах, суставах, костях, миозит, артрит.

*Полость рта:* сухость во рту, гингивит, глоссит, стоматит, фарингит.

*ЖКТ:* боль в животе, потеря аппетита, нарушения вкуса, метеоризм, запор, диарея, дисфагия, отрыжка, тошнота, рвота; увеличение слюнных желез, эзофагит (в том числе язвенный), гастрит, кровотечения, геморрой, язвы прямой кишки.

*Гематологические реакции:* анемия, эозинофилия, лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения.

*Сердце:* тахикардия, кардиомиопатия, застойная сердечная недостаточность, артериальная гипертензия, сердцебиение, нарушения ритма.

*Легкие:* кашель, цианоз, одышка.

*Нервная система:* астенический синдром, общая слабость, тремор, судороги, головная боль, головокружение, нарушение координации движений, паралич Белла, дисфония, мигрень, ступор, шум в ушах, нарушения слуха, нарушения обоняния, периферическая нейропатия, парестезии, похолодание конечностей, невралгия, неврит.

*Кожа:* сыпь различного характера (угревая, папулезная, буллезная и др.), дерматит, выпадение волос, крапивница, приливы, зуд, потливость.

*Глаза:* ксерофтальмия, нарушения зрения, боль в глазах.

*Почки:* отеки, учащение мочеиспускания, полиурия, острая почечная недостаточность, токсическая нефропатия.

*Печень:* повышение активности трансаминаз и щелочной фосфатазы, печеночная недостаточность, гепатомегалия, желтуха, гепатит.

*Поджелудочная железа:* повышение активности амилазы, панкреатит.

*Метаболические нарушения:* гиперурикемия, подагра, лактацидоз.

*Другие:* уменьшение массы тела, лихорадка, боль в грудной клетке.

### **Противопоказания**

#### **Абсолютные**

Гиперчувствительность к зальцитабину.

Беременность.

Кормление грудью.

Возраст до 12 лет.

#### **Относительные**

Панкреатит.

Кардиомиопатия.

Сердечная недостаточность.

Язва пищевода.

Печеночная и/или почечная недостаточность.

Периферическая нейропатия.

Алкоголизм.

Исходное число CD4-клеток менее 50/мкл.

### **Предупреждения**

*Беременность.* Данные о прохождении зальцитабина через плаценту и уменьшении риска трансплацентарной передачи вируса отсутствуют.

*Кормление грудью.* Данные о проникновении зальцитабина в грудное молоко отсутствуют. Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Педиатрия.* Эффективность и безопасность зальцитабина у детей до 12 лет не изучена.

*Нарушения функции почек.* При тяжелой почечной недостаточности требуется коррекция дозы или кратности введения в зависимости от клиренса креатинина.

### **Лекарственные взаимодействия**

Не рекомендуется одновременный прием зальцитабина и ламивудина поскольку оба эти препарата являются аналогами цитидина и могут конкурировать за фермент цитидинкиназу.

Синергизм при сочетании с зидовудином и альфа-ИФН.

При сочетании с саквинавиром уменьшается частота развития устойчивости вирусов.

Совместное применение хлорамфеникола, цисплатина, диданозина, этамбутола, этионамида, гидралазина, изониазида, препаратов лития, метронидазола, нитрофурантоина, фенитоина, винкристина, зидовудина повышает риск развития периферической полинейропатии.

Одновременный прием алкоголя, азатиоприна, эстрогенов, фуросемида, метилдопы, нирофурантоина, сульфаниламидов, сулиндака, тетрациклина, тиазидных диуретиков, вальпроевой кислоты повышает риск развития панкреатита.

Антациды, содержащие алюминий и магний, а также метоклопрамид уменьшают всасывание зальцитабина в ЖКТ на 25%.

При сочетании с аминогликозидами, амфотерицином В, фоскарнетом или циметидином увеличивается риск развития НР.

### **Абакавир (АВС)**

Является аналогом гуанина.

### **Фармакокинетика**

Хорошо всасывается в ЖКТ, биодоступность не зависит от приема пищи. Время достижения пиковой концентрации в крови - 0,5–1,0 ч. Связывание с белками плазмы 50%. Хорошо распределяется. Проходит через ГЭБ, уровень в СМЖ достигает 27–33% концентрации плазмы крови. Более 80% абакавира метаболизируется в печени, экскретируется почками. Период полувыведения - 1,54 ч, клеточный - 3,3 ч.

### **Нежелательные реакции**

*Симптомы гиперчувствительности:* сыпь, крапивница и др. Развиваются у 2–3% пациентов. При появлении первых симптомов абакавир немедленно отменяется. Повторное применение недопустимо.

*ЖКТ:* тошнота, рвота, диарея, боль в животе.

*Нервная система:* сонливость, быстрая утомляемость, головная боль, парестезия.

*Печень:* повышение активности трансаминаз, гепатомегалия, жировая дистрофия (преимущественно у женщин).



*Другие:* лактацидоз, лихорадка, лимфаденопатия, конъюнктивит, одышка, гипотензия, панкреатит, изъязвление слизистой оболочки полости рта, миалгия, артралгия.

## **Противопоказания**

### **Абсолютные**

Гиперчувствительность к абакавиру.

Возраст до 3 мес.

### **Относительные**

Беременность.

Кормление грудью.

Патология печени.

## **Предупреждения**

*Беременность.* Данные о прохождении абакавира через плаценту и уменьшении риска трансплацентарной передачи вируса отсутствуют.

*Кормление грудью.* Данные о проникновении абакавира в грудное молоко отсутствуют. Матерям с ВИЧ-инфекцией кормление грудью не рекомендуется.

*Педиатрия.* Эффективность и безопасность абакавира у детей до 3 мес не изучалась.

*Нарушения функции почек.* При тяжелой почечной недостаточности требуется коррекция дозы или кратности введения в зависимости от клиренса креатинина.

## **Лекарственные взаимодействия**

Алкоголь увеличивает уровень абакавира в плазме на 41%.

Аддитивное действие в комбинации с диданозином, зальцитабином, ламивудином и ставудином.

## **Информация для пациентов**

При появлении первых признаков гиперчувствительности к препарату (лихорадка, появление сыпи на коже, недомогание, слабость, тошнота, рвота, боль в животе и др.) его прием необходимо немедленно прекратить и обратиться к врачу.

Во время лечения не следует употреблять алкогольные напитки.

### **Ламивудин (ЗТС)**

См. гл. «Препараты расширенного спектра».

### **Ламивудин / Зидовудин**

Комбинация аналогов цитидина и тимидина, оказывающая синергидный эффект.

**Фармакокинетика, нежелательные реакции, лекарственные взаимодействия** - см. зидовудин и ламивудин.

## **Противопоказания**

### **Абсолютные**

Гиперчувствительность к ламивудину и зидовудину.

Нейтропения (менее  $0,75 \cdot 10^9/\text{л}$ ).

Анемия (уровень гемоглобина менее 75 г/л).

### Фармакокинетика

**Таблица. Антиретровирусные препараты.**  
**Основные характеристики и особенности применения**

МНН	Лекформа ЛС	F (внутри), %	$T_{1/2}$ , ч*	Режим дозирования	Особенности ЛС
<i>Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ</i>					
Зидовудин	Капс. 0,1 г; 0,25 г Р-р д/приема внутри 10 мг/мл во флак. по 20 мл Р-р д/инф. 10 мг/мл во флак. по 20 мл	65	1,1	Терапия ВИЧ-инфекции <i>Внутри</i> Взрослые: 0,6 г/сут в 2–3 приема Дети 6 нед–12 лет: 160 мг/м <sup>2</sup> каждые 8 ч (480 мг/м <sup>2</sup> /сут). Профилактика перинатальной ВИЧ-инфекции Беременные, инфицированные ВИЧ: 0,1 г·5 раз в сутки <i>внутри</i> до начала родов, во время родов - 2 мг/кг <i>в/в</i> в течение первого часа, затем <i>в/в</i> 1 мг/кг/ч до отсечения пуповины. Новорожденные: 2 мг/кг каждые 6 ч в течение первых 6 нед жизни	Жирная пища может уменьшать скорость и объем всасывания препарата
Фосфазид	Табл. 0,2 г; 0,4 г	20	1,1	<i>Внутри</i> Терапия ВИЧ-инфекции Взрослые: 0,6–1,2 г/сут в 2 приема. Дети: 10–20 мг/кг/сут в 2 приема. При развитии НР суточная доза может быть уменьшена до 0,4 г у взрослых и до 5 мг/кг у	Рекомендуется принимать препарат перед едой и запивать стаканом воды

				детей. Профилактика профессионального заражения ВИЧ Взрослые: 0,6 г каждые 12 ч в течение 4 нед (начинать не позднее чем через 3 сут после возможного инфицирования)	
Ставудин	Капс. 15 мг; 20 мг; 30 мг; 40 мг	86	1,2	<i>Внутрь</i> Взрослые и подростки: масса тела от 60 кг - 20 мг каждые 12 ч; до 60 кг – 15 мг каждые 12 ч. Дети: масса тела от 30 кг - 15 мг каждые 12 ч; до 30 кг - 1 мг/кг каждые 12 ч	Назначается независимо от приема пищи
Диданозин	Табл. раств. 0,025 г; 0,05 г; 0,1 г, 0,15 г Капс. замедл. высв. 0,125 г; 0,2 г; 0,25 г; 0,4 г. Пор. д/сусп. д/приема внутри 0,1 г, 0,167 г; 0,375 г	42	1,5	<i>Внутрь</i> Взрослые: масса тела до 50 кг - 0,125 г (таблетки) и 0,167 г (порошок); 50–74 кг - 0,2 г и 0,25 г (соотв.); свыше 75 кг - 0,3 г и 0,375 г (соотв.) каждые 12 ч. Капс. - 1 раз в сутки: масса тела от 60 кг – 0,4 г; до 60 кг - 0,25 г Дети: 120 мг/м <sup>2</sup> каждые 12 ч	Прием пищи уменьшает абсорбцию препарата на 55%. Необходимо назначать за 30 мин до приема пищи. Таблетки измельчают, растворяют в 1/4 стакана воды (суспензию можно разбавить 1/4 стакана яблочного сока). Порошок растворяют в стакане воды, хорошо размешивая (не смешивать с жидкостями, имеющими кислую реакцию)
Зальцитабин	Табл. 0,375 мг;	80	1–3	<i>Внутрь</i> Взрослые и дети старше 12 лет: 0,75 мг каждые	Не рекомендуется сочетать с антацидами (содержащими алюминий и магний) и

	0,75 мг			8 ч или 1,125 мг каждые 12 ч	метоклопрамидом, так как при этом снижается всасывание зальцитабина в ЖКТ. Не применяется у детей до 12 лет
Абакавир	Табл. 0,3 г Сусп. д/приема внутри 20 мг/мл во флак. по 240 мл	83	1,5	<i>Внутри</i> Взрослые и подростки старше 16 лет: 0,3 г каждые 12 ч Дети 3 мес–16 лет: 8 мг/кг каждые 12 ч (но не более 0,6 г/сут)	Назначается независимо от приема пищи. Применяется только в комбинации с другими АРВП
Ламивудин/ зидовудин	Табл. 0,15 г + 0,3 г	85/65	5/ 1,1	<i>Внутри</i> Взрослые и дети старше 12 лет: 1 табл. каждые 12 ч	Назначается независимо от приема пищи. При необходимости индивидуального подбора дозы рекомендуется принимать ламивудин и зидовудин отдельно

*Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ*

Невирапин	Табл. 0,2 г Сусп. д/приема внутри 10 мг/мл во флак. по 240 мл	93	25– 30	<i>Внутри</i> Терапия ВИЧ-инфекции Взрослые: 0,2 г/сут в течение 14 дней, далее 0,2 г каждые 12 ч Дети: 2 мес–8 лет - 4 мг/кг/сут в 1 прием в течение 2 нед, далее 7 мг/кг каждые 12 ч; старше 8 лет - 4 мг/кг/сут в 1 прием в течение 2 нед, далее 4 мг/кг каждые 12 ч Максимальная суточная доза в любой возрастной группе - 0,4 г Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку: однократно матери во время родов 0,2 г, а затем 2 мг/кг	Назначается независимо от приема пищи. Для лечения ВИЧ нельзя применять в виде монотерапии, препарат всегда назначают в комбинации с одним или несколькими другими АРВП
-----------	---	----	-----------	--	--

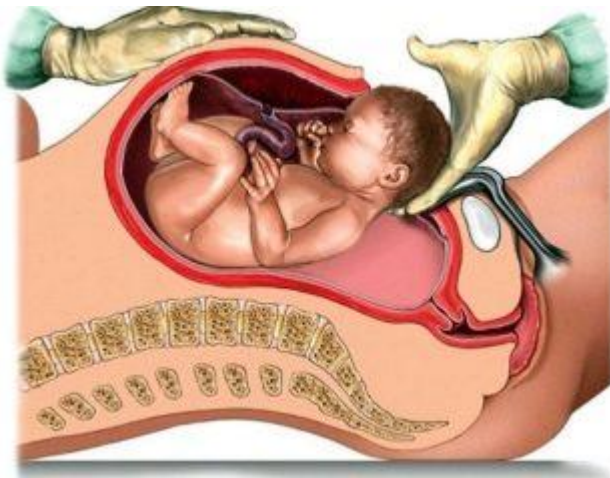
				новорожденному в течение 3 сут после рождения	
Ифавиренц	Капс. 0,05 г; 0,1 г; 0,2 г	40–45	40–55	<i>Внутрь</i> Взрослые: 0,6 г 1 раз в сутки Дети старше 3 лет: масса тела 13–15 кг - 0,2 г/сут; 15–20 кг - 0,25 г/сут; 20–25 кг - 0,3 г/сут; 25–32 кг - 0,35 г/сут; 32–40 кг - 0,4 г/сут	Пища с повышенным содержанием жира на 50% уменьшает биодоступность препарата. Рекомендуется принимать на ночь. Нельзя применять в качестве монотерапии, препарат всегда назначают в комбинации с одним или несколькими другими АРВП
<i>Ингибиторы протеазы ВИЧ</i>					
Саквинавир	Капс. тverd. 0,2 г Капс. мягк. 0,2 г	4	1–2	<i>Внутрь</i> Взрослые: капс. тверд. - 0,6 г каждые 8 ч капс. мягк. - 1,2 г каждые 8 ч При сочетании с другими ИП доза может быть уменьшена	Принимать вместе с обильной жирной пищей. При сочетании с ритонавиром влияние пищи минимально. Грейпфрутовый сок повышает концентрацию препарата в плазме. Не применяется у детей до 16 лет и людей старше 60 лет
Индинавир	Капс. 0,4 г	65	1,5–2	<i>Внутрь</i> Взрослые: 0,8 г каждые 8 ч	Принимать за 1 ч до или через 2 ч после еды. При сочетании с ритонавиром влияние пищи минимально. При каждом приеме необходимо употребить не менее 0,5 л жидкости. Не применяется у детей
Ритонавир	Капс. 0,1 г Р-р д/приема внутри 80 мг/мл	94	3–5	<i>Внутрь</i> Взрослые: 0,6 г каждые 12 ч Чтобы улучшить переносимость сначала применяют 0,3 г каждые 12 ч, затем ежедневно дозу увеличивают на 0,1 г до достижения	Назначается во время еды. Не применяется у детей до 2 лет

				<p>стандартной дозы.  Дети старше 2 лет:  0,4 г/м<sup>2</sup> каждые 12 ч.  При плохой  переносимости -  0,25 г/м<sup>2</sup>, с  последующим  увеличением дозы  каждые 2–3 дня на  50 мг/м<sup>2</sup> до достижения  стандартной дозы</p>	
Нелфинавир	<p>Табл. 0,25 г  Пор.  д/сusp.  д/приема  внутри  50 мг/мл</p>	78	3,5–5	<p><i>Внутри</i>  Взрослые и дети старше  13 лет: 0,75 г каждые 8 ч  Дети до 13 лет: 20–  30 мг/кг каждые 8 ч</p>	<p>Принимать вместе с пищей.  Порошок можно смешивать с  водой, молоком, смесями для  искусственного  вскармливания, в том числе  соевыми, соевым молоком,  пудингом и т.д. Не  рекомендуется смешивать  порошок с кислыми средами  (апельсиновый или яблочный  сок, яблочный соус).  Добавлять воду во флаконы с  порошком нельзя</p>
Ампренавир	<p>Капс.  0,05 г;  0,15 г  Р-р  д/приема  внутри  15 мг/мл</p>	89	7,1– 10,6	<p><i>Внутри</i>  Взрослые, подростки  старше 13 лет и  пациенты массой тела  свыше 50 кг:  1,2 г (капс.) или 1,4 г (р-  р) каждые 12 ч  Дети 4–12 лет и  пациенты массой тела до  50 кг:  капс. - 20 мг/кг каждые  12 ч или 15 мг/кг  каждые 8 ч;  р-р - 22,5 мг/кг каждые  12 ч или 17 мг/кг  каждые 8 ч</p>	<p>Назначается независимо от  приема пищи, жирная пища  уменьшает биодоступность</p>

## Тема № 63. Методы родоразрешения. (элективных кесарево сечение)

Кесарево сечение считается операцией щадящего и бережного родо­вспоможения. При нем значительно снижен риск родовых травм у детей, женщины могут не переживать за болезненный период схваток и потуг – их не будет.

Именно поэтому количество беременных, которые мечтают сделать операцию по собственному желанию, растет. Можно ли в России сделать элективное кесарево сечение, какие нормативные базы существуют, мы расскажем в этой статье.



### Правовое регулирование

Понятие «элективное» означает «избирательное». То есть под элективным кесаревым сечением подразумевается операция родоразрешения, которая делается женщине по ее собственному выбору, желанию, без наличия у нее медицинских показаний к операции.

В США и Европе на долю кесаревых сечений приходится около 30% всех родов. Это значит, что каждая третья американка или европейка рожают на операционном столе под наркозом при помощи хирургов. При этом около половины случаев – это элективное кесарево сечение. **По собственному желанию женщина может сделать операцию исключительно за деньги, заключив соответствующий контракт с интересующей ее клиникой.** *Свобода выбора уважается врачами, ведь тело женщины принадлежит только ей, и только ей решать, как с ним поступить – родить самостоятельно или лечь на операционный стол.*



В России возможность проведения оперативных родов по собственному желанию женщины теоретически не исключена, но на практике встречается масса бюрократических и законодательных трудностей. Так, врачи признают за женщиной ее право на самостоятельный выбор, но ориентируются на **письмо Минздрава от 2014 года № 15-4/10/2-3190**.

Этот документ для внутреннего использования обозначает строгий перечень показаний к кесаревому сечению, и свобода выбора в нем не фигурирует. Иными словами, отказ роженицы от естественных родов в качестве причины для проведения операции не рассматривается.

**Мы внимательно изучили это письмо и выяснили, что показаниями к операции считаются:**

- полное и частичное предлежание плаценты (при неполном для операции необходимо наличие признаков кровотечения);
- ранняя отслойка плаценты вне зависимости от ее расположения;
- две и более операции кесарева сечения в анамнезе, а также иные операции на матке, после которых остались рубцы и есть риск их расхождения в родах;
- поперечное, косое или тазовое предлежание плода, особенно если плод весит более 3600 г;
- тазовое положение первого малыша из двойни при многоплодной беременности, неправильное предлежание любого из младенцев;
- срок беременности более 41 недели при отсутствии эффекта стимуляции родовой деятельности;



- препятствия механические – рубцы на шейке, швы на промежности после разрывов третьей степени в прежних родах, опухоли, новообразования;
- тяжелый гестоз, преэклампсия;
- любые недуги у роженицы, при которых нельзя тужиться (миопия, патологии сердца и сосудов, трансплантированная почка);
- острая гипоксия плода;
- выпадение пуповины;
- ВИЧ-инфекция при отсутствии лечения в период вынашивания плода;
- первичный генитальный герпес;
- клинически узкий таз;
- нарушения свертываемости крови плода, а также другие пороки его развития – омфалоцеле, гастрошизис и другие.



*Тема:65 Высокая температура в послеродовом периоде. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ,сестринской диагноз,лечение.*

Причиной неспецифического бактериального эндометрита являются патогенные и/или условно – патогенные микроорганизмы. При инфицировании внутренней поверхности матки поражается базальный слой эндометрия. Чаще всего острый эндометрит возникает после аборт, родов или диагностического выскабливания матки. Наличие крови, остатков децидуальной ткани, плодного яйца способствует росту микробной флоры. Воспалительный процесс может захватывать прилегающий к эндометрию миометрий.

**Клиническая картина** острого эндометрита проявляется, как правило, на 3-4 –й день после родов занесения инфекции. Отмечаются повышение температуры, учащение пульса, позноблвание; в крови -лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы

влево, ускорение СОЭ. Матка умеренно увеличена, чувствительна при пальпации, особенно по бокам (по ходу крупных лимфатических сосудов). Выделения серозно-гноевидные, нередко сукровичные (длительное время), что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки. Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней, при правильном лечении процесс заканчивается, реже переходит в подострую форму. Эндометрит может протекать в легкой или абортивной форме, особенно при применении антибиотиков.

**Лечение** эндометрита в острой стадии заключается в назначении антибиотиков, с учетом чувствительности к ним возбудителя. Обычно начинают полусинтетические пенициллины, канамицин, гентамицин и др. Дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метранидазол. При необходимости проводят инфузионную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

**Лечение** хронического эндометрита комплексное, включают терапию сопутствующих заболеваний, общеукрепляющие средства, по показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита, ее проводят дифференцированно, в зависимости от длительности процесса, возраста больной, гормональной функций яичников.

### **ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГООФАРИТ**

**Сальпингоофарит (СО)** относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обусловлено патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилококками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилококками, хламидиями.

**Острый сальпингоофарит (ОСО)** клиническая картина; повышение температуры, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб при нагноительном характере процесса, дизурические и диспепсические проявления. В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальные процессы), они увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В картине крови отмечают сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону молодых форм и др., в протеинограмме преобладают глобулиновые фракции, ускорена СОЭ, в крови повышен уровень С – реактивного белка. Возникают изменения в нервной и сосудистой системе, особенно при выраженной интоксикации. Клинические признаки ОСО бывают выражены более или менее значительно в зависимости от степени патогенности микроба и выраженности воспалительной реакции и его характера (серозный, гнойный).

**Лечение** больных в острой стадии сальпингоофарита проводят только в стационаре, где создают физический и психический покой, назначают легкоусвояемую пищу, адекватное количество жидкости, следят за функцией кишечника и выделительных органов.

Основное место в лечении острого сальпингита принадлежит антибиотикам, эффективность применения которых определяется свойствами возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Рекомендуется применение клиндамицина и хлорамфеникола; гентамицина с левамицетином, линкомицином или клиндамицином. В тяжелых случаях метранидазол назначают внутривенно в суточной дозе 1-1,5 г со скоростью 5 мл/ мин в течение 5-8 дней; в менее тяжелых случаях рекомендуется пероральное применение препарата по 400 – 500 мг 3 раза в день в течение 7-8 дней. При выраженных признаках интоксикации используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5 %

раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов; общее количество жидкости 2-2,5 л). При необходимости в состав инфузионной терапии включают витамины, средства, корригирующие кислотно-щелочное равновесие (50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия). Показано применение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).

К физическим методом лечения можно отнести издавна используемый холод на надлобковую область. Холод, действующий на рецепторы указанной области кожи, оказывает болеутоляющий, противовоспалительный и гемостатический эффект. Холод применяют с перерывами. Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологической функции слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами. При длительном течении нередко возникает непроходимость труб с образованием гидросальпинкса или без него (прекращение экссудации в связи со склерозом сосудов). Основанная жалоба – болевые ощущения (тупые, ноющие), усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, до или во время менструации. Боль обычно ощущается внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище.

Нарушения менструальной функции (обильные, болезненные менструации) наблюдаются у 40 – 55 % больных и связаны преимущественно с наступающими нарушениями функции яичников (гипофункция, ановуляция и др). Нарушения половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др.). Отмечают 35 – 40 % больных. Наблюдаются расстройства секреторной функции (бели), причиной которых могут быть сопутствующие кольпит и эндоцервицит.

*Лечение* ХСО имеет целью достижение противовоспалительного и обезболивающего эффекта, повышение защитных сил организма, восстановление нарушенных функций половых органов и вторично возникших расстройств нервной, эндокринной и других систем организма.

## **Тема:№ 66 .Высокая температура в послеродовом периоде. Мастит. Сестринской диагноз, лечение.**

Гнойно-септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц всегда составляли весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства.

Послеродовая инфекция представляет собой типичную раневую инфекцию, которая в силу анатомических особенностей женских половых органов и их физиологических функций в процессе родов и в ранний послеродовый период имеет свои характерные особенности. Единственной и непосредственной причиной послеродовых заболеваний является инфекционная возбудимость.

Проявляется эта патология только при несоблюдении санитарно-гигиенического режима в родовспомогательных учреждениях, нарушении правил асептики и антисептики, недооценки роли органов генитальной инфекции и снижении защитных сил организма, а также при некоторых особенностях течения беременности и родов.

Различные послеродовые заболевания чаще всего возникают на фоне тех или иных факторов, среди которых ведущую роль играют затяжные роды, длительный безводный промежуток, многократные влагалищные осмотры и брюшно-стеночные родоразрешающие операции, а также некоторые диагностические манипуляции (амниоскопия, прямая ЭКГ плода и др.)

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Для возникновения любого гнойно-септического заболевания, в том числе и послеродового, необходимым условием является наличие возбудителя. Динамически протекающий процесс, который возникает в результате взаимодействия двух основных систем – микро и макроорганизма – носит название послеродового септического заболевания.

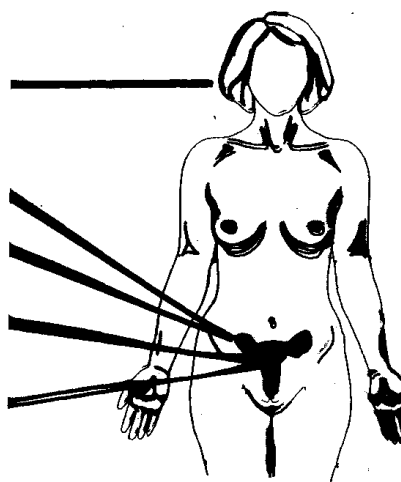
При этом, наряду со свойствами микроорганизма, чрезвычайно важное значение имеют защитно-приспособительные возможности организма роженицы. В развитии послеродовых осложнений основная роль принадлежит не столько фактору инфицирования, сколько способности материнского организма противостоять инфекции. До эры антибиотиков основным этиологическим фактором послеродовых воспалительных заболеваний является стрептококк, который высевается у 50-80% больных.

После широкого внедрения антибиотиков – занял стафилококк, его высевали в 64,5%. Другим возбудителем, часто вызывающим послеродовых заболеваний, является кишечная палочка. Нередко из полости матки высевают ассоциации двух и более микроорганизмов, которые представлены различными видами энтеробактерий и бактериями или другими сочетаниями. Аэробные бактерии без анаэробных выделены лишь в 4% случаев. При легком течении эндометриты анаэробы выявлены в 48% случаев. По данным авторов патогенный стафилококк был обнаружен у 38% женщин из числа поступивших в родильный дом и у 60% женщин, выписавшихся после родов, причем частота гнойно-септических заболеваний у них значительно возросла и достигла 9%.

Инфицирование госпитальными штаммами возбудителей, которые обладают высокой вирулентностью и множественной устойчивостью к антибиотикам происходит экзогенным путем. Оно может происходить как до родов (операция) когда эти штаммы вторгаются в нормальные микро биоценозы слизистых оболочек, кожи и, обладая селективными преимуществами в условиях стационара, вытесняют представителей нормальной биомикрофлоры так и в послеродовой (послеоперационный период).

Подводя итог, следует отметить, что послеродовые гнойно-септические заболевания продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства.

Частота распространения таких форм послеродовых гнойно-септических заболеваний, как эндометрит, особенно после кесарева сечения, гнойные инфекции послеоперационных ран, не снижается.



Изложенные выше данные свидетельствуют о значительной мозаичности этиологической структуры послеродовых гнойно-септических заболеваний, что предьявляет

особые требования к бактериологическому обследованию родильниц с отягощенным течением послеродового периода.

### *ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ.*

Воспалительное заболевание молочной железы, обусловленное инфекцией, развивающейся после родов, и сопряженное с процессом лактации.

Крайне редко развивается мастит во время беременности. Беременные с гнойным поражением молочной железы составляют 0,5-1% по отношению ко всем больным гнойным маститом. При мастите страдает не только мать, но и новорожденный. Нарушение функции молочной железы, изменение качественного состава молока снижают сопротивляемость ребенка к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Неизбежные контакты с больной матерью повышают риск его инфицирования. Следует подчеркнуть, что методы профилактической медицины оказываются пока недостаточно эффективными в предупреждении мастита. Значение проблемы, необходимость всестороннего ее изучения в данный период – эру широкого использования антибиотиков обусловлена рядом факторов.

1. Послеродовый мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.
2. В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.
3. Послеродовый мастит оказывает выраженное неблагоприятное влияние на организм матери.
4. Воздействие послеродового мастита на организм ребенка весьма неблагоприятно.
5. Длительное пребывание больной гнойным маститом в стационаре, необходимость применения дорогостоящих антибиотиков, а также других препаратов причиняют определенный ущерб.

### **ЭТИОЛОГИЯ:**

Этиологии послеродового мастита посвящено значительное число исследований. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что специфического возбудителя послеродового мастита не существует. Как проявление гнойно-септической инфекции, в акушерстве мастит может быть обусловлен различными микроорганизмами, но преимущественно так называемыми гноеродными микробами.

Исходя из особенностей практики клинического течения в современных условиях, Б.А.Гуртовой предложил следующую классификацию послеродового мастита:

1. серозный
  2. инфильтративный
  3. гнойный
- а) инфильтративно-гнойный:*
- диффузный
  - узловый
- б) абсцедирующий:*
- фурункулез ареолы
  - абсцесс ареолы

- абсцесс в толще железы
- абсцесс позади железы (ретромаммарный)

*в) флегмонозный:*

- гнойно-некротический

*г) гангренозный.*

**Клиника** мастита начинается остро. При серозном мастите температура тела повышается до 38-39 °, озноб, слабость, головные боли, боли в молочной железе.

**Лечение** послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Оно должно включать антибактериальные препараты, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма, при гнойном мастите – своевременное оперативное вмешательство.

### *АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ.*

**Перитонит** - в послеродовом периоде в основном может быть обусловлен тремя причинами:

- осложнениями после кесарева сечения.
  - обострением воспалительного процесса придатков матки;
  - сепсисом;
- В 98 % возникает после кесарева сечения.

Перитонит – после кесарева сечения среди всех форм гнойно-септических заболеваний после родов и абортот встречается в 4,6 – 7% случаев. Летальность остается высокой и достигает 26 – 35%. В структуре материнской летальности от септических заболеваний, на долю перитонита приходится 36,4%.

**Согласно определению И.В. Давыдовского перитонитом обозначают воспаление брюшины, может быть:**

- острым
- хроническим
- местным
- общим.

Диагноз перитонита устанавливается на основании местных признаков и общей реакцией организма. Перитонит после кесарева сечения имеет несколько клинических форм в зависимости от патогенеза. Он возникает вследствие неполноценности швов на матке, инфицирования брюшной полости во время кесарева сечения, при хориоамнионите у женщины или на фоне длительно неразрушающего пареза кишечника. Значительно реже перитонит может развиваться при ранении кишечника во время кесарева сечения или при разрыве гнойных образований придатков матки.

**Этиология** перитонита - бактериальная. Чаще всего ведущая роль принадлежит кишечной флоре смешанной грамм негативной флоре, реже стафилококку.

**При акушерском перитоните в зависимости от стадии может наблюдаться.**

- серный
- фибринозный
- гнойный экссудат

По данным В.И. Кулакова при перитоните стафилакокки были выявлены в 19,6 % случаев, кишечная палочка в 20,3 % прочие микроорганизмы в 4,7%, роста флоры не было в 39,2 % случаев. У большинства больных отмечается смешанный характер инфекции. Характер экссудата при перитоните после кесарева сечения может быть различным.

Наличие гнойного экссудата в брюшной полости всегда совпадает с клиническими признаками расхождения послеоперационного шва на матке.

Перитонит после кесарева сечения имеет все признаки послеоперационного воспаления брюшины наличие клинических проявлений, отсутствие синдрома « мышечной защиты », боли на начальных этапах заболевания, быстро развивающейся интоксикации. Он не обусловлен деструктивным процессом кишечника. Нарушение функции кишечника обусловлено нарастающими явлениями интоксикации, особенно нарушением водно-солевого баланса, гиповолемией и нарушением микро циркуляции в сосудах желудка и кишечника.

Клиническое течение и особенности патогенеза перитонита после кесарева сечения во многом обусловлены способом инфицирования брюшины.

Течение перитонита характеризуется тремя фазами.

**Первая начальная,** фаза обозначаются многими авторами как реактивная. Для данной фазы характерно образование экссудата.

**Вторая фаза** перитонита – токсическая. Для нее характерно подавление защитных механизмов, постепенное развитие нарушений гемодинамики, микроциркуляции, функции почек, печени, нарастающая гипоксия и нарушение тканевого дыхания.

**Третья фаза** – терминальная сопровождается гиповолемическим, септическим шоком нарушением сердечной деятельности.

Если в первой фазе перитонита лечение, как правило, бывает эффективным, то во второй и третьей сомнительным или неблагоприятным.

Перитонит после кесарева сечения характеризуется быстро наступающей токсической фазой, реактивная фаза выражена недостаточно. Необходимо принимать во внимание динамику патологического процесса. Однако нужно иметь в виду, что на фоне интенсивной терапии яркие проявления интоксикации могут отсутствовать. Кроме того, в современных условиях относительно часто встречаются «стертые» формы заболевания, протекающие без ярких клинических признаков, но с выраженными изменениями внутренних органов и очага инфекции.

Кардинальными симптомами разлитого гнойного перитонита являются боли в животе, симптом Щеткина – Блюмберга, защитное напряжение мышц живота, рвота, паралитическая непроходимость кишечника (парез). Симптомы, обусловленные интоксикацией, не должны относиться к типичным признакам перитонита, они

характеризуют фазу интоксикацией и варьируют в зависимости от качества и полноты проводимой терапии.

Тахикардия, гипотония, сухость слизистых оболочек, нарушения ритма сердца могут поддаваться коррекции и не являются патологичными для клинической картины перитонита после кесарева сечения.

Клиническая картина перитонита развивающегося на фоне хориоамнионита (имевшегося до кесарева сечения) характеризуется ранним началом (на 1-2-е сутки после операции), высокой температурой тела, выраженной тахикардией, парезом кишечника. Защитное напряжение мышц живота отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга и боли в животе не выражена, рвоты не бывает. Раннее начало перитонита позволяет исключить точную причину инфицирования, как расхождение швов на матке. При динамической наблюдений в течение 12-24 часов отмечается ухудшение общего состояния, парез кишечника принимает стойкий характер, перестают определяться его перистальтика, становятся не эффективными меры стимуляции кишечника, усиливается жажда язык становится сухим нарастает тахикардия. Появляется рвота застойными массами, у 10 % больных отмечается атония желудка со значительным его расширением. Желудочное содержимое может иметь геморрагический характер, что свидетельствует о глубоких нарушениях микроциркуляции в стенке желудка.

При отсутствии адекватной терапии смертельный исход наступает на 5-16-ые сутки от бактериального шока или нарастающей сердечно – сосудистой слабости на фоне гиповолемического состояния.

Определенные клинические особенности имеет перитонит, развивающийся вследствие паралитической непроходимости кишечника, при попадании инфекции в брюшную полость через кишечную стенку. Начало данной формы перитонита относится к 3-4 дню после операции. В течении первых двух дней состояние больной бывает удовлетворительным, температура субфебрильная, имеются умеренная тахикардия переходящее чувство жажды, стойкий парез кишечника. Болей в животе нет, «мышечная защита» отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательная.

Ведущим симптомом стойко сохраняющимся, несмотря на проводимое лечение, является парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость с полным прекращением перистальтики и явлениями «гробовой тишины» в брюшной полости. С этого времени состояние больной резко ухудшается:

- появляется выраженная лихорадка;
- тахикардия
- жидкий стул.

**Общие принципы комплексной терапии можно сформулировать следующим образом.**

- **Необходимо своевременное оперативное лечение для устранения причины перитонита;**
- Дренирование брюшной полости;
- Рациональная антибиотикотерапия;
- Дезинтоксикационная терапия;



- Нормализация объема циркулирующей жидкости;
- Парентеральное питание;
- Устранение нарушений микроциркуляции;
- Коррекция КЩС;
- Восстановление перистальтики кишечника;
- Профилактика и лечение нарушений деятельности сердца, легких, печени и почек.

Оперативное лечение показано при неполноценности послеоперационного шва на матке, при перитоните вследствие нарушения барьерной функций кишечника. Целью операции является удаление источника инфекции и дренирование брюшной полости.

Матку удаляют вместе с маточными трубами. Во время операции следует уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный) и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный или тотальный). Уточнение формы перитонита необходимо для решения вопроса о применении брюшного диализа.

## **Тема: 68. Сепсис. Сестринской диагноз, лечение, профилактика и роль мед сестры в проведении реабилитационных мероприятий.**

### ***С Е П С И С.***

Сепсис представляет собой сложный комплекс клинических и патологоанатомических явлений, обусловленных реактивными свойствами микроорганизма, характером возбудителя инфекции состоянием септического очага. Сепсис является тяжелым неспецифическим инфекционным процессом протекающий на фоне измененной реактивности организма. Сепсис всегда является вторичным процессом, даже если с самого начала протекает в виде молниеносно развивающегося, не оставляющего времени для развертывания местных патологических проявлений. Этот процесс является результатом недостаточного лечения на предыдущих этапах гнойно-септического процесса.

Акушерский сепсис чаще всего возникает вследствие попадания инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет инфицирование остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространение инфекции возможно также гематогенным и лимфогенным путями. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых экстрагенитальных воспалительных заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, задержка частей последа в матке). Сепсис после родов протекает особенно тяжело после вирусной инфекции, перенесенной во время беременности или вскоре после родов.

Течение сепсиса зависит не только от реакций макроорганизма, которое в основном определяется свойствами иммунной защиты, но и от характера микроорганизма. Преобладание стафилококка привело к более торпидному течению патологического процесса со склонностью к поражению многих внутренних органов, устойчивости к антибактериальной терапии.

Сепсис, вызванный грамм отрицательной флорой, чаще осложняется инфекционно – токсическим шоком.

Факультативные анаэробы и бактероиды, как возбудители послеродового сепсиса чаще поражают гепатобилиарную систему, почки, вызывает гемолиз.

Аденовирусный сепсис отмечается блокадой иммунной системы женщины, что ведет к быстрому течению, отсутствию заградительной воспалительной реакции в тканях и поражению внутренних органов.

#### КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА.

Таблица 9

<i>Патологический процесс</i>	<i>Клинико-лабораторные признаки.</i>
ССВО ( ССВР)	Характеризуется 2 или более признаками: <ul style="list-style-type: none"> <li>- температура &gt; 38<sup>0</sup> С или &lt; 36<sup>0</sup> С,</li> <li>- ЧСС &gt; 90 мин.</li> <li>- ЧД &gt; 20 мин.</li> <li>- Лейкоцитоз в крови &gt; 12 тыс./мл или</li> <li>- &lt; 4 тыс./мл или незрелых форм 10 %</li> </ul>
Сепсис- системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции и 2 или более признаков ССВО.
Сепсис синдром – сепсис сочетающийся с органной дисфункцией, нарушениями тканевой перфузии	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Головная боль;</li> <li>- Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания;</li> <li>- Постоянно повышена температура тела.</li> <li>- Артериал. гипотония</li> <li>- Тахикардия – 120 – 130 уд. мин</li> <li>- тахипноэ – 30</li> <li>- повышается ЦВД</li> <li>- увеличу СОЭ - 40 – 65 мм/час</li> <li style="padding-left: 40px;">лейкоцита &gt; 12 тыс./мл</li> <li>- Спленомегалия</li> <li>- В мочи появляются белок и форменные элементы .</li> <li>- Снижение тромбина в крови 45 – 50 %.</li> </ul>
Септической шок – признаки тканевой и органной гипоперфузии и артер. гипотонией, не устранимый с помощью инфузионной терапии.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- гипертермия 39 – 41<sup>0</sup> С, озноб</li> <li>- изменения психического состояния.</li> <li>- Нарушения макро и микроциркуляции</li> <li>- Метаболический ацидоз.</li> <li>- Снижение моче отделения ниже 30 мл/г.</li> <li>- Тромбоциты – 150 – 109/л., протромб. инд.&lt; 70 %</li> <li>- Креатинин &gt; 0,176 ммоль/л, натрий в мочи инд.&lt; 40 ммоль/л</li> <li>- Увеличение АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в 2 раза от нормы.</li> </ul>
Рефракторный септической шок	- сохраняющаяся артериальная гипотония не смотря на адекватную инфузию и применение инфузионной и



**Рисунок 34. Цитокины и их локальная агрессия**

### **Клиническая картина.**

Клиническая картина сепсиса характеризуется температурой выше  $38^{\circ}\text{C}$  или ниже  $36^{\circ}\text{C}$ , повторным ознобом, быстро нарастающей интоксикацией, вызывающей нарушения сознания: в начале наблюдается заторможенность, затем интоксикационный делирий. Одновременно с повышением температуры развиваются выраженная тахикардия, цианоз. При исследовании больных можно контролировать гипотонию, олигоурию, протеинурию. Центральное венозное давление повышено. На ЭКГ отмечаются признаки перегрузки правых отделов сердца.

Гемограмма характеризуется высоким лейкоцитозом и СОЭ, сдвигом формулы белой крови влево, нарастающей анемией редко можно наблюдать лейкопению, что обычно свидетельствует о тяжелом течении заболевания. Отмечается бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей. У больных бывает частый жидкий стул. Для больных сепсисом характерно относительно быстрое снижение температуры и улучшение общего состояния на фоне интенсивной, правильно построенной комплексной терапии. Возникновение вторичных гнойных очагов сопровождается усилением лихорадки, интоксикации. Наиболее часто вторичные гнойные очаги образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, мозге. Накопление определенного количества микроорганизмов в первичном очаге способствует развитию сепсиса, а повторное накопление микробов в гнойном очаге снижает возможности иммунной защиты и становится одной из причин попадания микробов в кровь и образования гнойных метастазов.

**Лечение.** При наличии первичного очага инфекции в матке на него необходимо воздействовать активно. В случае выявления остатков послеродового или скопления организовавшихся сгустков крови показано их удаление кюреткой.

При отсутствии содержимого в полости матки ее следует промыть охлажденным антисептическим раствором, используя двухпросветный катетер.

В некоторых случаях приходится решать вопрос об экстирпации матки. Она показана при перитоните после кесарева сечения, при неэффективной консервативной

терапии инфекционно – токсического шока и сепсиса с почечно-печеночной недостаточностью. Удаление матки показано также при некротическом эндометрите.

При первичном очаге в виде мастита, гнойника промежности, пост инъекционного абсцесса показано хирургическое вмешательство с эвакуацией гноя, иссечением некротизированной ткани. При тяжелом рецидивирующем мастите с интоксикацией, недостаточной эффективностью интенсивной терапии следует прекратить лактацию. Роль первичного очага у больных сепсисом сохраняется не только в первые дни заболевания, то и в последующем. Даже при хроническом сепсисе она остается ведущей.

С одновременным воздействием на очаг инфекции необходимо приступить к комплексной терапии: антибактериальной, инфузионно-трансфузионной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммунокорректирующей, симптоматической и гормональной.

Особого внимания и совершенствования требует терапия антибиотиками. Чувствительность микробов к антибиотикам является важным лабораторным тестом, на которой строится терапия. и её продолжительность значительно дольше. При сепсисе оправдано, назначение сочетания антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия.

При сепсисе антибиотикотерапию, как и при других тяжелых проявлениях бактериальной инфекции, приходится учитывать возрастание частоты выделения устойчивых штаммов возбудителей.

### **ОСНОВНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА.**

*Таблица 10*

<i>№</i>	<i>Название препарата</i>	<i>Однократная доза</i>	<i>Суточная доза</i>
1.	Мегацеф	750 мг	4,5 г
2.	Оксациллин	1-2,0	4 – 8,0
3.	Уназин	1,5 – 3,0	4,5 – 9,0
4.	Имипенем	0,5 – 1,0	2,0 – 4,0
5.	Аугментин	1,2	3,6
6.	Цефазолин	1,0 – 2,0	4,0 – 6,0
7.	Цефатоксин	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
8.	<b><i>Цефтриаксон</i></b>	1,0 – 2,0	2,0 – 4,0
9.	Аминацин	0,6	2,0
10	Сизомицин	0,6	1,8

11	Тобрамицин	0,8	2,4
12	Метрогил	0,5	1,5
13	Эфлоран	0,5	1,5
14	Клион	0,5	1,5
15	Метранидазол	0,5	1,5 – 2,0
16	Ванкомицин	0,5	2,0

Мегацеф – цефалоспориновый антибиотик 2-го поколения действуют бактерицидно, нарушает синтез клеточной стенки бактерий. Обладает широким спектром действия. Устойчив к действию большинства бета – лактозам. Период полувыведения цефураксима как при внутримышечном (в/м), так и при внутривенном (в/в) введении составляют приблизительно 70 мин. Степень связывания с белками плазмы составляет до 50%. Цефураксим вводится в неизменном виде с мочой.

Для повышения эффективности антибиотикотерапии и подавления резистентность микроорганизмов, особенно при перекрестной устойчивости, их комбинируют с сульфаниламидами и антисептическими препаратами нитрофуранового ряда (фуразолидон, солафур, фуразолин).

На фоне антибактериальной терапии с целью профилактики развития кандидозной инфекции широко применяется **Флунол-150** по одной капсулы однократно перорально.

Для повышения специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности организма больным с первых дней лечения переливают гипериммунную антистафилококковую плазму в дозе 100 мл через 2 дня. В/м вводят антистафилококковый гамма – глобулин по 5 мл ежедневно на курс от 6 до 10 доз. Инфузионно – трансфузионная терапия направлена на поддержание объема циркулирующей крови, устранения анемии, гипопроитенемии, коррекцию нарушений водно-электролитного и кислотно-основного равновесия, гемостаза. В программе инфузионной терапии соотношение между коллоидами и кристаллоидами составляет в первые 6 дней 2:1, затем в течение 6 дней 1:1, в последующем – 1:1,5. Коррекцию волевических нарушений обычно сочетают с парентеральным питанием. Наряду с этим с целью уменьшения катаболизма назначают анаболические гормоны (ретаболил 1 раз в 3 дня).

В комплексе терапии больных входят также дегитализация гепаринотерапия, антипиретины, антиагреганты (дипиридамол, ксантинола никотинат), ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал) салуретики, витамины, антигистаминные препараты, седативные средства обезболивающие и спазмолитические препаратов. При возникновении элементы органов больные нуждаются в специализированной хирургической помощи.

При выборе метода воздействия на первичный очаг, при септицемии отдается предпочтение гистерэктомии. Теоретически удаление матки не всегда дает ожидаемый эффект, так как вторичные очаги поддерживают септический процесс. Однако без удаления матки и при этом форме сепсиса выздоровление невозможно. Если на фоне комплексной интенсивной терапии состояние больной не улучшается (чаще на 3-4 – ые сутки), то производят гистерэктомию с придатками.



*Рисунок 35.  
Предоперационная  
подготовка*

### **Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике послеродовых гнойно-септических осложнений.**

Для профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений надо, прежде всего, оградить занесения инфекции в половые органы и молочные железы, через руки самой роженицы, инструменты, белье, судно, через все предметы, с которыми она соприкасается. К работе в послеродовом отделении необходимо относиться очень серьезно: нельзя забывать о возможности распространения инфекции, надо помнить о том, что любая, даже такая будто простая процедура, как подмывание, если она выполняется без строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики, может стоить человеческой жизни.

Хорошее сокращение матки впервые два дня после родов является одним из необходимых условий для дальнейшего нормального течения послеродового периода. 2 раза в день в 7-8 часов утра и в 5-6 часов дня – производится туалет наружных половых органов. Чисто вымытые, как для приема родов руки, чистый материал, уборка не непосредственно руками, а с помощью простерилизованных корнцангов или длинных пинцетов, кипяченая вода с дезинфицирующим раствором, чистое белье – все это необходимо для правильного проведения уборки. Если обнаруживаются глубокие трещины, их поливают перекисью водорода. При швах на промежности после подмывания обрабатывают йодом. Особые заметные изменения после родов отмечаются в молочных железах. Нередко при кормлении грудью образование трещин на сосках связывают с пониженной возбудимостью нервно-мышечного аппарата ареолярно – сосковой области. Трещины сосков представляют входные ворота, через которые проникает инфекция в молочную железу, что нередко ведет к тяжелому осложнению в послеродовом периоде, к воспалению молочной железы – маститу. Для этого надо наблюдать за состоянием молочных желез.

В женской консультации у беременных необходимо выявлять и санировать очаги инфекции и ликвидировать стафилококконосительство. Не утратили своего значения прививки стафилококкового анатоксина.

В акушерском стационаре обязательно тщательное соблюдение санитарно – гигиенических норм и строгое осуществление мероприятий по предупреждению госпитальной инфекции. Большое значение имеет рациональная тактика ведения родов: не допускать затяжного течения родового акта и длительного безводного периода. Среди

рожиц и родильниц необходимо выявлять группу повышенного риска по возможному развитию послеродовых инфекций. В группу риска включаются женщины со следующей патологией.

1. С очагами хронической инфекции (тонзиллит, отит, холецистит, пиелонефрит и т.д.).
2. С большим числом абортов с осложненным течением в анамнезе.
3. С воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе.
4. Те, у кого беременность наступила вскоре после удаления внутриматочного контрацептива;
5. С III – IV степенью чистоты влагалища.
6. С заболеваниями ССС, диабетом и другой эндокринной патологией;
7. Получавшие кортикостероидную терапию;
8. Страдающих преэклампсией и анемией беременных;
9. Перенесшие во время беременности грипп и другие, острые респираторно – вирусные инфекции;
10. Те, у кого беременность или родовой акт осложненный кровотечением;
11. Продолжительность родов, у которых превышала 16ч, а длительность безводного периода 12ч;
12. Те, у кого имели место оперативные вмешательства в родах;
13. Те, у кого за время родового акта влагалищные исследования производились более 3 раз.

Родильницам этой группы целесообразно применять превентивные меры, направленные на повышение неспецифического иммунитета и на ускорение инволюции полового аппарата.

## Тема № 69

### 1.1. История развития гинекологии и её философия. 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"> <li>1. Введение</li> <li>2. Теоретическая часть</li> <li>3. Практическая часть <ul style="list-style-type: none"> <li>- курация больных</li> <li>- алгоритм практических навыков на муляжах</li> <li>- разбор истории болезни</li> </ul> </li> <li>5. Аналитическая часть <ul style="list-style-type: none"> <li>- ситуационная задача</li> <li>- тестовый контроль</li> </ul> </li> <li>- обучающая игра</li> </ol>
Цель учебного занятия:	Ознакомить студентов особенностями гинекологических болезней и уход за гинекологическими больными.
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

### 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

Гинекология (от греч. Gynes - женщина, logos - наука, учение) специальная отрасль медицины, изучающая нормальную деятельность женского организма, заболевания, связанные с его анатомо - физиологическими особенностями, во все периоды жизни женщины, а также профилактику и терапию этих заболеваний.

Гинекология тесно связана с другими медицинскими дисциплинами, так как гинекологические заболевания вызывают изменения не только в половых органах, но и в других органах и системах, ухудшая при этом течение заболеваний, сопутствующих гинекологическим. Вместе с тем наличие экстра генитальных заболеваний может отражаться на течении гинекологического заболевания. Все это следует учитывать при диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Поэтому гинекологию нужно изучать в комплексе с другими медицинскими дисциплинами, а не в отрыве от них.

В развитии русской медицины, в частности акушерства и гинекологии, важную роль сыграли отечественные акушеры и гинекологи.



Основоположником русского акушерства является Нестор Максимович – Амбодик (1748-1812), написавший книгу «Искусство повивания, или наука о бабичьем деле». Он был видным врачом своего времени и внес много изменений в преподавание акушерства.

Первое в России гинекологическое отделение было открыто в Петербурге при Медико-хирургической академии в 1842 г. Основателем хирургического направления в гинекологии был ученик Н.И. Пирогова А.А. Китер – автор первого русского «Руководства к изучению женских болезней».

К числу основоположников гинекологии в России следует отнести А.Я. Красновского, К.Ф. Славянского (Петербург) В.Ф. Снегирева (Москва). И.П. Лазеревича (Харьков).

А.Я. Красновский (1821-1898) первым в России произвел с благоприятным исходом удаление кисты яичника. Его работы в области оперативной гинекологии создали ему крупное научное имя.

В.Ф. Снегирев (1847-1916) профессор Московского университета, внес большой вклад в развитие отечественной гинекологии и поднял ее авторитет за рубежом. В.Ф. Снегирев впервые организовал широкую подготовку врачей по гинекологии, основал гинекологическую клинику Московского университета, гинекологический Институт усовершенствования врачей, Московское акушерско-гинекологическое общество. Он предложил ряд новых оригинальных гинекологических операций. В.Ф. Снегирев является автором классического труда «Маточные кровотечения».

Д.О. Отт (1855-1929) сыграл видную роль в развитии отечественной гинекологии. Он создал Институт акушерства и гинекологии в Ленинграде, являющийся и в настоящее время важнейшим учреждением советского здравоохранения. Д.О. Отт – родоначальник крупной школы оперативной гинекологии, разработавший эндоскопические методы исследования и изобретший много хирургических инструментов. Ему принадлежит руководство «Оперативная гинекология».

А.П. Губарев (1855-1931) – один из выдающихся гинекологов – хирургов, сыгравший важную роль в развитии оперативной гинекологии. Он написал труд «Оперативная гинекология и основы абдоминальной хирургии», ввел в медицину понятие «клиническая анатомия».

И.Ф. Жордания (1895-1962) – профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии II Московского медицинского института, впоследствии директор Института генеративной функции человека, носящего его имя. И.Ф. Жордания – блестящий методист и педагог, автор учебников по акушерству и гинекологии, а также ряда монографий.

М.С. Малиновский (1880-1970) – видный советский акушер – гинеколог, внес вклад в теорию и практику оперативного акушерства, автор руководства, автор руководств для врачей.

Л.С. Персианинов (1908-1978) – профессор, заведовал кафедрой акушерства и гинекологии II Московского медицинского института, был директором Всесоюзного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии, видный советский акушер-гинеколог. Л.С. Персианинов разработал многие актуальные вопросы акушерства и гинекологии, а также анестезиологии, автор руководства «Оперативная гинекология» и многих других.

Приведенный перечень имен далеко не исчерпывает списка крупнейших отечественных акушеров – гинекологов, внесших большой вклад в развитие отечественной медицинской науки.

Учение о строении и функциях женских половых органов представляет собой фундамент, как акушерства, так и гинекологии. Без ясного представления о физиологических функциях половых органов женщины невозможно правильное суждение о причинах происхождения, патогенезе, профилактике и лечении гинекологических заболеваний и связанных с ними общих нарушений.

Исследование гинекологических больных производится по определенной системе, которая помогает выявить главные факты и учесть все детали, способствующие правильному распознаванию заболевания. Система обследования гинекологических больных имеет цель последовательного изучения анатомических особенностей и функций полового аппарата женщины.

Половые органы женщины связаны со всеми органами и системами и функции их находятся во взаимной зависимости. Болезни половых органов также влияют на функции других органов и систем и на состояние организма в целом. Поэтому обязательным компонентом обследования больных, страдающих гинекологическими заболеваниями, является применение общеизвестных методов исследования органов кровообращения, дыхания, нервной системы, применение лабораторных, рентгенологических и других вспомогательных методов.

## Тема №70

### Роль ВКМ в сфере гинекологии

Исследование гинекологических больных начинается с опроса имеющегося целью:

- а) выяснить субъективные симптомы данного заболевания (жалобы);
  - б) получить сведения о предшествовавшей жизни и перенесённых заболеваниях (*anamnesis vitae*);
  - в) выяснить развитие настоящего заболевания (*anamnesis morbi*);
- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.
  - Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.
  - Наследственность, перенесённые заболевания: (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесённые гинекологические заболевания), заболевания мужа.
  - Характер функций половой системы:
    - а) менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивно генеративной), г) секреторной. Одновременно выясняются функции мочевыводящих путей и кишечника, которые связаны с половыми органами в анатомическом и функциональном отношениях.
  - Наличие болей и их характер.
  - Условия быта и труда.
  - Развитие настоящего заболевания.

Для установления правильного диагноза необходимо не только выяснить все симптомы болезни, но также путем субъективного и объективного обследования больной правильно оценить диагностическое значение любого из выявленных симптомов. Тщательное изучение и анализ установленных клинических признаков разрешает правильно провести дифференциальную диагностику и назначить патогенетически обусловленную терапию.

Опрос п

Основные жалобы гинекологических больных.

**Боль:** ее локализация, характер, продолжительность, предполагаемая причина, зависимость от различных условий (травма, работа, месячные, дефекация, простуда, изменение погоды).

**Нарушение характера месячных:** нарушение регулярности, периодичности, кровотечения при сохраненном цикле; продолжительность месячных, интенсивность, болезненность; дополнительные кровянистые выделения; ациклические кровотечения; задержка (или отсутствие) месячных, влияние различных внешних факторов на их течение.

**Бели:** цвет, количество, характер, запах; условия их появления.

**Нарушения со стороны половой сферы:** бесплодие; привычное невынашивание; опущение половых органов; зуд; появление опухоли на наружных половых органах, во влагалище.

**Нарушение полового чувства:** половая холодность, ослабление полового влечения, отсутствие оргазма.

**Нарушения функций соседних органов:**

а) мочевой системы: боль, рези при мочеиспускании, изменение частоты мочеиспускании, недержание мочи (частичное, полное); появление крови, гноя в моче;

б) кишечника: запоры, поносы, боли при дефекации, выделения (слизистые, гнойные, кровянистые).

**Общие нарушения:** плохое самочувствие, подавленное расположение духа; похудение, ожирение; головные боли, бессонница; ослабление памяти; сердцебиение; приливы жара к голове.

Проводя планомерный расспрос, врач последовательно справляется о деталях, которые касаются жизни больной и ее развития, начиная с детства, периода полового созревания, выясняет перенесенные болезни, их течение и последствия, обстоятельства, которые предшествовали заболеванию, его признаки. Целиком обоснованным есть общепринятое распределение анамнеза на анамнез жизни и анамнез (настоящего) заболевания.

**Анамнез жизни.**

**Наследственность:** общие сведения о родителях; их возраст, профессия, болезни (туберкулез, сифилис, подагра, диабет, тучность, алкоголизм); число братьев и сестер, были ли в семье (среди близких родственников) случаи заболевания опухолями (рак, миома), аномалии развития.

**Раннее детство:** общие условия жизни, питание, перенесенные болезни и их осложнения.

**Период полового созревания:** время появления месячных (менархе), их характер (циклическость, продолжительность, наличие болевых ощущений, кровотечения).

**Период половой зрелости:** начало половой жизни; количество беременностей (родов, выкидышей самопроизвольных и искусственных аборт); осложнения после родов или абортов; методы контрацепции; характер менструального цикла после замужества; наличие и характер патологических выделений из половых путей; перенесенные заболевания половых органов: их возможные причины, продолжительность, частота обострений (например, воспалительных процессов); лечение и результаты; заболевания соседних органов; местные или общие заболевания и их влияние на функцию половых органов.

**Преклимактерический период:** начало нарушений менструального цикла, в чем выразились нарушения, характер психосоматических нарушений.

**Постклимактерический период:** появление выделений (белей, сукровицы, крови); опущение половых органов; зуд, ожирение, похудение; гипертоническая болезнь, диабет.

**Анамнез заболевания.** Как и с чего началось заболевание: физическое напряжение, травма, простуда, изменение половых партнеров; оперативные методы лечения, аборт, роды; экстрагенитальные заболевания; нервные потрясения, изменение условий жизни, профессии? напряженная работа. хронологически установить характер течения заболевания. Патологические признаки, которые сопровождалась со стороны соседних органов, брюшины, общие изменения в организме, характер температурной кривой, проведенное лечение и его результаты.

**Возраст.** Возраст больной имеет большое значение, так как одни и те же симптомы имеют разную интерпретацию в зависимости от периода жизни женщины, характера течения, профессии и особенностей работы больной, условий быта.

**Профессия.** Выяснив характер и условия профессиональной деятельности, условия быта, питание, перенесенные прежде заболевания, можно получить важные указания относительно вероятных причин тех или других патологических признаков. Нерациональное питание может также обусловить обеднение организма витамином Е, что ведет в ряде случаев к самопроизвольным выкидышам или к внутриутробной гибели плода.

**Перенесенные заболевания** (корь, скарлатина, дифтерия, оспа, тиф, дизентерия, холера, крупозная пневмония) влияют на структурно-обменные процессы в слизистой оболочке влагалища у девочек с последующим развитием стеноза или даже атрезии. Тяжелые общие а также продолжительные местные инфекционные процессы часто определяют периодические или постоянные изменения в деятельности яичников. Особого внимания в этом отношении заслуживают: туберкулез (главным образом легких), заболевания сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность после ревматизма), ангина, скарлатина, врожденный порок сердца, гипертония, паротит, аппендицит, нефрит, пиелит.

Поскольку болезнь есть результат сложного взаимодействия организма с окружающей средой и возникает большей частью под влиянием неблагоприятных внешних факторов, то важным является определение склонности к заболеваемости, то есть наличие разнообразных морфологических и функциональных свойств или особенностей организма, которые при соответствующих условиях оказывают содействие развитию того или иного патологического процесса.

К важнейшим недомоганиям, с которыми гинекологические больные обращаются к врачу, относятся поясничные боли и боли внизу живота; они могут быть симптомом чрезвычайно разнообразных заболеваний. Боли эти в одних случаях односторонние, в других — двусторонние; они могут наступать внезапно или развиваться постепенно и незаметно. На фоне болевого синдрома больные отмечают повышенную утомляемость, ломоту, чувство болезненного напряжения. Сила и продолжительность болей колеблется в широких пределах — от кратковременных, легко переносимых к продолжительным, постоянным и невыносимо сильным. Что касается оттенков боли, то больные отмечают тупой, ноющий, давящий, сверлящий, распирающий характер боли. Следует отметить, что не существует определенного параллелизма между интенсивностью болевого синдрома и тяжестью заболевания, которое обусловило эту боль.

Частой жалобой гинекологических больных бывают разного рода расстройства менструального цикла: маточные кровотечения, усиление, ослабление, временное или продолжительное прекращение, отсутствие, причинами чего могут

быть повреждение звеньев корково-гипоталамо-гипофизарно-овариальной системы или/ непосредственно местные заболевания половых органов.

Следует отметить, что жалобы на нарушение половой жизни высказывают редко, хотя эти вопросы глубоко волнуют и беспокоят. Данное состояние обусловлено причиной интимного характера, и только внимательный подход врача может обеспечить достаточную степень доверия больной. С помощью деликатных вопросов необходимо выяснить, как протекает у пациентки половая жизнь. Жалобы, с которыми приходится встречаться по этому поводу, обусловлены:

- 1) половой холодностью (индифферентностью) женщины к половой жизни;
- 2) отсутствием удовлетворения при половом сближении;
- 3) механическими (анатомическими) преградами к половой жизни;
- 4) невозможностью полового сношения из-за спазмов мышц входа во влагалище.

Нередкой жалобой больных является заметный рост волос на ногах (главным образом голени), появление волос на подбородке, верхней губе. В выяснении причин вирилизации женского организма и в развитии гинекологической эндокринологии большую роль сыграло изучение аденогенитального синдрома (АГС). Основным симптомом АГС выступает прогрессирующая вирилизация женского лица, обусловленная повышенным образованием андрогенов, главным образом в коре надпочечников. Причиной которой является генетически обусловленная недостаточность ферментных систем, принимающих участие в синтезе кортизола, и резкое снижение функций яичников, опосредованное через гипоталамо-гипофизарной системы. Андрогены выделяются в излишке в результате раздражения АКТГ сетчатой зоны надпочечников и преобразования оксипрогестерона в андрогенное соединение. Кроме того, андрогены блокируют выделение ФСГ гипофизом, в результате чего снижается функции яичников.

## Тема №71

### Анатомия женских половых органов

Наружные половые органы (*genitalia externa, s. vulva*), имеющие собирательное название "вульва", или "пудендум", находятся ниже лобкового симфиза. К ним относятся лобок, большие и малые половые губы, клитор и преддверие влагалища. В преддверие влагалища открываются наружное отверстие мочеиспускательного канала (уретра) и протоки больших желез преддверия (бартолиновы железы).

*Лобок (mons pubis)*, пограничный участок брюшной стенки, представляет собой округлое срединное возвышение, лежащее спереди от лобкового симфиза и лобковых костей. После полового созревания он покрывается волосами, а его подкожная основа в результате интенсивного развития приобретает вид жировой подушечки.

*Большие половые губы (labia pudendi majora)* — широкие продольные складки кожи, содержащие большое количество жировой клетчатки и фиброзные окончания круглых маточных связок. Спереди подкожная жировая клетчатка большой половой губы переходит в жировую подушечку на лобке, а сзади соединена с седалишно-прямокишечной жировой клетчаткой. После достижения половой зрелости кожа наружной поверхности больших половых губ

пигментируется и покрывается волосами. В коже больших половых губ находятся потовые и сальные железы. Внутренняя поверхность их гладкая, не покрыта волосами и насыщена сальными железами. Соединение больших половых губ спереди называют передней спайкой, сзади — спайкой половых губ, или задней спайкой. Узкое пространство перед задней спайкой половых губ называют ладьевидной ямкой.

*Малые половые губы* (labia pudendi minora). Толстые складки кожи меньших размеров, называемые малыми половыми губами, находятся медиально от больших половых губ. В отличие от больших половых губ они не покрыты волосами и не содержат подкожной жировой клетчатки. Между ними находится преддверие влагалища, которое становится видимым только при разведении малых половых губ. Спереди, где малые половые губы подходят к клитору, они делятся на две небольшие складки, которые сливаются вокруг клитора. Верхние складки соединяются над клитором и образуют крайнюю плоть клитора; нижние складки соединяются на нижней стороне клитора и образуют уздечку клитора.

*Клитор* (clitoris) находится между передними концами малых половых губ под крайней плотью. Он является гомологом пещеристых тел мужского полового члена и способен к эрекции. Тело клитора состоит из двух пещеристых тел, заключенных в фиброзную оболочку. Каждое пещеристое тело начинается ножкой, прикрепленной к медиальному краю соответствующей седалищно-лобковой ветви. Клитор прикрепляется к лобковому симфизу с помощью поддерживающей связки. На свободном конце тела клитора находится небольшое возвышение эректильной ткани, которое называется головкой.

*Луковицы преддверия* (bulbi vestibuli) — венозные сплетения, расположенные в глубине малых половых губ и подковообразно охватывающие преддверие влагалища. Рядом с преддверием влагалища вдоль глубокой стороны каждой малой половой губы расположена масса эректильной ткани овальной формы, называемая луковицей преддверия. Она представлена густым сплетением вен и соответствует губчатому телу полового члена у мужчин. Каждая луковица прикрепляется к нижней фасции мочеполовой диафрагмы и покрыта бульбоспонгиозной (бульбокавернозной) мышцей.

*Преддверие влагалища* (vestibulum vaginae) расположено между малыми половыми губами, где влагалище открывается в виде вертикальной щели. Раскрытое влагалище (так называемое отверстие) обрамляют узлы фиброзной ткани изменяющихся размеров (гименальные бугорки). Спереди от влагалищного отверстия приблизительно на 2 см ниже головки клитора по средней линии располагается наружное отверстие мочеиспускательного канала в виде небольшой вертикальной щели. Края наружного отверстия уретры обычно приподняты и образуют складки. С каждой стороны наружного отверстия мочеиспускательного канала есть миниатюрные отверстия протоков желез мочеиспускательного канала (ductus paraurethrales). Небольшое пространство в преддверии влагалища, находящееся сзади влагалищного отверстия, называется ямкой преддверия влагалища. Здесь на обеих сторонах открываются протоки больших желез преддверия, или бартолиновых желез (glandulae vestibulares).

majorus). Железы представляют собой небольшие дольковые тела размером с горошину и находятся у заднего края луковицы преддверия. Эти железы наряду с многочисленными малыми преддверными железами также открываются в преддверие влагалища.

### **Внутренние половые органы женщины**

Внутренние половые органы (*genitalia interna*). К внутренним половым органам относят влагалище, матку и ее придатки — маточные трубы и яичники.



*Влагалище* (*vagina s. colpos*) простирается от половой щели до матки, проходя сверху с задним наклоном через мочеполовую и тазовую диафрагмы. Длина влагалища около 10 см. Оно расположено главным образом в полости малого таза, где и заканчивается, сливаясь с шейкой матки. Передняя и задняя стенки влагалища обычно соединяются друг с другом в нижней части, имея форму буквы Н в поперечном сечении. Верхний отдел называют сводом влагалища, так как просвет образует карманы, или своды, вокруг влагалищной части шейки матки. Поскольку влагалище находится под углом  $90^\circ$  к матке, задняя стенка значительно длиннее, чем передняя, а задний свод глубже, чем передний и боковые своды. Боковая стенка влагалища прикрепляется к кардиальной связке матки и к диафрагме малого таза. Стенка состоит в основном из гладкомышечной и плотной соединительной ткани со множеством эластических волокон. Наружный слой содержит соединительную ткань с артериями, нервами и нервными сплетениями. Слизистая оболочка имеет поперечные и продольные складки. Передняя и задняя продольные складки называются столбами складок. Многослойный плоский эпителий поверхности претерпевает циклические изменения, которые соответствуют менструальному циклу.

Передняя стенка влагалища прилегает к мочеиспускательному каналу и основанию мочевого пузыря, причем конечная часть мочеиспускательного канала вдается в его нижнюю часть. Тонкий слой соединительной ткани, отделяющей переднюю стенку влагалища от мочевого пузыря, называется пузырно-влагалищной перегородкой. Спереди влагалище косвенно соединяется с задней частью лобковой кости с помощью фасциальных утолщений у основания мочевого пузыря, известных как лобково-пузырные связки. Сзади нижняя часть стенки влагалища отделена от заднепроходного канала перинеальным телом.

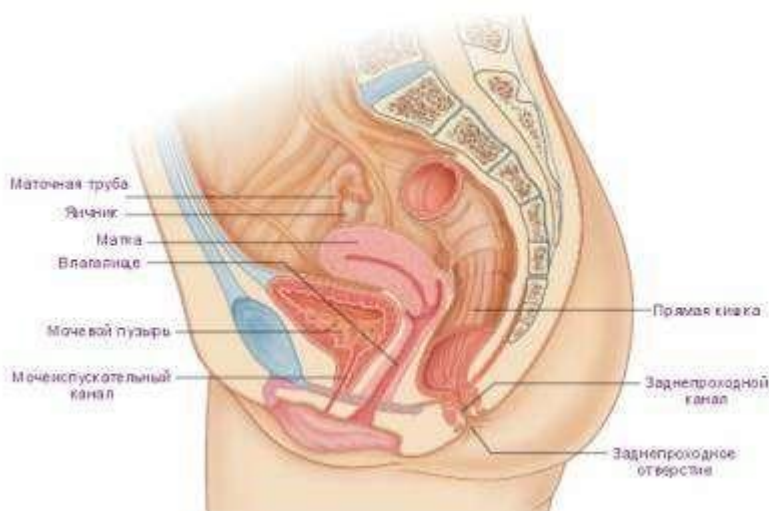
Средняя часть примыкает к прямой кишке, а верхняя — к прямокишечно-маточному углублению (дугласово пространство) перитонеальной полости, от которой она отделена только тонким слоем брюшины.

*Матка* (uterus) вне беременности расположена по средней линии таза или вблизи нее между мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади. Матка имеет форму перевернутой груши с плотными мышечными стенками и просветом в виде треугольника, узким в сагиттальной плоскости и широким — во фронтальной. В матке различают тело, дно, шейку и перешеек. Линия прикрепления влагалища разделяет шейку на влагалищный (вагинальный) и надвлагалищный (суправагинальный) сегменты. Вне беременности выгнутое дно направлено кпереди, причем тело образует тупой угол по отношению к влагалищу (наклонено вперед) и согнуто кпереди. Передняя поверхность тела матки плоская и примыкает к верхушке мочевого пузыря. Задняя поверхность выгнута и обращена сверху и сзади к прямой кишке.

Шейка матки направлена книзу и кзади и соприкасается с задней стенкой влагалища.

Мочеточники подходят непосредственно латерально к шейке матки сравнительно близко.

Тело матки, включая ее дно, покрыто брюшиной. Спереди, на уровне перешейка, брюшина загибается и переходит на верхнюю поверхность мочевого пузыря, образуя неглубокое пузырно-маточное углубление. Сзади брюшина продолжается вперед и вверх, покрывая перешеек, суправагинальную часть шейки матки и задний свод влагалища, а затем переходит на переднюю поверхность прямой кишки, образуя глубокое прямокишечно-маточное углубление. Длина тела матки в среднем равна 5 см. Общая длина перешейка и шейки около 2,5 см, их диаметр 2 см. Соотношение длины тела и шейки матки зависит от возраста и числа родов и в среднем составляет 2:1.





## Рисунок. Внутренние половые органы женщины

Стенка матки состоит из тонкого наружного слоя брюшины — серозной оболочки (периметрии), толстого промежуточного слоя гладких мышц и соединительной ткани — мышечной оболочки (миометрий) и внутренней слизистой оболочки (эндометрий). Тело матки содержит множество мышечных волокон, количество которых уменьшается книзу по мере приближения к шейке. Шейка состоит из равного количества мышц и соединительной ткани. В результате своего развития из слившихся частей парамезонефральных (мюллеровых) протоков расположение мышечных волокон в стенке матки сложное. Наружный слой миометрия содержит в основном вертикальные волокна, которые идут латерально в верхней части тела и соединяются с наружным продольным мышечным слоем маточных труб. Средний слой включает в себя большую часть маточной стенки и состоит из сети спиралевидных мышечных волокон, которые соединены с внутренним круговым мышечным слоем каждой трубы. Пучки гладкомышечных волокон в поддерживающих связках переплетаются и сливаются с этим слоем. Внутренний слой состоит из круговых волокон, которые могут выполнять функцию сфинктера у перешейки и у отверстий маточных труб.

Полость матки вне беременности представляет собой узкую щель, при этом передняя и задняя стенки тесно прилегают друг к другу. Полость имеет форму перевернутого треугольника, основание которого находится сверху, где оно с обеих сторон соединено с отверстиями маточных труб; вершина находится снизу, где полость матки переходит в шейечный канал. Шейечный канал в области перешейки сжат и имеет длину 6-10 мм. Место, где канал шейки матки переходит в полость матки, называется внутренним зевом. Цервикальный канал немного расширяется в своей средней части и открывается во влагалище наружным отверстием.

*Придатки матки.* К придаткам матки относят маточные трубы и яичники, а некоторые авторы — и связочный аппарат матки.

Маточные трубы (tubae uterinae). С обеих сторон тела матки латерально находятся длинные, узкие маточные трубы (фаллопиевы трубы). Трубы занимают верхнюю часть широкой связки и изгибаются дугой латерально над яичником, затем идут вниз над задней частью медиальной поверхности яичника. Просвет, или канал, трубы проходит от верхнего угла полости матки к яичнику, постепенно увеличиваясь в диаметре латерально по его ходу. Вне беременности труба в растянутом виде имеет длину 10 см. Различают четыре ее отдела: *интрамуральный участок* находится внутри стенки матки и соединен с полостью матки. Его просвет имеет самый маленький диаметр (1 мм или менее). Узкий участок, идущий латерально от наружной границы матки, называется *перешейком* (istmus); далее труба расширяется и становится извилистой, образуя *ампулу*, и заканчивается вблизи яичника в виде *воронки*. По периферии на воронке находятся фимбрии, которые окружают брюшное отверстие маточной трубы; одна или две фимбрии соприкасаются с яичником. Стенка маточной трубы образована тремя слоями: наружный слой, состоящий в основном из брюшины (серозной оболочки), промежуточный гладкий мышечный слой

(миосальпинкс) и слизистая оболочка (эндосальпинкс). Слизистая оболочка представлена реснитчатым эпителием и имеет продольные складки.

*Яичники (ovarii).* Женские гонады представлены яичниками овальной или миндалевидной формы. Яичники расположены медиально к загнутой части маточной трубы и немного расплющены. В среднем их размеры составляют: ширина 2 см, длина 4 см и толщина 1 см.

Яичники, как правило, серовато-розового цвета с морщинистой, неровной поверхностью. Продольная ось яичников почти вертикальная, с верхней крайней точкой у маточной трубы и с нижней крайней точкой ближе к матке. Задняя часть яичников свободна, а передняя фиксирована к широкой связке матки с помощью двухслойной складки брюшины — брыжейки яичника (тезоуапит). Через нее проходят сосуды и нервы, которые достигают ворот яичников. К верхнему полюсу яичников прикреплены складки брюшины — связки, подвешивающие яичники (воронкотазовые), в которых содержатся яичниковые сосуды и нервы. Нижняя часть яичников прикреплена к матке с помощью фиброзно-мышечных связок (собственные связки яичников). Эти связки соединяются с латеральными краями матки под углом чуть ниже того места, где маточная труба подходит к телу матки.

Яичники покрыты зародышевым эпителием, под которым находится слой соединительной ткани — белочная оболочка. В яичнике различают наружный корковый и внутренний мозговой слои. В соединительной ткани мозгового слоя проходят сосуды, нервы. В корковом слое среди соединительной ткани находится большое количество фолликулов на разных стадиях развития.

*Связочный аппарат внутренних женских половых органов.* Положение в малом тазе матки и яичников, а также влагалища и смежных органов зависит главным образом от состояния мышц и фасций тазового дна, а также от состояния связочного аппарата матки. В нормальном положении матку с маточными трубами и яичники удерживают подвешивающий аппарат (связки), закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку), опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно).

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки.

1. Круглые связки матки (ligg. teres uteri). Они состоят из гладких мышц и соединительной ткани, имеют вид шнуров длиной 10-12 см. Эти связки отходят от углов матки, идут под передним листком широкой связки матки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки матки веерообразно разветвляются в клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки матки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди).

2. Широкие связки матки (ligg. latae uteri). Это дубликатура брюшины, идущая от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок матки проходят маточные трубы, на задних листках расположены яичники, между листками — клетчатка, сосуды и нервы.

3. Собственные связки яичников (ligg. ovarii proprii, s. ligg. suspensorii ovarii) начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения маточных труб и идут к яичникам.

4. Связки, подвешивающие яичники, или воронкотазовые связки (ligg. suspensorium ovarii, s. infundibulopelvicum), являются продолжением широких маточных связок, идут от маточной трубы до стенки таза.

Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительно-тканые тяжи с примесью гладкомышечных волокон, которые идут от нижнего отдела матки:

а) впереди — к мочевому пузырю и далее к симфизу (lig. pubovesicale, lig. vesicouterinum); к боковым стенкам таза — основные связки (lig. cardinale);

б) сзади — к прямой кишке и крестцу (lig. sacrouterinum).

Крестцово-маточные связки отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, охватывают с обеих сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади.

*Опорный, или поддерживающий, аппарат* составляют мышцы и фасции тазового дна. Тазовое дно имеет огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления шейка матки опирается на тазовое дно, как на подставку; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей. Тазовое дно образовано кожей и слизистой оболочкой промежности, а также мышечно-фасциальной диафрагмой.

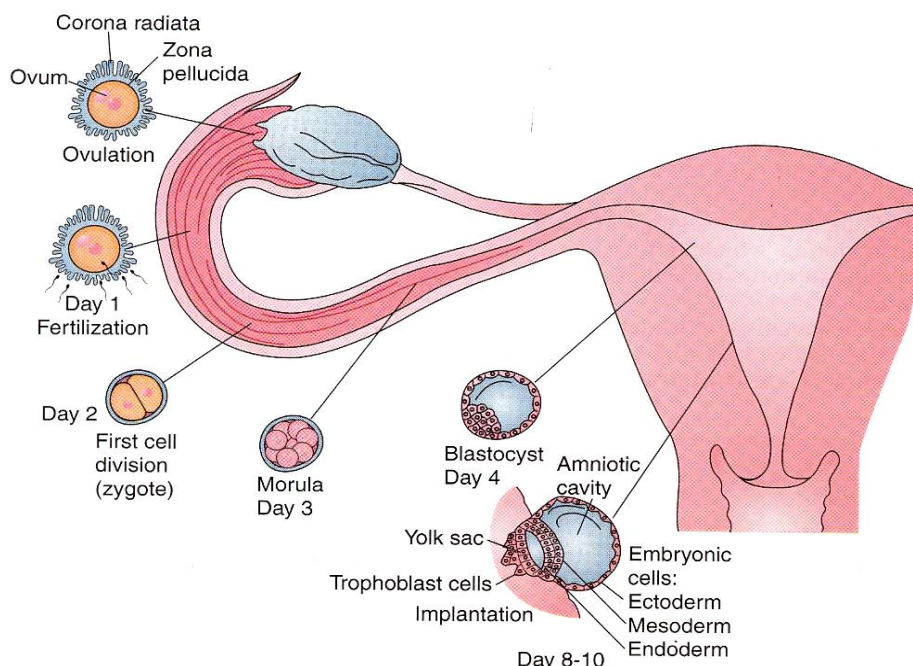
Промежность (perineum) — это ромбовидная область между бедрами и ягодицами, где находятся мочеиспускательный канал, влагалище и заднепроходное отверстие. Спереди промежность ограничена лобковым симфизом, сзади — концом копчика, латеральноседалищными буграми. Кожа ограничивает промежность снаружи и снизу, а диафрагма таза (тазовая фасция), образованная нижней и верхней фасциями, ограничивает промежность глубоко сверху.

Тазовое дно с помощью воображаемой линии, соединяющей два седалищных бугра, разделяют анатомически на две треугольные области: спереди — мочеполая область, сзади — анальная область. В центре промежности между заднепроходным отверстием и входом во влагалище имеется фиброзно-мышечное образование, называемое сухожильным центром промежности. Этот сухожильный центр является местом прикрепления нескольких групп мышц и фасциальных слоев.

## Тема №72

## Физиология женских половых органов

Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток, в результате образуется клетка, являющаяся началом нового организма. Оплодотворение обычно происходит в ампулярной части маточной трубы. С момента оплодотворения начинается беременность. Сразу начинается процесс дробления, сначала на две дочерние клетки, затем на четыре, и так деление происходит в геометрической прогрессии до образования клетки, напоминающей тутовую ягоду.



процессе дробления образуется два вида оластомеров: одни оолее крупные и темные, другие – мелкие и светлые. Скопление более крупных и темных клеток, располагающихся в центре морулы, получило название эмбриобласт. Из него впоследствии образуются клетки зародыша и некоторых внезародышевых частей. Светлые мелкие клетки постепенно обрастают эмбриобласт и окружают его со всех сторон. Этот наружный слой дает начало трофобласту – специфической рано дифференцирующейся ткани, которая позднее обеспечивает имплантацию и питание зародыша.

Дробящееся яйцо передвигается по трубе и на 8 – 10 день после оплодотворения попадает в полость матки.

К моменту проникновения в матку наружный слой клеток морулы превращается в трофобласт, внутренний – в эмбриобласт.

При прохождении через маточные трубы между зачатком трофобласта и эмбриобласта образуется небольшая полость, заполненная жидкостью, т.е. образуется бластоциста. Именно в этой стадии развития плодного яйца происходит процесс его внедрения в слизистую (децидуальную) оболочку матки – имплантация.

В стадии бластоцисты для плодного яйца характерно то, что часть клеток, более крупных по своим размерам, образуют эмбриобласт, из которого в дальнейшем развивается эмбрион, а другая часть более мелких клеток, расположенная на периферии плодного яйца, формирует питающую оболочку зародыша – трофобласт.

Трофобласт выделяет протеолитические, гликолитические и другие ферменты, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки. Плодное яйцо оседает на ее поверхности, обычно на передней или задней стенке на уровне труб, трофобласт расплавляет покровный эпителий, железы, клетки стромы и сосуды слизистой оболочки матки и постепенно погружается в глубину функционального слоя слизистой оболочки. Имплантация протекает быстро: в течение 24 часов бластоциста погружается в слизистую оболочку более чем наполовину, а за 40 часов – полностью. Когда яйцо полностью внедряется в слизистую оболочку, отверстие над ним зарастает, процесс имплантации заканчивается.

### ***Развитие зародышевых оболочек.***

После имплантации начинается быстрое развитие зародыша и его оболочек. На трофобласте образуются выросты (ворсины), которые вначале не имеют сосудов и называются первичными ворсинами. Эти выросты значительно увеличивают поверхность соприкосновения зародыша с эмбриотрофом. Наружный слой трофобласта, образующий ворсины, утрачивает клеточные границы, превращаясь в плазмодиотрофобласт – синцитий. Внутренний слой трофобласта сохраняет клеточное строение – цитотрофобласт. В течение первых недель развития синцитий обладает выраженной способностью к проникновению в материнские ткани, поэтому он называется имплантационным синцитием. Впоследствии инвазивные свойства синцития снижаются, и возрастает способность к всасыванию питательных веществ (резорбционный синцитий).

Наружная оболочка яйца называется ворсинчатой оболочкой или хорионом. Между ворсинами и слизистой оболочкой матки находится тканевый распад и циркулирует материнская кровь, излившаяся из разрушенных сосудов слизистой оболочки; отсюда к зародышу поступают питательные вещества и кислород. Пространство между ворсинами и окружающей слизистой оболочкой называется первичным межворсинчатым пространством. Оно окружает все яйцо; в более поздних стадиях развития межворсинчатое пространство остается только в области плаценты и называется вторичным межворсинчатым пространством.

Одновременно с трофобластом развивается эмбриобласт; развитие его начинается еще в маточной трубе, но происходит особенно усиленно после имплантации в матку. После имплантации клетки, окружающие полость бластоцисты, превращаются в мезобласт.

В одном сегменте бластоцисты образуется скопление клеток, в котором выделяются два узелка: эктобластический (эктобласт) и энтобластический (энтобласт). В центре этих узелков вскоре образуется полость, вследствие чего эктобластический узелок превращается в эктобластический пузырек, а энтобластический узелок – в энтобластический пузырек. Эктобластический пузырек связан при помощи ножки с трофобластом; из него образуется амниотическая полость. Стенки этой полости превращаются в амнион – водную оболочку. Эктобластический пузырек расположен ближе к центру. Он превращается в желточную полость.

Клетки эктобласта и энтобласта, расположенные между амниотическими и желточными пузырьками, образуют зачаток зародыша.

По мере увеличения полости экзоцелома клетки мезенхимы оттесняются с одной стороны к хориону (трофобласту), с другой – к амниотическому и желточному пузырькам и к зародышу, расположенному между ними. Стенки пузырьков и хорион становятся двухслойными. Зародышевый зачаток состоит теперь из трех

зародышевых лепестков: эктодермы, мезодермы и энтодермы. Из этих трех лепестков образуются все ткани и органы плода.

Амниотический пузырек быстро увеличивается вследствие накопления в нем прозрачной жидкости, стенка его (амнион) приближается к ворсинчатой оболочке и, наконец, примыкает к ней. Полость бластоцисты при этом исчезает. Зародыш, располагавшийся между амнионом и желточным пузырьком, начинает вворачиваться в полость амниона и постепенно полностью погружается в него. По мере увеличения амниотической полости желточный пузырек уменьшается, желточные сосуды запусевают, стенки подвергаются атрофии. Одновременно с развитием оболочек из заднего конца первичной кишки зародыша образуется вырост – аллантоис. Аллантоис подходит к ворсинчатой оболочке по той же ножке, которая соединяла амниотический пузырек с трофобластом. По аллантоису идут сосуды из тела зародыша к ворсинчатой оболочке; эти сосуды врастают в каждую ворсину хориона. Так происходит важнейший процесс – васкуляризация хориона. С этого момента развивается аллантоидное кровообращение зародыша, обеспечивающее более интенсивный обмен между ним и организмом матери.

После завершения начальных стадий развития плод окружен амниотической жидкостью и тремя оболочками: децидуальной, ворсинчатой и водной. Децидуальная оболочка (материнская) образуется из слизистой оболочки матки, ворсинчатой и водной – плодовые.

Децидуальной оболочкой называется видоизмененный в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки; децидуальная оболочка называется также отпадающей оболочкой потому, что она во время родов отторгается и изгоняется из полости матки вместе с другими оболочками и плацентой.

После имплантации слизистая оболочка матки значительно утолщается, становится сочной, железы ее наполняются секретом, дифференцировка компактного и спонгиозного слоев выражена еще больше. Компактный слой состоит главным образом из децидуальных клеток, имеющих крупные размеры, округлую или полигональную форму; децидуальные клетки богаты гликогеном, они также содержат белки, мукополисахариды, обладают фагоцитарными свойствами и возможно, вырабатывают гормоны (пролактин и др.).

Спонгиозный (губчатый) слой состоит из множества разросшихся желез, между которыми располагаются прослойки стромы и сосуды.

Яйцо, внедрившееся в компактный слой, со всех сторон окружено элементами децидуальной оболочки. В соответствии с положением яйца децидуальная оболочка делится на три части:

- 4) вся слизистая (децидуальная) оболочка, выстилающая полость матки;
- 5) часть, покрывающая яйцо со стороны полости матки;
- 6) часть, расположенная между яйцом и стенкой матки.

По мере развития плода, последняя оболочка утолщается, в ней развиваются многочисленные сосуды.

Ворсинчатая оболочка, или хорион, развивается из трофобласта и мезобласта. Ворсины вначале не имеют сосудов, но уже в конце 1 месяца в них врастают сосуды из аллантоиса. Первоначально ворсины покрывают равномерно всю поверхность плодного яйца. На 2 месяце беременности начинается атрофия ворсин в той части хориона, которая прилегает оболочке, покрывающей яйцо со стороны полости матки. На противоположной стороне хориона превращается в плодовую часть плаценты.

Водная оболочка или амнион, представляет собой замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами. С ростом беременности амниотическая полость быстро увеличивается, амнион прилегает к хориону, выстилает внутреннюю поверхность плаценты, переходит на пуповину, покрывая ее в виде футляра, сливается в области пупка с наружными покровами зародыша. Амнион – тонкая оболочка, состоящая из эпителия и соединительнотканной оболочки, имеющей несколько слоев, образовавшихся из мезенхимы. Эпителий амниона участвует в образовании и обмене околоплодных вод. Амнион и гладкий хорион принимают участие в обеспечении оптимального состава околоплодных вод.

### Тема №73

#### Пропедевтика гинекологических больных

**Осмотр больных.** Кроме общепринятых методов (общий осмотр, бимануальный, влагалищный, ректоабдоминальное исследование, осмотр с помощью влагалищных зеркал, кольпоскопия), для распознавания гинекологических заболеваний широко используются эндоскопические, цитологические, гистологические, рентгенографические методы исследования, а также ультразвуковая эхоскопия органов малого таза, определение гормонов в крови и их метаболитов в моче, медико-генетическое консультирование.

При осмотре женщин обращают внимание на конституцию, которая включает рост и массу тела, строение тела, развитие жировой ткани и особенности ее распределения. Конституция обуславливает совокупность признаков (морфологических, биохимических и функциональных), которые присущи данному индивиду в силу наследственности и условий в период внутриутробной и внеутробной жизни. Конституция находится в тесной взаимосвязи с деятельностью эндокринно-вегетативной системы.

Физиологически полноценным, дифференцированным в половом отношении является пикнотический тип женщины. Отклонением от физиологического типа в сторону неполного развития считается гипопластический или инфантильный тип женщины. При недостаточном дифференцировании половых признаков (наличие физических и психических признаков, характерных для мужского типа) выделяют интерсексуальный тип. Среди особенностей строения скелета выделяют мужской и евнухоидный типы: — мужской тип, который имеет соответственно свои разновидности:

**а) мужской тип** — увеличение межакромиального расстояния, увеличение окружности грудной клетки, уменьшение межвертельного размера, увеличение длины тела (высокий рост, широкие плечи, узкий таз);

**б) вирильный тип** — увеличение межакромиального размера, уменьшение длины ног, уменьшение межвертельного размера (средний рост, короткие ноги, длинное туловище, широкие плечи, узкий таз); — евнухоидный тип — увеличение длины тела, удлинение ног, равные межакромиальные и межвертельные размеры.

Оценка телосложения, в особенности при значительных отклонениях от основных размеров, разрешает ретроспективно определить особенности течения периода полового созревания, когда происходит формирование скелета и его окостенение. Так, при гиперандрогении в пубертатном периоде в зависимости от степени ее выраженности формируется мужской или вирильный тип телосложения.

При недостаточности гормональной функции яичников телосложение приобретает евнухоидные черты.

Обязательно определение роста и массы тела, которое разрешает определить степень увеличения массы тела по так называемому индексу массы тела (ИМТ). Последний определяется как отношение массы тела в килограммах к длине тела в метрах, возведенной в квадрат.

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела, кг}}{(\text{длина тела, м})^2}.$$

Установлена четкая положительная корреляция между ИМТ и частотой метаболических нарушений (гипергликемия, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия, гипертензия, атеросклероз). В норме ИМТ женщины репродуктивного возраста равно 20-26. ИМТ, равны 26-30, свидетельствует о малой вероятности возникновения метаболических нарушений, свыше 30 — о средней степени риска их развития, свыше 40 — о высокой степени риска развития метаболических нарушений. При избыточной массе тела необходимо выяснить, когда началось ожирение: с детства, в пубертатном возрасте, после начала половой жизни, после аборт или родов.

Проводится оценка фенотипических особенностей с целью выявления у больных дисплазий и дисморфий, характерных для различных клинических форм нарушения развития половых желез (дисгенезия гонад). Важное диагностическое значение имеют микро- и ретрогнатия, арковидное небо, широкая плоская переносица, низко расположенные ушные раковины, низкий рост, короткая шея с кожными складками, которые идут от сосцевидных отростков к плечам (крыловидные складки), бочкообразная грудная клетка с вдавленной грудью, вальгусная девиация локтевых суставов, гипоплазия ногтей, значительное количество врожденных пятен.

**Состояние кожи и кожных покровов.** Необходимо обращать внимание на характер оволосения, в особенности избыточного, время его появления (до или после менархе), состояние кожи (повышенная сальность, наличие акне, фолликулитов, повышенной пористости), наиболее заметное на лице и спине; следует отметить наличие полос растяжения на коже, их цвет, количество и расположение, время их появления, в особенности у нерожавших женщин.

**Исследование грудных желез.** Грудная женская железа принадлежит к органам репродуктивной системы и является органом-мишенью для стероидных гормонов яичников, коры надпочечников, пептидных гормонов гипофиза, щитовидной железы, поэтому нарушение гормональной цикличности способствует возникновению патологии молочной железы. К основным факторам риска развития опухолей молочной железы относят: наследственность, продолжительное бесплодие, нарушение менструального цикла, опухоли матки и яичников, эндометриоз, заболевание желез внутренней секреции (тиреотоксикоз, сахарный диабет), ожирение, нерациональное применение гормональных контрацептивов.

К методам диагностики заболеваний молочной железы относят: клиническое обследование, само обследование, маммографию, биопсию и цитологическое обследование, ультразвуковую маммографию, магнитно-резонансную томографию, радионуклидную диагностику.

При осмотре молочных желез обращают внимание на размер, форму и симметричность их расположения, состояние кожи сосков и околососковых ареол, область переходной складки.



Пациенток нужно обследовать в сидячем и лежащем положениях. Молочные железы осматривают в положении, когда руки расположены вдоль тела, подняты над головой, туловище наклонено вперед. При этом обращают внимание на увеличение или уменьшение размеров желез, их форму, подвижность, наличие гиперемии, отека, уплотнений, язв, свищей кожи над железой. Обязательно проводится пальпация надключичных, подключичных и подмышечных лимфатических узлов.

Пальпацию молочных желез осуществляют тремя средними пальцами, выполняя вращательные и круговые движения. Сначала в вертикальном положении пальпируют железу в зоне соска и околососкового кружка. Потягивая и нажимая на сосок, определяют его эластичность и проверяют наличие патологических выделений. Чтобы обследовать все участки молочной железы, следует проводить пальпацию по определенной схеме, начиная от соска и двигаясь к периферии по радиусам. Для оценки симметричности пальпируют одновременно обе молочные железы на одинаковых участках. При исследовании молочной железы в положении лежа патологические образования определяются более четко.

Осмотр живота может дать основание для предположения о наличии гинекологических заболеваний. Увеличение объема живота и изменение ее формы наблюдается при больших опухолях (миома, киста и др.).

Увеличению живота способствует также асцит, нередко наблюдается при новообразованиях яичника. Пальпация живота производится после опорожнения мочевого пузыря в горизонтальном положении при согнутых ногах.

Путем пальпации определяют состояние брюшной стенки (тонус, мышечная защита, наличие диастазы прямых мышц живота), болезненные участки на ней, наличие опухоли, инфильтратов. Прощупывание живота позволяет с известной точностью определить величину, форму, границы, консистенцию и болезненность опухолей инфильтратов, исходящих из половых органов располагающихся за пределами малого таза.

Перкуссия живота является вспомогательным методом исследования гинекологии. Перкуссия способствует уточнению границ и контуров опухолей, а также больших инфильтратов и экссудатов, образовавшихся при воспалительных заболеваниях половых органов.

Аускультация живота, служит методом определения в наличии перистальтики кишечника, указывает на её парез, наблюдающийся при перитоните. Ослабление перистальтики кишечника бывает после сложных гинекологических операций, вследствие понижения моторной функции кишечника. Бурные кишечные шумы отмечаются при возникновении непроходимости кишечника (обтурационный илеус).

Аускультация способствует проведению дифференциального диагноза между опухолями половых органов (миома, киста) и беременностью.

При беременности свыше 5 месяцев, а иногда раньше с помощью аускультации определяются движения и сердечные тоны плода.

## **Тема №74**

### **Современные методы исследования в гинекологической практике.**

Осмотр наружных и внутренних половых органов дает значительную информацию, в особенности у женщин с нарушениями менструального цикла и бесплодием. Наличие гипоплазии малых и больших губ, бледность и сухость слизистой оболочки влагалища служат клиническими проявлениями

гипоэстрогении. «Сочность» слизистой оболочки, цианотичный цвет слизистой вульвы, густая прозрачная секреция являются признаками повышенного уровня эстрогенов.

Гипоплазия малых губ, увеличение головки клитора, увеличение расстояния между клитором и внешним отверстием мочеиспускательного канала (более 2 см) в объединении с гипертрихозом указывают на внутриутробную гиперандрогению, характерную для врожденной вирилизации, которая встречается только при одной эндокринной патологии — врожденном адреногенитальном синдроме. Подобные изменения строения наружных половых органов при резко выраженной вирилизации (гипертрихоз, огрубение голоса, аменорея, атрофия молочных желез) разрешают исключить диагноз вирилизующей опухоли (как яичников, так и надпочечников), поскольку опухоль развивается в постнатальном периоде, а адреногенитальный синдром — врожденная патология, которая развивается антенатально, в период формирования наружных половых органов.

Внутреннее влагалищное исследование разрешает определить ширину входа во влагалище, состояние промежности, анатомическое состояние тазового дна, длину влагалища, состояние влагалищных стенок, сводов, шейки матки, уретры, области дна мочевого пузыря.

Бимануальное исследование разрешает объективно определить состояние матки (величина, форма, консистенция, положение, степень подвижности), определить характер придатков матки. В норме неизменные маточные трубы не пальпируются.

При ожирении, гиперчувствительности кожных покровов, увеличении размеров матки за счет беременности или фибромиомы, ретроверзии матки, воспалительных состояниях тазовой брюшины часто даже увеличенные яичники пропальпировать не удастся.

При пальпации крестцово-маточных связок обращают внимание на их укорочение, утолщение, напряжение, болезненность.

Ректальное исследование проводится главным образом у девочек при атрезии, стенозе влагалища и дополнительно после влагалищного исследования. Ректальное исследование разрешает четко пальпировать шейку матки, рубцовые изменения, деформацию влагалища, установить наличие патологических изменений в прямой кишке, состояние паравагинальной и параректальной клетчатки, наличие опухолевых разрастаний.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ.**

Исследование при помощи зеркал производится непосредственно после осмотра наружных половых органов до производства влагалищного и бимануального исследования.

Исследование при помощи зеркал имеет исключительно важное значения для диагностики заболеваний влагалища и шейки матки.

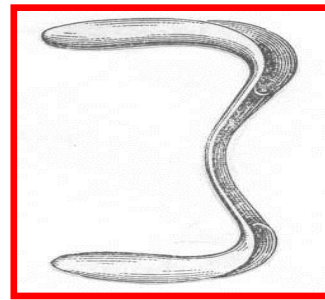
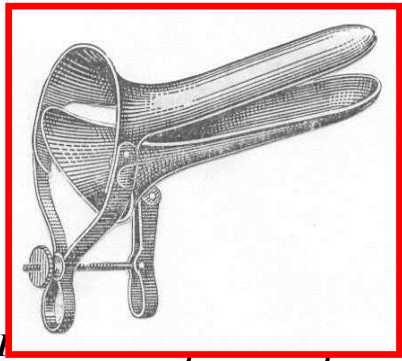
Существует следующие модели влагалищных зеркал: А) цилиндрические; Б) створчатые; В) ложкообразные (пластинчатые).

Цилиндрическими зеркалами пользуются редко, главным образом с целью изоляции стенок влагалища от лекарственных веществ, применяемых при лечении заболеваний шейки матки.

Самодержащиеся створчатые зеркала применяют в амбулаторной практике, если отсутствует помощник, который может понадобиться при использовании более удобных ложкообразных зеркал.

При исследовании зеркалами определяют окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и

наличие патологических процессов в области шейки матки и влагалища (воспаление повреждение, изъязвление, опухоли свищи и т. д.)



*Ложкообразное зеркало*

### **Влагалищное (внутреннее) исследование.**

Влагалищное исследование производится указательным и средними пальцами или только указательным пальцем одной (обычно правой) руки. При узком влагалище (гипоплазия, возрастная атрофия, у нерожавших женщин) во влагалище следует вводить только один палец. Половые губы разводят большими и указательными пальцами левой руки, указательный и средний пальцы бережно вводят во влагалище, большой палец направляют к симфизу, мизинец и безымянный пальцы прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность.

- Определяют состояние тазового дна путем надавливания на мышцы промежности со стороны влагалища и ощупывания (расслабление, гипотрофия или атрофия мышц);

- Указательными и большими пальцами прощупывают область расположения больших вестибулярных желез (киста, воспаление железы и др.);

- Со стороны передней стенки влагалища прощупывают уретру (уплотнение, болезненность), а при наличии признаков воспаления из нее выдавливают выделения (для исследования);

- Определение состояния влагалища: объем, складчатость, растяжимость. Наличие патологических процессов (инфильтраты, рубцы, стенозы, опухоли, пороки развития). Выявляют особенности сводов влагалища: глубина, подвижность, болезненность.

- Детальное исследование влагалищной части шейки матки: ее величину (гипертрофия, гипоплазия), форму (коническая, цилиндрическая, деформированная рубцами, опухолями, кондиломами), поверхность (гладкая, бугристая), консистенцию (обычная, размягченная при беременности, плотная при раке, старческом склерозе). Положение по проводимой оси таза (направлена кпереди, кзади, влево или вправо, поднята, кверху или опущена), состояние наружного зева (закрыт или открыт, форма круглая, поперечная щель, зияние), подвижность шейки (чрезмерно подвижная при опущении и выпадении матки, неподвижная или ограниченно подвижная при воспалительных процессах, запущенном раке).

### **Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование.**

Двуручное влагалищное (бимануальное, вагинально-абдоминальное) исследование является основным методом распознавания заболеваний матки, придатков, тазовой брюшины и клетчатки.

Прежде всего, исследуют матку. Оба (или один) пальца внутренней руки вводят в передний свод; шейку матки несколько отодвигают кзади. Ладонной

поверхностью (не концами) пальцев наружной руки через брюшную стенку прощупывают стенки матки, если дно ее направлено кпереди.

**При пальпации матки определяют следующие данные:**

*Положение матки:* наклонение (versio), перегиб (flexio), смещение по горизонтальной оси (positio), и вертикальной оси (elevatio, descensus prolapsus) и др.

1. **Величина матки:** нормальная, уменьшена (гипоплазия, атрофия), увеличена (беременность, миома и т.д.)

2. **Форма матки:** нормальная (грушевидная, уплощенная), апрообразная (беременность,) неправильная (опухоли, аномалии развития и т.д.).

3. **Консистенция:** обычная размягченная (беременность, флюктуирующая гематометра, пиометра), плотная (миома).

4. **Подвижность:** нормальная, ограниченная или отсутствует (опухоли спайка, инфильтраты), чрез

5. **Болезненность:** (воспалительных заболеваний, вторичные изменения в узле миомы и др.)

Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию ее придатков (маточных труб и яичников). Пальцы наружной и внутренней рук и постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза.

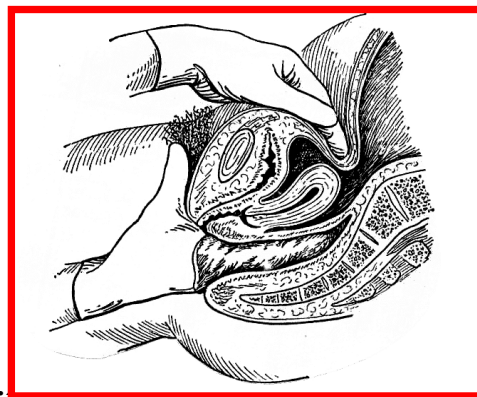
**Ректальное и ректально - абдоминальное исследование.**

Ректальное (ректально-абдоминальное) исследование необходимо в следующих случаях:

а) у девушек при атрезии или стенозе влагалища;

б) дополнительно к вагинально-абдоминальному исследованию при опухолях половых органов, особенно раке шейки матки, с целью уточнения степени распространения их (переход на тазовую клетчатку, стенку кишечника и т.д.);

г) при наличии выделений из прямой кишки (кровь, гной), трещинах, ссадинах и т.д. Исследование производится пальцем, который защищен перчаткой или *напальчником, смазанным вазелином. Палец вводят при наступившем* женщины.



**Рис 1.** исследование

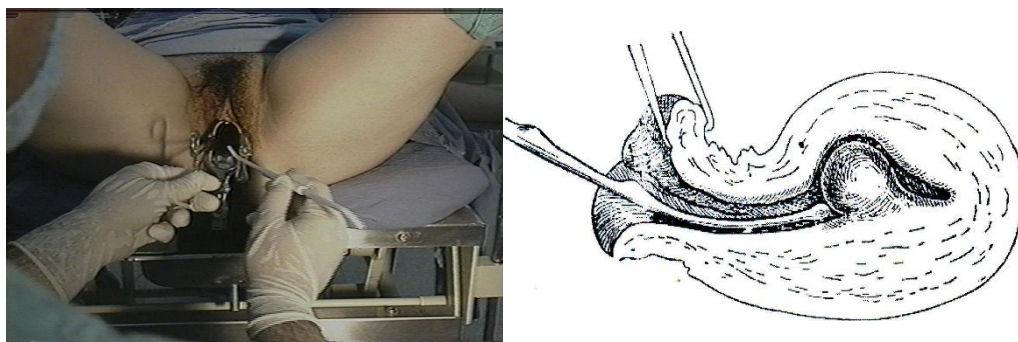
При ректальном исследовании определяют, нет ли опухолей, полипов, сужения и других процессов в прямой кишке. Далее ощупывают шейку матки, крестцово-маточные связки, тазовую клетчатку. При помощи наружной руки (ректально-абдоминальное исследование) исследуют тело матки и придатки.

Ректально – вагинальное исследование применяют при наличии патологического процесса в стенке влагалища, кишке или в ректально вагинальной перегородке. Указательный палец вводят во влагалище, средний в прямую кишку. Таким образом, легко определяются опухоли, инфильтраты и другие изменения в стенке влагалища, кишке и клетчатке, располагающейся между ними.

## Тема № 75

### Дополнительные методы обследования (УТТ, лапароскопия, гистероскопия, лабораторные обследования)магниторезонанс, томография

**Зондирование матки** является дополнительным методом исследования. Она производится специальным металлическим маточным зондом. Маточный зонд изготавливают из гнущегося металла, что позволяет изменять его форму по усмотрению врача. Один конец имеет форму пуговки, другой, утолщенный, служит рукояткой. На поверхности зонда имеется шкала в сантиметрах, что позволяет использовать его и в качестве измерительного прибора.



**Рис 1.3. Зондирование матки при субмикозной миоме.**

Зондирование матки производят в условиях стационара, соблюдая правил асептики и антисептики. Перед зондированием во влагалище вводят зеркала, шейку захватывают пулевыми щипцами. Зонд осторожно вводят в шейный канал и полость матки. При анте флексии матки пуговку зонда направляют кпереди, при ретрофлексии – кзади. Выполнение этой технической детали позволяет предупредить повреждение матки (перфорация) при зондировании.

Зондирование выявляет проходимость шейного канала, стеноз и атрезии, а также перегородки при пороках развития матки (двурогость и др.). В некоторых случаях зондирование позволяет выяснить положение матки и тем самым уточнить диагноз. Зондирование матки позволяет выяснить исходит ли данная опухоль из матки или придатков.

При помощи зондирования уточняется величина матки. Используя измерительную шкалу, можно выявить увеличение матки (фибромиомы) уменьшение её (гипоплазия, атрофия), а также удлинение шейки матки. Зондирование может способствовать выявлению миоматозных узлов, вдающихся в полость матки и деформации её полости при интерстициальной фибромиоме.

#### **Зондирование с диагностической целью противопоказано:**

а) при острых и подострых воспалительных заболеваниях матки и придатков, особенно при эндоцервиците гонорейной этиологии;

б) при наличии установленной и даже предполагаемой беременности.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОМОЩИ ПУЛЕВЫХ ЩИПЦОВ.**

К исследованию при помощи пулевых щипцов прибегают дополнительно к бимануальному методу исследования в тех случаях, когда требуется уточнить связь

опухоли с половыми органами.

При наличии обособленной от матки подвижной опухоли, располагающейся в нижней части живота, бимануальное исследование может оказаться недостаточным для решения вопроса о происхождении её (матка, яичник, кишечник и др.). Тонкая и длинная ножка опухоли иногда не определяется с помощью обычных методов исследования, особенно при толстой или напряженной стенке живота. В подобных случаях шейку матки обнажают зеркалами, протирают спиртом и смазывают йодом, а переднюю губу захватывают пулевыми щипцами; можно наложить вторые щипцы на заднюю губу, после этого зеркала удаляют, помощник потягиванием пулевых щипцов смещает матку книзу.

Палец правой руки вводят в прямую кишку (или влагалище), а пальцем левой руки через брюшную стенку отодвигают нижний полюс опухоли вверх, если исходит из половых органов, то происходит смещение её и пулевые щипцы втягиваются во влагалище. Если опухоль исходит из внутренних органов (кишечник, почка), то рукоятки щипцов остаются неподвижными.

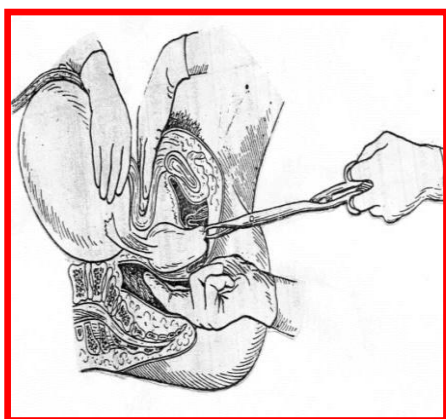
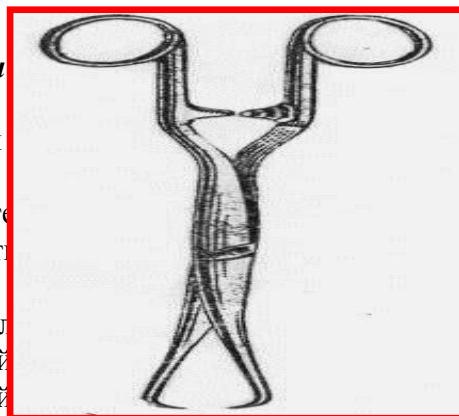


Рис 1.4. Исследование при помощи



Выскабливание слизистой оболочки матки соскоба имеют важнейшее значение для злокачественных опухолей матки (рак, хорионэпителиома). Выскабливание производится также при подозрении на остаточный эндометриоз, полипов слизистой оболочки.

Выскабливание и гистологическое исследование способствует уточнению причины расстройства менструального цикла (ациклические и циклические кровотечения неясной природы).

**Для пробного выскабливания требуются следующие инструменты:**

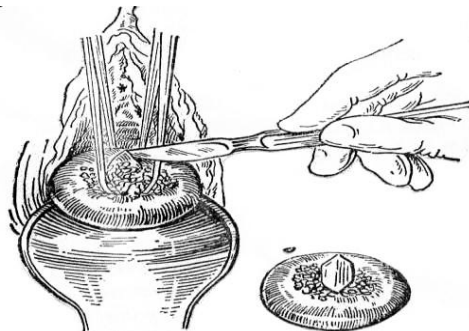
- а) Ложкообразные влагалищные зеркала;
- б) Пулевые щипцы;
- в) Маточный зонд;
- г) Набор расширителей;
- д) Набор ложек (кюреток) для выскабливания.

Цервикальный канал расширяют металлическими расширителями. Расширитель имеет цилиндрическую форму, слегка изогнутую, один конец их в виде конуса, другой представляет собой рукоятку. В наборе расширителей диаметр каждого последующего на 0,5 – 1 мм. Ложечки для выскабливания слизистой оболочки матки имеют различную форму и величину. Удаляют всю слизистую оболочку матки путем постепенного выскабливания стенок (передней, задней, боковых) и дна матки, самой маленькой ложечкой выскабливают углы,

соответствующие маточным отверстиям труб.

Весь соскоб собирают в лоток, внимательно рассматривают, помещают в баночку с пятипроцентным раствором фурацилина или 96% спиртом и направляют в лабораторию для гистологического исследования (на баночку) наклеивают этикетку с указанием фамилии, возраста больной и клинического диагноза.

**Биопсия** и гистологическое исследование вырезанного кусочка применяют для диагностики гинекологических заболеваний довольно часто. Биопсию производят при патологических процессах (изъязвление, опухоли, папилломы и др.), подозрительных в отношении злокачественности и локализирующихся в области шейки матки, влагалища, вульвы и наружных половых органов. При этом соблюдают все правила асептики.



*Фиг 1.5. Прицельная биопсия шейки матки*

Кусочек для исследования можно получить при помощи специальных щипцов – кусачек. В настоящее время широко используют *прицельную* биопсию – взятие участка ткани шейки матки после кольпоскопии.

#### **Пробный прокол (пункция).**

При подозрении на гнойную опухоль придатков (пиосальпинкс, пиовариум) пункцию можно производить в том случае, если эти образования фиксированы сзади и нижний полюс их доступен через задний свод. В подобных случаях после извлечения гноя показано введение в полость гнойной опухоли антибиотика.

Прокол обычно производится через задний влагалищный свод, которому непосредственно прилегает брюшина прямокишечных маточных пространств. Прокол через передний свод не допустим потому, что при этом прокалывается мочевого пузырь. Не рекомендуется пунктировать через боковые своды ввиду возможности ранения маточных сосудов и близости мочеточников.

**Техника пункции через задний свод.** Наружные половые органы, влагалище и шейку матки притирают спиртом и смазывают йодом. После введения зеркал заднюю губу шейки матки захватывают пулевыми щипцами и оттягивают кпереди (к симфизу). На шприц надевают хорошо заостренную длинную (12-14 см) иглу с довольно широким просветом.

Прокол производят в центре заднего свода на глубину 1-2 см, а при наличии плотного инфильтрата несколько глубже. Жидкость извлекают обратным движением поршня. Если это не удастся, рекомендуется засасывание жидкости при одновременном медленном извлечении иглы.

**Продувание маточных труб (pertubatio)** производится с целью выяснения их проходимости, что имеет существенное значение для диагностики причины бесплодия. Метод продувания с целью диагностики трубного бесплодия применяют в тех случаях, когда исключаются другие причины стерильности (инфантилизм, нарушение функции желез внутренней секреции, опухоли: неполноценность спермы мужа).

Принцип метода заключается в следующем: при помощи специальной аппаратуры в полость матки вводят небольшое количество воздуха, который при проходимости труб проникает через их просвет в брюшную полость. Воздух вводят под небольшим давлением (обычно не выше 150 мм рт.ст.), которое контролируют манометром.

**Симптомы проходимости труб:**

- При аускультации над лоном выслушивается звук, образующийся при прохождении воздуха через трубу;
- В момент продувания стрелка манометра падает
- Может появиться френикус-симптом.

**Гидротубация.** Для распознавания проходимости труб можно применить гидротубацию, введение жидкости в маточные трубы. Стерильный – физиологический раствор с примесью раствора новокаина и антибактериальных



препаратов вводится с помощью аппарата для продувания труб (под давлением 150-180 мм рт.ст.). При проходимых трубах давление жидкости (определяется манометром) в начале несколько повышается, затем падает, при непроходимости труб давление возрастает. Метод гидротубации применяется и с лечебной целью.

**Гистеросальпингография.** Контрольную рентгенографию маточных труб применяют с целью выяснения их проходимости. Наряду с этим сальпингография позволяет уточнить место закрытия просвета (ампулярное, истмическое, интерстициальная часть), что имеет значение для выбора метода хирургического лечения бесплодия. Контрастный метод метрографии позволяет выявить патологические процессы, вызывающие изменения величины и формы полости матки: миомы, полипы, рак, эндометриоз.

**Рис 1.6. Гистеросальпингография**

Метрографию чаще всего применяют для уточнения диагноза субмукозной миомы, аномалии развития матки, внутриматочных сращений возникающих после глубокого выскабливания матки, тяжелого эндометрита, туберкулеза эндометрия. Сущность гистеросальпингографии заключается в том, что в полость матки при помощи маточного наконечника, соединенного со шприцем, вводят 2 мл (в соответствии с величиной матки) контрастного вещества: йодолипол или водные растворы (диодон, диотраст, кардиотраст и др.). Рентгенографию производят в горизонтальном положении больной. При определении проходимости труб снимки производят дополнительно через 5-10 мин., в сомнительных случаях рекомендуется дополнительная рентгенография через 2 часа.

Если трубы проходимы, контрастное вещество выявляется в брюшной полости (малый таз). При непроходимости труб контрастное вещество



задерживается в их просвете или совсем не проникает в полость маточных труб.

**Пневмопельвиография.** В последние годы для диагностики гинекологических заболеваний шире применяется рентгенография органов малого таза с введением газа в брюшную полость.

При наличии газа на рентгенограмме отчетливо выявляются наружные контуры матки, труб и яичников. Рентгенография органов малого таза на пневмоперитонеуме называется газовой пневмопельвиографией.

Пневмопельвиография показана при распознавании новообразований матки, яичников, аномалий развития, опухолевидных образований воспалительной этиологии и других патологических процессов, когда диагностика затрудняется связи с нечеткими контурами опухоли, ожирением, невозможности применении бимануального исследования

Противопоказаниями к пневмопельвиографии являются: заболевания центральной нервной системы, сердечно – сосудистая недостаточность, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез, острые воспалительные заболевания половых органов, обширные опухоли в брюшной полости.

**Биоконтрастная пневмопельвиография.** Для некоторых гинекологических заболеваний имеет важное значение изучение не только наружных контуров, но рельефа слизистой оболочки матки и труб. Показаниями являются подозрение на туберкулез труб, субмукозную миому, эндометриоз, поэтому необходимо тщательное исследование труб при бесплодии.

**Тазовая флебография.** При наличии затруднений в распознавании новообразований матки и придатков, степени распространения злокачественных опухолей в некоторых учреждениях применяют тазовую флебографию. Сущность метода заключается во введении контрастного вещества в венозную систему малого таза непосредственно в вену, через стенку матки или в горизонтальную ветвь лонной кости. В качестве контрастных веществ применяют водорастворимые препараты йода.

**Тазовая лимфография.** Лимфография применяется для уточнения стадии распространения ракового процесса, определения радикальности операции и контроля лучевой терапии. Контрастное вещество вводят в лимфатический сосуд - прямая лимфография или в мягкие ткани - непрямая лимфография.

На рентгенограммах выполненных после введения контрастного вещества, видна сеть лимфатических сосудов, расширение сосудов, лимфостаз, деформация лимфатических узлов и т.д.

Противопоказаниями к применению флебографии и лимфографии являются: общее тяжелое состояние, заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек, индиосинкрзия к йодистым препаратам и др.

**Катетеризацию мочевого пузыря** в гинекологической практике применяют как с лечебной, так и с диагностической целью.

Катетеризацию производят женским металлическим катетером, который стерилизуются. Наружные половые органы очищают от выделений и протирают спиртом или другим дезинфицирующим раствором. После катетеризации мочевого пузыря с профилактической целью промывают раствором перманганата калия или борной кислоты. Катетеризацию мочевого пузыря как метод исследования применяют при пузырно-влагалищных свищах:

- Для уточнения расположения и величины их;
- С целью установления свища небольшого размера (через катетер в мочевой пузырь вводят окрашенную жидкость, которая при наличии свища вытекает во влагалище);

- При необходимости комбинированного исследования свища катетером (со стороны мочевого пузыря) и зондом (со стороны влагалища).

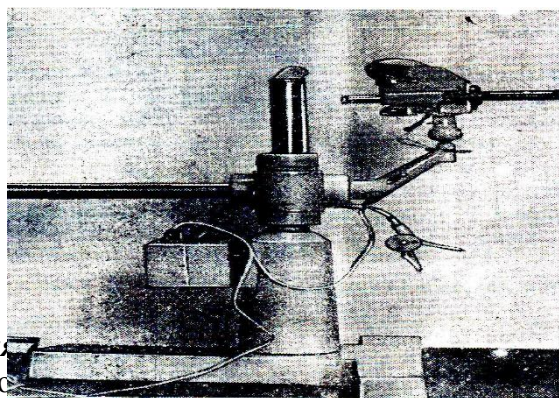
Катетеризацию производят для выяснения вместимости мочевого пузыря: при необходимости выпустить остаточную мочу в процессе гинекологического исследования.

### **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

**Кольпоскопия** позволяет выявить невидимые невооруженным глазом детали строения опухолей, эрозий, лейкоплакий, кондиломатозных разрастаний, другие патологические процессы в области шейки матки и влагалища.

Кольпоскопия оказывает большую помощь при ранней диагностике рака шейки матки. Она позволяет выявить не только начальные формы этого заболевания, но также и процессы, указывающие на озлокачествление эрозий, лейкоплакий и др. (соответствующие изменения в эпителии, сосудах и т.д.).

.Кольпоскопия способствует правильному выбору участка для биопсии.



**Гистероскопия** — это форма инструментального осмотра внутренней поверхности матки. При гистероскопии выявляются гиперплазия слизистой, полипы, субмукозная миома, рак тела матки и эндометриоз, а также другие патологические процессы в области слизистой оболочки матки.

**Ректоскопия.** Ректоскоп представляет с собой трубчатое зеркало с окуляром и осветительным прибором. Инструмент позволяет произвести осмотр стенок прямой кишки, при глубоком введении удаётся исследовать нижний отдел сигмовидной кишки.

Ректоскопия показана при подозрении на рак прямой кишки (кровотечения неясной этиологии), а также при раке шейки матки III стадии перед применением радия, чтобы исключить возможность перехода процесса на стенку кишки при новообразовании яичника.

Ректоскопию применяют также при гонорейном проктите, прорыве в кишку гнойников образовавшихся в половых органах, при ретроцервикальном эндометриозе, ректо-вагинальных свищах.

**Цистоскопия.** Цистоскоп, представляющий с собой сложный оптический прибор, используют в гинекологии для распознавания ряда заболеваний половых органов и мочевого пузыря. Перед цистоскопией в мочевой пузырь вводят раствор борной кислоты (200-250 мл.), а затем осторожно цистоскоп и осматривают внутреннюю поверхность пузыря при постепенном вращении инструмента вокруг продольной оси и передвижения вперед и назад. Цистоскопия является важнейшим

методом исследования при мочеполовых свищах. При наличии больших свищей перед цистоскопией влагалище тампонируют с целью предупреждения вытекания жидкости из мочевого пузыря во влагалище.

**Лапороскопия** осуществляется путем введения в брюшную полость лапороскопа. Лапороскопия осуществляется на операционном столе после прокола брюшной стенки и наложения пневмоперитонеума. После введения газа в брюшную полость головной конец стола опускают (чтобы газ переместился в область малого таза), производят надрез кожи, брюшную стенку прокалывают троакаром, через который вводят лапороскоп. Включив осветительный прибор лапороскопа, тщательно осматривают органы малого таза и выявляют характер патологического процесса в области матки, яичников, труб.

**Кульдоскопия** осуществляется следующим образом. В положении на спине производят обработку наружных половых органов дезинфицирующим средством и обезболивание путем введения в своды 0,25 % раствора новокаина. Затем больную переводят в коленно-локтевое положение. С помощью зеркал обнажают задний свод влагалища и в его центре делают прокол. При этом в брюшную полость самостоятельно входит воздух, который отодвигает кишечник по направлению к диафрагме. После этого производят надрез заднего свода (по ходу введенной иглы). Через отверстие вводят троакар, а через гильзу его лапороскоп. При поворачивании лапороскопа осматривают заднюю поверхность матки, яичники и трубы, которые обычно хорошо видны различные патологические процессы (узлы миомы, кисты, склерокистозные яичники, новообразования и др.).

Противопоказаниями к лапороскопии и кульдоскопии являются: острые и подострые воспалительные процессы органах брюшной полости, маточная беременность наличие спаечных процессов (перитонит, чревосечение в анамнезе), декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь и другие тяжелые заболевания.

**Ультразвуковое исследование.** При наличии ультразвукового диагностического аппарата в качестве дополнительного метода распознавания опухолей и опухолевидных образований половых органов применяется ультразвуковое исследование. Метод основан, на свойстве тканей плотности по-разному поглощать ультразвуковую энергию. Проникнув в исследуемые ткани, ультразвук частично поглощается. Отраженная ультразвуковая энергия, попадает на преобразователь. Превращаясь в электрические колебания, при этом на экране электронно-лучевых трубок аппарата происходит регистрация отраженных импульсов – получается эхограмма. Показатели эхограммы позволяют судить о некоторых особенностях опухолях и опухолевидных образований

## Тема №76

### Тесты функциональной диагностики.

**Тесты функциональной диагностики.** В гинекологической практике широко используются так называемые тесты функциональной диагностики (ТФД) для определения функционального состояния репродуктивной системы. Ценность этих простейших и легко осуществимых в любых условиях исследовательских приемов сохранилась до сих пор, несмотря на большой прогресс методических возможностей.

Подсчет кариопикнотического индекса (КПИ, %) эпителия влагалища, феномен «зрачка», измерение натяжения шеечной слизи, измерение базальной

температуры широко применяют и сегодня. В таблицах представлены основные показатели ТФД на протяжении овуляторного цикла у женщин репродуктивного возраста. Точность названных методов оценивается в определении овуляции таким образом: КПИ — 55%, натяжение цервикальной слизи — 48%, базальная температура — 80%.

**Таблица 1.1. Показатели тестов функциональной диагностики у женщин репродуктивного возраста**

Показатели	Дни менструального цикла					
	-10...-8	-6...-4	-2...0	+2...+4	+6...+8	+ 10...+12
ТФД	-10...-8	-6...-4	-2...0	+2...+4	+6...+8	+ 10...+12
КПИ,%	20-40	50-70	80-88	60-70	30-25	25-30
Натяжение цервикальной слизи, (см)	2-3	4-6	8-10	4-3	1-0	0
Симптом «зрачка»	+	=	+++	+	-	-
Базальная температура	36,6+0,2	36,7+0,2	36,4+0,1	37,1+0,1	37,2+0,1	37,2+0,2

Наиболее точным методом оценки функцией яичников является гистологическое исследование соскоба эндометрия. Секреторный эндометрий, изъятый при выскабливании матки за 2-3 дня до начала менструации (с точностью до 92%), указывает на овуляцию. Следует помнить, что достаточное для секреторной трансформации эндометрия количество прогестерона может выделяться при относительном нарушении овуляции — так называемой лютеинизации неовулирующего фолликула (НЛФ). Для достоверной гистологической диагностики должна удаляться вся функциональная прослойка эндометрия. У больных с гиперпластическими процессами или атипией эндометрия частичное выскабливание является — как контроль за эффективностью гормональной терапии недопустимо со стороны онкологической настороженности. При подозрении на полипы, миоматозные субмукозные узлы выскабливание рекомендуется проводить под визуальным гистероскопическим или ультразвуковым контролем.

**Гистоструктура** эндометрия у женщин с овуляторным циклом четко отвечает дню менструального цикла. При выскабливании эндометрия с диагностической целью следует учитывать особенности менструального цикла и клиническую картину заболевания. При сохраненном ритме менструального цикла выскабливание проводят за 2-4 дня до очередной менструации; при ациклических кровотечениях — во время кровотечения. При трактовке результатов выскабливания во время кровотечения следует помнить, что мелкоклеточная и лейкоцитарная инфильтрация, которая всегда сопровождает десквамацию эндометрия при кровотечении, может симулировать картину эндометрита. Неоправданный диагноз эндометрита приводит к необоснованной терапии. **Таблица 1.2. Изменения в эндометрии на протяжении овуляторного менструального цикла**

Фаза цикла	День цикла	Железы эндометрия	Строма эндометрия
Ранняя пролиферация	-7.. -5	Прямые с мелкими перемычками, ядра расположены базально, отдельные митозы	Веретенообразные клетки с большим ядром, редкие митозы

Средняя пролиферация	-10. .-8	Продольные ядра псевдостратифицированы, множественные митозы	Строма рыхлая, отечная, множественные митозы
Поздняя пролиферация	-10. .-0	Железы извитые, широкий просвет, ядра увеличены, овальной формы	Отек уменьшается, ядра большие, число митозов уменьшается
Ранняя секреция	+2.. +4	Просвет широкий, ядра базально, исчезают митозы	Компактные, митозы исчезают
Средняя секреция	+5.. +9	Максимальная секреция желез, митозов нет	Относительно компактные, митозы редкие
Поздняя секреция	+10. .+13	Регрессия желез, складчатость стенок, ядра в состоянии пикноза	Максимальная прецедуальная реакция, инфильтрация лейкоцитами

**Определение гормонов и их метаболитов.** В последние годы достигнуты большие успехи в разработке и усовершенствовании методов определения белковых и стероидных гормонов. Современные методы позволяют открывать тысячные и десятитысячные частицы миллиграммов гормонов в исследуемых биологических жидкостях и тканях организма. В современной гинекологической клинике применяют радиоиммунологические анализы (РИА) для определения в плазме крови белковых (лютропин, фоллитропин, пролактин) и стероидных гормонов (эстрадиол, тестостерон, кортизол). РИА представляет собой определение меченых радионуклидов гормонов *in vitro*. Он основан на законе действия масс, по которому обусловленное вещество конкурирует со своим меченым аналогом (антигеном) за согласованные места антитела для достижения химического равновесия. Концентрация гормона в анализируемой жидкости (плазма крови) определяется сравнением степени уменьшения связывания меченого гормона с аналогичным действием известных количеств гормона, взятого как стандарт. Концентрацию гормонов определяют с помощью наборов, укомплектованных меченым веществом, стандартом, который связывает и разделяет компонентами строго по инструкциям, приложенным для каждого определения в отдельности. Количественные данные определения одного и того же гормона, как белкового, так и стероидного, в зависимости от используемого набора отличаются.

Содержание гормонов и их метаболитов в моче в клинике определяется редко. Исключения составляют 17-КС и прегнандиол. Надпочечники и яичник секретируют и выделяют одинаковые андрогены.

**Таблица 1.3. Продукция андрогенов в организме женщины**

Андрогены	Яичники, %	Надпочечники, %	Внегонадный синтез, %	Секреция за сутки
Дегидроэпиандростерона сульфат	5	85	10	7-14 мг
Дегидроэпиандростерон	15	70	15	3-4 мг
	50	50	—	1-1,5 мг
Тестостерон	25	15	60	50 мг

Кроме яичников и надпочечников возможен и внегонадный периферический путь образования андрогенов в организме женщины. Важным местом метаболизма является жировая ткань. Основное количество тестостерона у женщины образуется внегонадно, и источником его выступает слабый андроген — андростендион.

В виде 17-КС выделяются дегидроэпиандростерон, его сульфат, андростендион и андростерон. Поэтому показатели определения 17-КС в моче не дают точного представления о количестве образования тестостерона в организме женщины. У здоровых женщин репродуктивного возраста показатели 17-КС (по разным методикам) колеблются от 6 до 12 мг/сут, или 20-41 нмоль/л.

При обследовании женщин с проявлениями гиперандрогении и проведении гормональных проб исследуют содержимое в плазме крови дегидроэпиандростерона (ДЕА) и его сульфата (ДЕА-С) и 17-гидроксипрогестерона (17-ОНП) — предшественников тестостерона и кортизола соответственно и самого тестостерона.

Определение прегнандиола — метаболита прогестерона в моче уступило исследованию прогестерона в крови. Максимальная продукция прогестерона и выделение его с мочой в виде прегнандиола совпадают с фазой расцвета желтого тела, то есть на +6-й, +8-й день менструального цикла. Количественная экскреция прегнандиола в первую фазу цикла составляет до 0,7 мг/сут, или 0,94-2,5 нмоль/л; в середине второй фазы — 5-6 мг/сут, или 6,58-17,5 нмоль/л.

**Цитогенетическое исследование**, как правило, проводится генетиками. Определение полового хроматина, имеет важную роль в диагностике врожденных дефектов половых желез и может быть выполнено в современной лаборатории.

## Тема № 77

### Регуляция менструального цикла. Яичниковый цикл

**Репродуктивная система (РС)** выполняет множество функций, наиболее важной из которых является продолжение биологического вида. Оптимальной функциональной активности РС достигает к 16-18 годам, когда организм готов к зачатию, вынашиванию и вскармливанию ребенка. Особенностью РС является также постепенное угасание различных функций: к 45 годам угасает генеративная, к 50 – менструальная, затем – гормональная функции.

РС состоит из пяти уровней: *экстрагипоталамического (кора головного мозга), гипоталамуса, гипофиза, яичников и органов и тканей-мишеней* (рис. 1).

РС работает по **иерархическому принципу**, т.е. **нижележащий уровень подчиняется вышележащему** (за счет прямых связей между звеньями регуляции). Основой регуляции функций РС является **принцип отрицательной обратной связи** между различными уровнями (рис. 1), т.е. при снижении концентрации периферических гормонов (яичниковых, в частности, эстрадиола), усиливаются синтез и выделение гормонов гипоталамуса и гипофиза (гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) и гонадотропных гормонов соответственно). Особенностью регуляции женской РС является и наличие **положительной обратной связи**, когда в ответ на значительное повышение уровня эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция ГнРГ и гонадотропинов (*овуляторный пик выделения ЛГ и ФСГ*). Функционирование РС женщины характеризуется

**цикличность** (повторяемостью) процессов регуляции, представления о которых укладываются в современное понятие менструального цикла.

**Менструальный цикл** – это повторяющиеся изменения в деятельности системы гипоталамус-гипофиз-яичники и вызванные ими структурные и функциональные изменения репродуктивных органов: матки, маточных труб, молочных желез, влагалища.

Кульминацией каждого цикла является менструальное кровотечение (**менструация**), первый день которого считается началом менструального цикла. Первая в жизни девочки менструация называется **менархе**, средний возраст менархе – 12-14 лет.

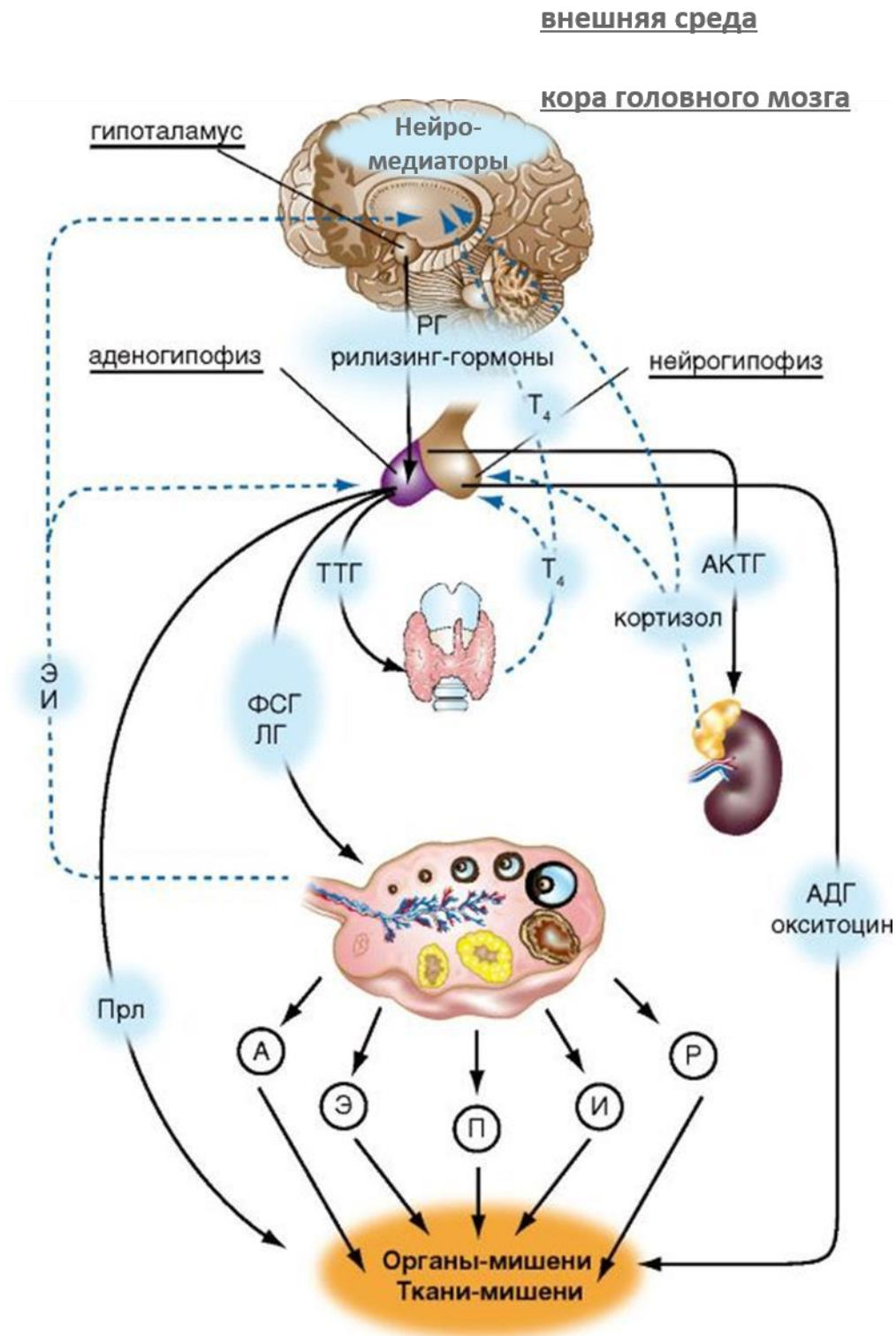


Рис. 1. Регуляция женской репродуктивной системы: РГ – релизинг-гормоны, ФСГ – фолликулостимулирующий гормон, ЛГ – лютеинизирующий гормон, ТТГ- тиреотропный гормон, АКТГ – адренокортикотропный гормон, Прл – пролактин, Т4 – тироксин, АДГ – антидиуретический гормон, А – андрогены, Э – эстрогены, П – прогестерон, И – ингибин, Р – факторы роста; сплошные стрелки – прямые связи, пунктирные стрелки – обратные отрицательные связи.



Продолжительность менструального цикла определяется от первого дня одной до первого дня следующей менструации и составляет в норме от 21 до 35 дней (у подростков в течение 1,5-2 лет после менархе продолжительность цикла может быть более вариабельной – от 21 до 40-45 дней). Такой цикл называется **нормопонирующим**. Разновидностью нормопонирующего цикла является **идеальный цикл** продолжительностью 28 дней. Укорочение менструального цикла **Репродуктивная система (РС)** выполняет множество функций, наиболее важной из которых является продолжение биологического вида. Оптимальной функциональной активности РС достигает к 16-18 годам, когда организм готов к зачатию, вынашиванию и вскармливанию ребенка. Особенностью РС является также постепенное угасание различных функций: к 45 годам угасает генеративная, к 50 – менструальная, затем – гормональная функции.

РС состоит из пяти уровней: **экстрагипоталамического (кора головного мозга), гипоталамуса, гипофиза, яичников и органов и тканей-мишеней** (рис. 1).

РС работает по **иерархическому принципу**, т.е. **нижележащий уровень подчиняется вышележащему** (за счет прямых связей между звеньями регуляции). Основой регуляции функций РС является **принцип отрицательной обратной связи** между различными уровнями (рис. 1), т.е. при снижении концентрации периферических гормонов (яичниковых, в частности, эстрадиола), усиливаются синтез и выделение гормонов гипоталамуса и гипофиза (гонадотропин-рилизинг гормона (ГнРГ) и гонадотропных гормонов соответственно). Особенностью регуляции женской РС является и наличие **положительной обратной связи**, когда в ответ на значительное повышение уровня эстрадиола в преовуляторном фолликуле увеличивается продукция ГнРГ и гонадотропинов (**овуляторный пик выделения ЛГ и ФСГ**). Функционирование РС женщины характеризуется **циклическостью** (повторяемостью) процессов регуляции, представления о которых укладываются в современное понятие менструального цикла.

**Менструальный цикл** – это повторяющиеся изменения в деятельности системы гипоталамус-гипофиз-яичники и вызванные ими структурные и функциональные изменения репродуктивных органов: матки, маточных труб, молочных желез, влагалища.

Кульминацией каждого цикла является менструальное кровотечение (**менструация**), первый день которого считается началом менструального цикла. Первая в жизни девочки менструация называется **менархе**, средний возраст менархе – 12-14 лет.

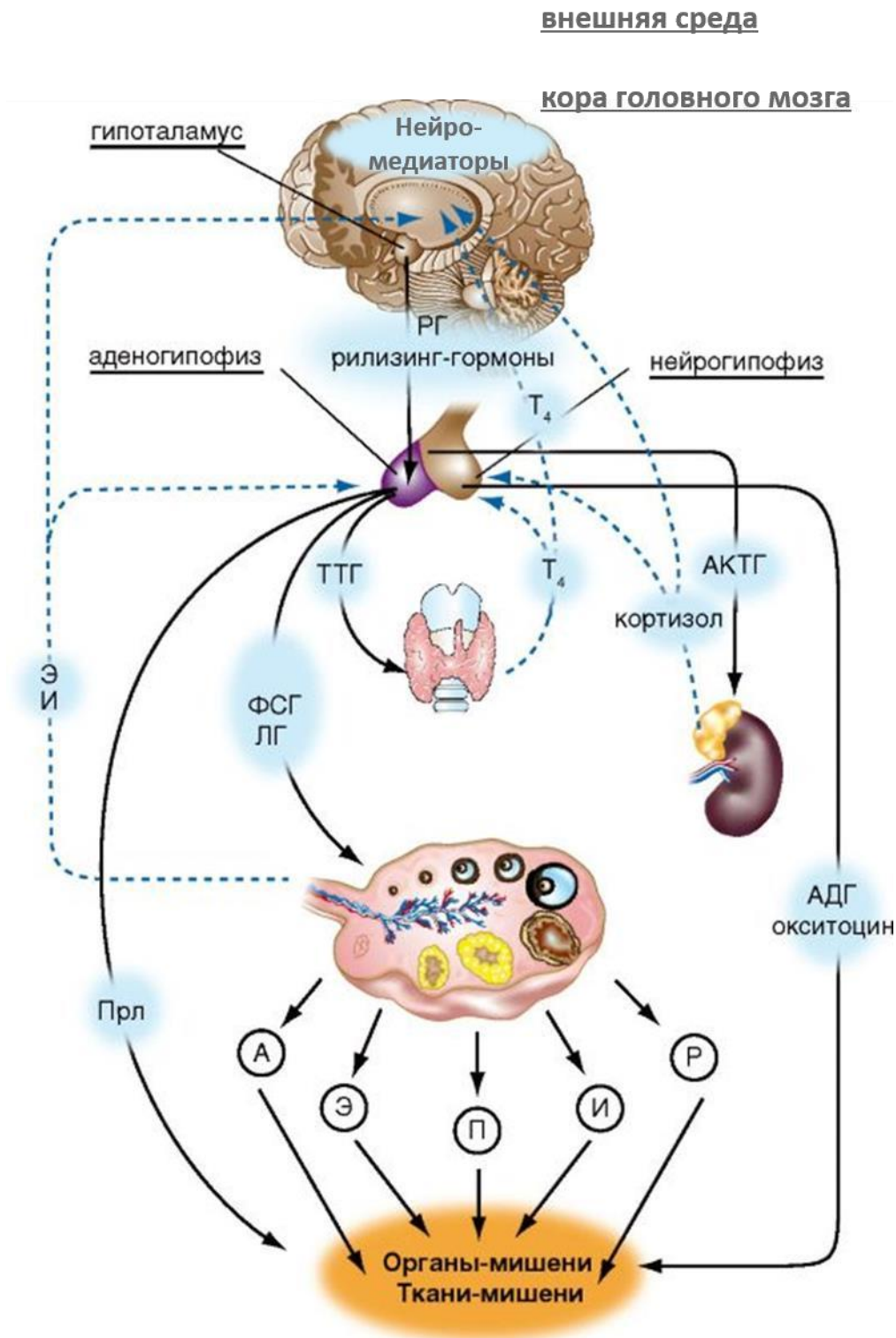


Рис. 1. Регуляция женской репродуктивной системы: РГ – релизинг-гормоны, ФСГ – фолликулостимулирующий гормон, ЛГ – лютеинизирующий гормон, ТТГ- тиреотропный гормон, АКТГ – адренокортикотропный гормон, Прл – пролактин, Т<sub>4</sub> – тироксин, АДГ – антидиуретический гормон, А – андрогены, Э – эстрогены, П – прогестерон, И – ингибин, Р – факторы роста; сплошные стрелки – прямые связи, пунктирные стрелки – обратные отрицательные связи.

Продолжительность менструального цикла определяется от первого дня одной до первого дня следующей менструации и составляет в норме от 21 до 35 дней (у подростков в течение 1,5-2 лет после менархе продолжительность цикла может быть более вариабельной – от 21 до 40-45 дней). Такой цикл называется **нормопонирующим**. Разновидностью нормопонирующего цикла является **идеальный цикл** продолжительностью 28 дней. Укорочение менструального цикла (менее 21 дня) называется **антепонацией** (антепонирующий цикл), удлинение (более 35 дней) – **постпонацией** (постпонирующий цикл).

Продолжительность нормальной менструации составляет в среднем 3-5 дней (в норме – от 3 до 7 дней), а средняя кровопотеря – 50-70 мл (в норме – до 80 мл).

Менструальный цикл условно подразделяют на яичниковый и маточный циклы. **Яичниковый (овариальный) цикл** подразумевает циклические процессы, происходящие в яичниках под воздействием гонадотропных и рилизинг-гормонов. Циклические изменения в организме женщины носят **двухфазный характер**. **Первая (фолликулиновая, фолликулярная) фаза** цикла определяется созреванием фолликула и яйцеклетки в яичнике, после чего происходит его разрыв и выход из него яйцеклетки – **овуляция**. **Вторая (лютеиновая) фаза** связана с образованием желтого тела. Одновременно в циклическом режиме в эндометрии последовательно происходят **регенерация и пролиферация** функционального слоя, сменяющаяся **секреторной активностью** его желез, заканчивающиеся **десквамацией** функционального слоя (менструация). Циклические процессы в эндометрии представляют собой последовательно сменяющиеся друг друга фазы **маточного цикла**.

Биологическое значение изменений, которые происходят на протяжении менструального цикла в яичниках и эндометрии, состоит в обеспечении репродуктивной функции на этапах созревания яйцеклетки, ее оплодотворения и имплантации зародыша в матке. Если оплодотворения яйцеклетки не происходит, функциональный слой эндометрия отторгается, из половых путей появляются кровянистые выделения, а в репродуктивной системе вновь и в той же последовательности происходят процессы, направленные на обеспечение созревания яйцеклетки.

**Высшим V-м уровнем регуляции** менструального цикла является **кора головного мозга**, а именно лимбическая система и амигдалоидные ядра. Кора головного мозга осуществляет контроль над гипоталамо-гипофизарной системой посредством нейромедиаторов (нейротрансмиттеров), т.е. передатчиков нервного импульса на нейросекреторные ядра гипоталамуса. Наиболее важная роль отводится нейропептидам (дофамину, норадреналину, серотонину, кисс-пептину, семейству опиоидных пептидов), а также гормону эпифиза мелатонину. При стрессовых ситуациях, при перемене климата, ритма работы (например, ночные смены) наблюдаются нарушения овуляции, реализующиеся через изменение синтеза и потребления нейротрансмиттеров в нейронах мозга, а также мелатонина в эпифизе.

В ЦНС имеется большое количество рецепторов к эстрадиолу и другим стероидным гормонам, что указывает на их важную роль не только в реализации обратных связей, но и в нейромедиаторном обмене.

**IV уровень репродуктивной системы – гипоталамус** – представляет собой высший вегетативный центр, гибрид нервной и эндокринной систем, координирующий функции всех внутренних органов и систем, поддерживающий гомеостаз в организме. Под контролем гипоталамуса находится гипофиз и регуляция эндокринных желез: гонад (яичников), щитовидной железы, надпочечников (рис. 1). В гипоталамусе имеется два типа нейросекреторных клеток, осуществляющих гипоталамо-гипофизарное взаимодействие:

- 1) нейроэндокринные нейроны, которые генерируют окситоцин и вазопрессин (антидиуретический гормон), затем поступающие в заднюю долю гипофиза;
- 2) гипофизотропные нейроны, которые продуцируют гипоталамические нейропептиды (рилизинг-факторы), биологически активные амины, поступающие в аденогипофиз по гипоталамо-гипофизарной портальной системе.

Местом синтеза *гонадотропного рилизинг-гормона (ГнРГ)* являются аркуатные ядра медиобазального гипоталамуса. Выделен, синтезирован и описан рилизинг-гормон к ЛГ – люлиберин. Выделить и синтезировать фоллилиберин до настоящего времени не удалось. Поэтому гипоталамические гонадотропные либерины обозначают ГнРГ, так как они стимулируют выделение как ЛГ, так и ФСГ передней долей гипофиза. Секреция ГнРГ генетически запрограммирована и происходит в определенном пульсирующем ритме – 1 раз в 60-90 мин (цирхоральный, часовой, ритм секреции). В настоящее время доказана перmissive (запускающая) роль ГнРГ в функционировании РС. Пульсовый ритм секреции ГнРГ формируется в пубертатном возрасте и является показателем зрелости нейросекретных структур гипоталамуса. *Цирхоральная секреция ГнРГ* запускает гипоталамогипофизарно-яичниковую систему. Под влиянием ГнРГ происходит выделение ЛГ и ФСГ из передней доли гипофиза.

Секреция ГнРГ модулируется нейропептидами экстрагипоталамических структур, а также половыми гормонами по принципу обратной связи. В ответ на повышение преовуляторного пика эстрадиола повышается синтез и выделение ГнРГ, под влиянием которого усиливается секреция гонадотропинов, в результате чего происходит овуляция. Прогестерон оказывает и ингибирующий, и стимулирующий эффект на продукцию гонадотропинов, действуя по принципу обратной связи как на уровне гипоталамуса, так и на уровне гипофиза (рис. 1).

Основная роль в регуляции выделения пролактина принадлежит дофаминэргическим структурам гипоталамуса. Дофамин (ДА) тормозит выделение пролактина из гипофиза, тиреолиберин – стимулирует. Антагонисты дофамина усиливают выделение пролактина.

Нейросекреты гипоталамуса оказывает биологическое действие на организм различными путями. Основной путь – парагипофизарный через вены, впадающие в синусы твердой мозговой оболочки, а оттуда в системный кровоток. Трансгипофизарный путь – через систему воротной (портальной) вены к передней доле гипофиза; особенностью портальной кровеносной системы является возможность тока крови в ней в обе стороны (как к гипоталамусу, так и к гипофизу), что важно для реализации механизмов обратных связей. Обратное влияние на гипофиз половых гормонов яичников осуществляется через вертебральные артерии.

*Таким образом, циклическая секреция ГнРГ запускает гипоталамогипофизарно-яичниковую систему, но ее функцию нельзя считать автономной, она модулируется как нейропептидами ЦНС, так и яичниковыми стероидами по принципу обратной связи.*

**III уровень – передняя доля гипофиза (аденогипофиз).** В аденогипофизе различают три вида клеток хромофобные (резервные), ацидофильные и базофильные. Здесь синтезируются гонадотропные гормоны: фолликулостимулирующий гормон, или фоллитропин (ФСГ), лютеинизирующий, или лютеотропин (ЛГ); а также пролактин (Прл) и другие тропные гормоны: тиреотропный гормон, тиреотропин (ТТГ), соматотропный гормон (СТГ), адренотропный гормон, кортикотропин (АКТГ); меланостимулирующий гормон, меланотропин (МСГ) и липотропный (ЛПГ) гормон. ЛГ и ФСГ являются гликопротеидами, Прл – полипептидом.

**Секреция ЛГ и ФСГ контролируется (рис. 1):**

- ГнРГ, который через портальную систему попадает в аденогипофиз и стимулирует секрецию гонадотропинов;
- яичниковыми половыми гормонами (эстрадиол, прогестерон) по принципу отрицательной или положительной обратной связи;
- ингибинами А и В. Ингибин В синтезируется в яичниках и совместно с эстрадиолом подавляет секрецию ФСГ во второй половине фолликулярной фазы цикла (после выбора и роста доминантного фолликула). С возрастом, по мере уменьшения числа фолликулов, снижается продукция ингибина В, что приводит к прогрессивному нарастанию ФСГ, который стремится обеспечить нормальный уровень эстрадиола.

ЛГ и ФСГ определяют первые этапы синтеза половых стероидов в яичниках путем взаимодействия со специфическими рецепторами в тканях гонад. Эффективность гормональной регуляции определяется как количеством активного гормона, так и уровнем содержания рецепторов в клетке-мишени.

**Биологическая роль ФСГ:**

- рост фолликулов в яичниках, пролиферация клеток гранулёзы в фолликулах;

- синтез ароматаз – ферментов, метаболизирующих андрогены в эстрогены (продукция эстрадиола);
- синтез рецепторов к ЛГ на гранулезных клетках фолликула (подготовка к овуляции);
- стимуляция секреции активина, ингибина, инсулиноподобных факторов роста (ИФР), играющих важную роль в фолликулогенезе и синтезе половых стероидов. **Биологическая роль ЛГ:**
- вызывает овуляцию (совместно с ФСГ);
- синтез эстрадиола в доминантном фолликуле;
- синтез андрогенов в тека-клетках (клетках оболочки) фолликула;
- лютеинизация гранулезных клеток овулировавшего фолликула и формирование желтого тела;
- синтез прогестерона и других стероидов в лютеиновых клетках желтого тела.

**Пролактин (Прл)** – полипептид, синтезируемый клетками аденогипофиза (лактотрофами), контролирует лактацию, стимулирует рост протоков молочных желез, поддерживает функцию желтого тела и синтез прогестерона, обладает различными биологическими эффектами: снижает минеральную плотность костной ткани, повышает активность клеток поджелудочной железы, приводя к инсулинорезистентности (диабетогенное действие), участвует в регуляции обмена веществ, пищевого поведения, циклов сна и бодрствования, либидо и др.

**II уровень репродуктивной системы – яичники.** Основной структурной единицей яичника является фолликул, содержащий яйцеклетку (ооцит). В половых железах происходит рост и созревание фолликулов, овуляция, образование желтого тела, синтез половых стероидов.

Процесс *фолликулогенеза* в яичниках происходит непрерывно – с антенатального периода до постменопаузы. При рождении в яичниках девочки находится примерно 2 млн. примордиальных (первичных зародышевых) фолликулов. Основная их масса претерпевает атретические изменения (атрезия – обратное развитие) в течение всей жизни и только очень небольшая часть проходит полный цикл развития от примордиального до зрелого с овуляцией и образованием в последующем желтого тела. Ко времени менархе в яичниках содержится 200-450 тыс. примордиальных фолликулов (так называемый овариальный резерв). Из них в течение жизни могут овулировать только 400-500, остальные подвергаются атрезии (около 90%). В процессе атрезии фолликулов важная роль отводится апоптозу (программируемой клеточной гибели) – биологическому процессу, в результате которого происходит полное рассасывание клетки под влиянием собственного лизосомального аппарата. На протяжении одного менструального цикла развивается, как правило, только один фолликул с яйцеклеткой внутри. В случае созревания большего числа возможна многоплодная беременность.

Важная роль в механизмах ауто- и паракринной регуляции функции не только овариальной, но и всей репродуктивной системы принадлежит факторам роста.

**Факторы роста (ФР)** – биологически активные вещества, стимулирующие или ингибирующие дифференцировку клеток, передающих гормональный сигнал. Они синтезируются в неспецифических клетках различных тканей организма и обладают аутокринным, паракринным, интракринным и эндокринным эффектом. Аутокринный эффект реализуется путем воздействия на клетки, непосредственно синтезирующие данный ФР. Паракринный – реализуется действием на соседние клетки. Интракринный эффект – ФР действует как внутриклеточный мессенджер (передатчик сигнала). Эндокринный эффект реализуется через кровоток на отдаленные клетки.

Наиболее важную роль в физиологии РС играют следующие ФР:

инсулиноподобные (ИФР), эпидермальный (ЭФР), трансформирующие (ТФР $\alpha$ , ТФР $\beta$ ), сосудистый эндотелиальный (васкулоэндотелиальный) фактор роста (СЭФР), ингибины, активины, антимюллеров гормон (АМГ).

**Инсулиноподобные факторы роста I и II (ИФР-I, ИФР-II)** синтезируются в гранулезных клетках и других тканях, стимулируют синтез андрогенов в тека-клетках яичника, ароматизацию андрогенов в эстрогены, пролиферацию клеток гранулезы, образование рецепторов к ЛГ на гранулезных клетках. Их продукция регулируется инсулином.

**Эпидермальный фактор роста (ЭФР)** – наиболее сильный стимулятор клеточной пролиферации, обнаруживается в клетках гранулезы, строме эндометрия, молочных железах и других тканях; обладает онкогенным эффектом в эстрогензависимых тканях (эндометрий, молочные железы).

**Сосудистый эндотелиальный фактор роста (СЭФР)** играет важную роль в ангиогенезе растущих фолликулов, а также мио- и эндометрия. СЭФР повышает митогенную активность эндотелиальных клеток, проницаемость сосудистой стенки. Экспрессия СЭФР повышена при эндометриозе, миоме матки, опухолях яичников и молочных желез, СПКЯ и др.

**Трансформирующие факторы роста (ТФР- $\alpha$ , ТФР- $\beta$ )** стимулируют клеточную пролиферацию, участвуют в росте и созревании фолликулов, пролиферации клеток гранулезы; оказывают митогенный и онкогенный эффект, экспрессия их повышена при раке эндометрия, яичников.

К белковым веществам семейства ТФР- $\beta$  относят ингибины, активин, фоллистатин, а также АМГ.

**Ингибины (А и В)** – белковые вещества, образуются в клетках гранулезы и других тканях, участвуют в регуляции синтеза ФСГ, тормозя ее, подобно эстрадиолу, по сходному механизму обратной связи. Образование ингибина В возрастает в середине фолликулярной фазы цикла параллельно повышению концентраций

эстрадиола после выбора доминантного фолликула, а достигнув максимума, тормозит выделение ФСГ.

**Активин** обнаружен в гранулезных клетках фолликула и гонадотрофах гипофиза, стимулирует синтез ФСГ, пролиферацию клеток гранулезы, ароматизацию андрогенов в эстрогены, подавляет синтез андрогенов в текаклетках, предотвращает спонтанную (преждевременную, до овуляции) лютеинизацию преовуляторного фолликула, стимулирует продукцию прогестерона в желтом теле.

**Фоллистатин** – ФСГ-блокирующий белок, секретируется клетками передней доли гипофиза, гранулезы; подавляет секрецию ФСГ.

**Антимюллеров гормон (АМГ)** – представитель семейства ТФР-β, продуцируется у женщин в гранулезных клетках преантральных и малых антральных фолликулов, играет важную роль в механизмах рекрутирования и селекции фолликулов, является количественным показателем овариального резерва и используется в клинической практике для его оценки и прогнозирования ответа яичников на стимуляцию овуляции, а также может служить маркером гранулезоклеточных опухолей яичников, при которых АМГ существенно повышается. АМГ не контролируется гонадотропинами, не вовлечен в классическую петлю обратной связи (в отличие от ФСГ, эстрадиола и ингибина В), не зависит от фазы цикла и действует как паракринный фактор регуляции РСa (менее 21 дня) называется *антепонацией* (антепонирующий цикл), удлинение (более 35 дней) – *постпонацией* (постпонирующий цикл).

Продолжительность нормальной менструации составляет в среднем 3-5 дней (в норме – от 3 до 7 дней), а средняя кровопотеря – 50-70 мл (в норме – до 80 мл).

Менструальный цикл условно подразделяют на яичниковый и маточный циклы. **Яичниковый (овариальный) цикл** подразумевает циклические процессы, происходящие в яичниках под воздействием гонадотропных и рилизинг-гормонов. Циклические изменения в организме женщины носят **двухфазный характер**. **Первая (фолликулиновая, фолликулярная) фаза** цикла определяется созреванием фолликула и яйцеклетки в яичнике, после чего происходят его разрыв и выход из него яйцеклетки – **овуляция**. **Вторая (лютеиновая) фаза** связана с образованием желтого тела. Одновременно в циклическом режиме в эндометрии последовательно происходят **регенерация и пролиферация** функционального слоя, сменяющаяся **секреторной активностью** его желез, заканчивающиеся **десквамацией** функционального слоя (менструация). Циклические процессы в эндометрии представляют собой последовательно сменяющие друг друга фазы **маточного цикла**.

Биологическое значение изменений, которые происходят на протяжении менструального цикла в яичниках и эндометрии, состоит в обеспечении репродуктивной функции на этапах созревания яйцеклетки, ее оплодотворения и имплантации зародыша в матке. Если оплодотворения яйцеклетки не происходит, функциональный слой эндометрия отторгается, из половых путей появляются кровянистые выделения, а в репродуктивной системе вновь и в той же



последовательности происходят процессы, направленные на обеспечение созревания яйцеклетки.

**Высшим V-м уровнем регуляции** менструального цикла является **кора головного мозга**, а именно лимбическая система и амигдалоидные ядра. Кора головного мозга осуществляет контроль над гипоталамо-гипофизарной системой посредством нейромедиаторов (нейротрансмиттеров), т.е. передатчиков нервного импульса на нейросекреторные ядра гипоталамуса. Наиболее важная роль отводится нейропептидам (дофамину, норадреналину, серотонину, кисс-пептину, семейству опиоидных пептидов), а также гормону эпифиза мелатонину. При стрессовых ситуациях, при перемене климата, ритма работы (например, ночные смены) наблюдаются нарушения овуляции, реализующиеся через изменение синтеза и потребления нейротрансмиттеров в нейронах мозга, а также мелатонина в эпифизе.

В ЦНС имеется большое количество рецепторов к эстрадиолу и другим стероидным гормонам, что указывает на их важную роль не только в реализации обратных связей, но и в нейромедиаторном обмене.

**IV уровень репродуктивной системы – гипоталамус** – представляет собой высший вегетативный центр, гибрид нервной и эндокринной систем, координирующий функции всех внутренних органов и систем, поддерживающий гомеостаз в организме. Под контролем гипоталамуса находится гипофиз и регуляция эндокринных желез: гонад (яичников), щитовидной железы, надпочечников (рис. 1). В гипоталамусе имеется два типа нейросекреторных клеток, осуществляющих гипоталамо-гипофизарное взаимодействие:

- 3) нейроэндокринные нейроны, которые генерируют окситоцин и вазопрессин (антидиуретический гормон), затем поступающие в заднюю долю гипофиза;
- 4) гипофизотропные нейроны, которые продуцируют гипоталамические нейропептиды (рилизинг-факторы), биологически активные амины, поступающие в аденогипофиз по гипоталамо-гипофизарной портальной системе.

Местом синтеза **гонадотропного рилизинг-гормона (ГнРГ)** являются аркуатные ядра медиобазального гипоталамуса. Выделен, синтезирован и описан рилизинг-гормон к ЛГ – люлиберин. Выделить и синтезировать фоллилиберин до настоящего времени не удалось. Поэтому гипоталамические гонадотропные либерины обозначают ГнРГ, так как они стимулируют выделение как ЛГ, так и ФСГ передней долей гипофиза. Секреция ГнРГ генетически запрограммирована и происходит в определенном пульсирующем ритме – 1 раз в 60-90 мин (цирхоральный, часовой, ритм секреции). В настоящее время доказана перmissive (запускающая) роль ГнРГ в функционировании РС. Пульсовый ритм секреции ГнРГ формируется в пубертатном возрасте и является показателем зрелости нейросекретных структур гипоталамуса. *Цирхоральная секреция ГнРГ* запускает гипоталамогипофизарно-яичниковую систему. Под влиянием ГнРГ происходит выделение ЛГ и ФСГ из передней доли гипофиза.

Секреция ГнРГ модулируется нейропептидами экстрагипоталамических структур, а также половыми гормонами по принципу обратной связи. В ответ на

повышение преовуляторного пика эстрадиола повышается синтез и выделение ГнРГ, под влиянием которого усиливается секреция гонадотропинов, в результате чего происходит овуляция. Прогестерон оказывает и ингибирующий, и стимулирующий эффект на продукцию гонадотропинов, действуя по принципу обратной связи как на уровне гипоталамуса, так и на уровне гипофиза (рис. 1).

Основная роль в регуляции выделения пролактина принадлежит дофаминэргическим структурам гипоталамуса. Дофамин (ДА) тормозит выделение пролактина из гипофиза, тиреолиберин – стимулирует. Антагонисты дофамина усиливают выделение пролактина.

Нейросекреты гипоталамуса оказывает биологическое действие на организм различными путями. Основной путь – парагипофизарный через вены, впадающие в синусы твердой мозговой оболочки, а оттуда в системный кровоток. Трансгипофизарный путь – через систему воротной (портальной) вены к передней доле гипофиза; особенностью портальной кровеносной системы является возможность тока крови в ней в обе стороны (как к гипоталамусу, так и к гипофизу), что важно для реализации механизмов обратных связей. Обратное влияние на гипофиз половых гормонов яичников осуществляется через вертебральные артерии.

*Таким образом, циклическая секреция ГнРГ запускает гипоталамогипофизарно-яичниковую систему, но ее функцию нельзя считать автономной, она модулируется как нейропептидами ЦНС, так и яичниковыми стероидами по принципу обратной связи.*

**III уровень – передняя доля гипофиза (аденогипофиз).** В аденогипофизе различают три вида клеток хромофобные (резервные), ацидофильные и базофильные. Здесь синтезируются гонадотропные гормоны: фолликулостимулирующий гормон, или фоллитропин (ФСГ), лютеинизирующий, или лютеотропин (ЛГ); а также пролактин (Прл) и другие тропные гормоны: тиреотропный гормон, тиреотропин (ТТГ), соматотропный гормон (СТГ), адренотропный гормон, кортикотропин (АКТГ); меланостимулирующий гормон, меланотропин (МСГ) и липотропный (ЛПГ) гормон. ЛГ и ФСГ являются гликопротеидами, Прл – полипептидом.

**Секреция ЛГ и ФСГ контролируется:**

- ГнРГ, который через портальную систему попадает в аденогипофиз и стимулирует секрецию гонадотропинов;
- яичниковыми половыми гормонами (эстрадиол, прогестерон) по принципу отрицательной или положительной обратной связи;
- ингибинами А и В. Ингибин В синтезируется в яичниках и совместно с эстрадиолом подавляет секрецию ФСГ во второй половине фолликулярной фазы цикла (после выбора и роста доминантного фолликула). С возрастом, по мере уменьшения числа фолликулов, снижается продукция ингибина В, что приводит к прогрессивному нарастанию ФСГ, который стремится обеспечить нормальный уровень эстрадиола.

ЛГ и ФСГ определяют первые этапы синтеза половых стероидов в яичниках путем взаимодействия со специфическими рецепторами в тканях гонад. Эффективность гормональной регуляции определяется как количеством активного гормона, так и уровнем содержания рецепторов в клетке-мишени.

#### **Биологическая роль ФСГ:**

- рост фолликулов в яичниках, пролиферация клеток гранулёзы в фолликулах;
- синтез ароматаз – ферментов, метаболизирующих андрогены в эстрогены (продукция эстрадиола);
- синтез рецепторов к ЛГ на гранулезных клетках фолликула (подготовка к овуляции);
- стимуляция секреции активина, ингибина, инсулиноподобных факторов роста (ИФР), играющих важную роль в фолликулогенезе и синтезе половых стероидов. **Биологическая роль ЛГ:**

- вызывает овуляцию (совместно с ФСГ);
- синтез эстрадиола в доминантном фолликуле;
- синтез андрогенов в тека-клетках (клетках оболочки) фолликула;
- лютеинизация гранулезных клеток овулировавшего фолликула и формирование желтого тела;
- синтез прогестерона и других стероидов в лютеиновых клетках желтого тела.

**Пролактин (Прл)** – полипептид, синтезируемый клетками аденогипофиза (лактотрофами), контролирует лактацию, стимулирует рост протоков молочных желез, поддерживает функцию желтого тела и синтез прогестерона, обладает различными биологическими эффектами: снижает минеральную плотность костной ткани, повышает активность клеток поджелудочной железы, приводя к инсулинорезистентности (диабетогенное действие), участвует в регуляции обмена веществ, пищевого поведения, циклов сна и бодрствования, либидо и др.

**II уровень репродуктивной системы – яичники.** Основной структурной единицей яичника является фолликул, содержащий яйцеклетку (ооцит). В половых железах происходит рост и созревание фолликулов, овуляция, образование желтого тела, синтез половых стероидов.

Процесс *фолликулогенеза* в яичниках происходит непрерывно – с антенатального периода до постменопаузы. При рождении в яичниках девочки находится примерно 2 млн. примордиальных (первичных зародышевых) фолликулов. Основная их масса претерпевает атретические изменения (атрезия – обратное развитие) в течение всей жизни и только очень небольшая часть проходит полный цикл развития от примордиального до зрелого с овуляцией и образованием в последующем желтого тела. Ко времени менархе в яичниках содержится 200-450 тыс. примордиальных фолликулов (так называемый овариальный резерв). Из них в течение жизни могут овулировать только 400-500, остальные подвергаются атрезии

(около 90%). В процессе атрезии фолликулов важная роль отводится апоптозу (программируемой клеточной гибели) – биологическому процессу, в результате которого происходит полное рассасывание клетки под влиянием собственного лизосомального аппарата. На протяжении одного менструального цикла развивается, как правило, только один фолликул с яйцеклеткой внутри. В случае созревания большего числа возможна многоплодная беременность.

Важная роль в механизмах ауто- и паракринной регуляции функции не только овариальной, но и всей репродуктивной системы принадлежит факторам роста.

**Факторы роста (ФР)** – биологически активные вещества, стимулирующие или ингибирующие дифференцировку клеток, передающих гормональный сигнал. Они синтезируются в неспецифических клетках различных тканей организма и обладают аутокринным, паракринным, интракринным и эндокринным эффектом. Аутокринный эффект реализуется путем воздействия на клетки, непосредственно синтезирующие данный ФР. Паракринный – реализуется действием на соседние клетки. Интракринный эффект – ФР действует как внутриклеточный мессенджер (передатчик сигнала). Эндокринный эффект реализуется через кровоток на отдаленные клетки.

Наиболее важную роль в физиологии РС играют следующие ФР:

инсулиноподобные (ИФР), эпидермальный (ЭФР), трансформирующие (ТФР $\alpha$ , ТФР $\beta$ ), сосудистый эндотелиальный (васкулоэндотелиальный) фактор роста (СЭФР), ингибины, активины, антимюллеров гормон (АМГ).

**Инсулиноподобные факторы роста I и II (ИФР-I, ИФР-II)** синтезируются в гранулезных клетках и других тканях, стимулируют синтез андрогенов в тека-клетках яичника, ароматизацию андрогенов в эстрогены, пролиферацию клеток гранулезы, образование рецепторов к ЛГ на гранулезных клетках. Их продукция регулируется инсулином.

**Эпидермальный фактор роста (ЭФР)** – наиболее сильный стимулятор клеточной пролиферации, обнаруживается в клетках гранулезы, строме эндометрия, молочных железах и других тканях; обладает онкогенным эффектом в эстрогензависимых тканях (эндометрий, молочные железы).

**Сосудистый эндотелиальный фактор роста (СЭФР)** играет важную роль в ангиогенезе растущих фолликулов, а также мио- и эндометрия. СЭФР повышает митогенную активность эндотелиальных клеток, проницаемость сосудистой стенки. Экспрессия СЭФР повышена при эндометриозе, миоме матки, опухолях яичников и молочных желез, СПКЯ и др.

**Трансформирующие факторы роста (ТФР- $\alpha$ , ТФР- $\beta$ )** стимулируют клеточную пролиферацию, участвуют в росте и созревании фолликулов, пролиферации клеток гранулезы; оказывают митогенный и онкогенный эффект, экспрессия их повышена при раке эндометрия, яичников.

К белковым веществам семейства ТФР- $\beta$  относят ингибины, активин, фоллистатин, а также АМГ.

**Ингибины (А и В)** – белковые вещества, образуются в клетках гранулезы и других тканях, участвуют в регуляции синтеза ФСГ, тормозя ее, подобно

эстрадиолу, по сходному механизму обратной связи. Образование ингибина В возрастает в середине фолликулярной фазы цикла параллельно повышению концентраций эстрадиола после выбора доминантного фолликула, а достигнув максимума, тормозит выделение ФСГ.

**Активин** обнаружен в гранулезных клетках фолликула и гонадотрофах гипофиза, стимулирует синтез ФСГ, пролиферацию клеток гранулезы, ароматизацию андрогенов в эстрогены, подавляет синтез андрогенов в текаклетках, предотвращает спонтанную (преждевременную, до овуляции) лютеинизацию преовуляторного фолликула, стимулирует продукцию прогестерона в желтом теле.

**Фоллистатин** – ФСГ-блокирующий белок, секретируется клетками передней доли гипофиза, гранулезы; подавляет секрецию ФСГ.

**Антимюллеров гормон (АМГ)** – представитель семейства ТФР- $\beta$ , продуцируется у женщин в гранулезных клетках преантральных и малых антральных фолликулов, играет важную роль в механизмах рекрутирования и селекции фолликулов, является количественным показателем овариального резерва и используется в клинической практике для его оценки и прогнозирования ответа яичников на стимуляцию овуляции, а также может служить маркером гранулезоклеточных опухолей яичников, при которых АМГ существенно повышается. АМГ не контролируется гонадотропинами, не вовлечен в классическую петлю обратной связи (в отличие от ФСГ, эстрадиола и ингибина В), не зависит от фазы цикла и действует как паракринный фактор регуляции РС

## Тема № 78

### Регуляция менструального цикла. Маточный цикл.

Циклические изменения в эндометрии касаются его **функционального поверхностного слоя**, состоящего из компактных эпителиальных клеток, и промежуточного, которые отторгаются во время менструации. **Базальный слой**, не отторгаемый во время менструации, обеспечивает восстановление десквамированных слоев.

Циклические превращения функционального слоя эндометрия протекают соответственно яичниковому циклу в три последовательные стадии – **стадия пролиферации, стадия секреции и стадия десквамации (менструация)**.

**Фаза десквамации.** Наблюдающиеся в конце каждого менструального цикла менструальное кровотечение обусловлено отторжением функционального слоя эндометрия. Начало менструации считается первым днем менструального цикла. Продолжительность менструального кровотечения в среднем составляет 3-5 дней. В связи с регрессом желтого тела и резким снижением содержания половых стероидов в эндометрии нарастает гипоксия. Началу менструации способствует длительный спазм артерий, приводящий к стазу крови и образованию тромбов. Гипоксию тканей (тканевой ацидоз) усугубляют повышенная проницаемость эндотелия, ломкость стенок сосудов, многочисленные мелкие кровоизлияния и массивная лейкоцитарная инфильтрация. Выделяемые из лейкоцитов лизосомальные протеолитические ферменты усиливают расплавление тканевых элементов. Вслед за длительным

спазмом сосудов наступает их паретическое расширение с усиленным притоком крови. При этом отмечаются рост гидростатического давления в микроциркуляторном русле и разрыв стенок сосудов, которые к этому времени в значительной степени утрачивают свою механическую прочность. На этом фоне и происходит активная десквамация некротизированных участков функционального слоя. К концу 1-х суток менструации отторгается 2/3 функционального слоя, а полная его десквамация обычно заканчивается на 3-й день.

Менструальные выделения содержат кровь и шеечную слизь, богаты лейкоцитами. Менструальная кровь почти не свертывается, она богата ионами кальция, содержит мало фибриногена и лишена протромбина. В среднем за менструацию женщина теряет 50 – 70 мл крови.

Сразу же после отторжения некротизированного эндометрия наступает **стадия регенерации**, характеризующаяся эпителизацией раневой поверхности эндометрия за счет клеток базального слоя. Процессы регенерации происходят под контролем эстрогенов и способствуют, наряду со спазмом сосудов и тромбообразованием, остановке менструального кровотечения. Некоторые авторы выделяют регенерацию в отдельную стадию маточного цикла.

**Фаза пролиферации.** Десквамация и регенерация слизистой после менструации заканчивается к 3-5-му дню цикла. Затем под действием увеличивающейся концентрации эстрогенов толщина функционального слоя увеличивается за счет роста всех элементов базального слоя: желез, стромы, кровеносных сосудов. Железы эндометрия имеют вид прямых или несколько извитых трубочек с прямым просветом. Спиральные артерии мало извиты. В стадии поздней пролиферации (11-14 день цикла) железы эндометрия становятся извитыми, штопорообразно закругляются, просвет их несколько расширен. Спиралевидные артерии, растущие из базального слоя достигают поверхности эндометрия, они несколько извиты. Толщина функционального слоя эндометрия к концу фазы пролиферации достигает 7-8 мм.

**Фаза секреции (секреторной трансформации)** начинается после овуляции на 13-14-й дни цикла, длится 14 дней и непосредственно связана с активностью желтого тела. Она характеризуется тем, что эпителий желез под влиянием прогестерона и эстрадиола начинает вырабатывать секрет, содержащий кислые гликозаминогликаны, гликопротеиды, гликоген.

*В ранней стадии фазы секреции (15-18-й дни цикла)* появляются первые признаки секреторных превращений. Железы становятся более извитыми, просвет их несколько расширен. В поверхностных слоях эндометрия могут быть очаговые кровоизлияния, связанные с кратковременным снижением эстрогенов после овуляции.

*В средней стадии фазы секреции (19-23-й дни цикла)*, когда концентрация прогестерона максимальна и повышается уровень эстрогенов, функциональный слой эндометрия становится более высоким (9-12 мм) и отчетливо разделяется на 2 слоя. **Глубокий (зубчатый, спонгиозный) слой**, граничащий с базальным, содержит большое количество сильно извитых желез и небольшое количество стромы. **Плотный (компактный) слой** составляет – 1/4-1/5 толщины функционального

слоя. В нем меньше желез и больше соединительнотканых клеток. Наиболее выражена секреция на 20-21 дни цикла. К этому времени в строме эндометрия возникают децидуоподобные превращения (клетки компактного слоя становятся крупными, округлой или полигональной формы, в их цитоплазме появляется гликоген). Спиральные артерии резко извиты, образуют «клубки» и обнаруживаются во всем функциональном слое, проницаемость сосудов возрастает, просветы сосудов расширяются, объем кровоснабжения эндометрия возрастает. Эти изменения в железах и сосудах эндометрия составляют суть его преимплантационной подготовки и по времени синхронизированы с поступлением в полость матки плодного яйца (так называемое имплантационное окно – 7-е сутки после зачатия). Если имплантация пройдет успешно, в дальнейшем под действием увеличивающейся концентрации прогестерона эндометрий подвергнется децидуальной трансформации. При отсутствии беременности в эндометрии наступают дегенеративные изменения.

*Поздняя стадия фазы секреции (24-27-й дни цикла)* характеризуется нарушением трофики эндометрия и постепенным нарастанием в нем дегенеративных изменений. Уменьшается высота эндометрия, сморщивается строма функционального слоя, усиливается складчатость стенок желез, и они приобретают звездчатые или пилообразные очертания. На 26-27-й день цикла в поверхностных слоях компактного слоя наблюдаются лакунарное расширение капилляров и очаговые кровоизлияния в строму. Состояние эндометрия, подготовленного таким образом к распаду и отторжению, называется *анатомической менструацией* и обнаруживается за сутки до начала *клинической менструации* (кровотечения).

Слизистая оболочка **перешейка матки** по морфологическому строению сходна с эндометрием, однако в ней не различают функционального и базального слоя.

**В канале шейки матки** также происходят циклические изменения. Во время менструаций происходит десквамация не слизистой оболочки канала шейки матки, а лишь поверхностного ее эпителия. Под действием эстрогенов в фолликулярной фазе цикла цервикальный канал расширяется, наружный зев приоткрывается (положительный «симптом зрачка»), увеличивается продукция шеечной слизи, достигая максимума к моменту овуляции (положительный «симптом папоротника», «симптом натяжения шеечной слизи» – 8-10 см). Под влиянием прогестерона в лютеиновой фазе цикла цервикальный канал сужается, наружный зев замыкается (отрицательный «симптом зрачка»), шеечная слизь становится густой, плотной, не растягивается (табл. 1), слизистая оболочка шейки матки, влагалища приобретает цианотичный оттенок.

Циклические изменения происходят и в **слизистой оболочке влагалища**, которая представлена многослойным плоским неороговевающим эпителием. Так в первую половину цикла, под влиянием эстрогенов происходит пролиферация промежуточного и поверхностного слоев слизистой оболочки. Во влагалищном мазке преобладают зрелые, поверхностные клетки, карио-пикнотический индекс (КПИ) высокий – 60-80% в преовуляторный период (табл. 1). Во вторую фазу цикла под влиянием прогестерона идет апоптоз и слущивание поверхностных клеток. В

мазке преобладают промежуточные клетки, они принимают вытянутую форму и располагаются преимущественно группами (индекс скученности; КПИ низкий – 20-25%, см. табл. 1).

Таблица 1. Тесты функциональной диагностики.

Показатель	Дни менструального цикла					
	-10...-8	-6...-4	-2...-0	+2...+4	+6...+8	+10...+12
ТФД	-10...-8	-6...-4	-2...-0	+2...+4	+6...+8	+10...+12
кпи,%	20-40	50-70	80-88	60-40	30-25	25-20
Длина натяжения цервикальной слизи, см	2-3	4-6	8-10	4-3	1-0	0
Симптом "зрачка"	+	+	+++	+	-	-
БТ,°С	36.6±0.2	36.7±0.2	36.4±0.1	37.1±0.1	37.2±0.1	37.2±0.2

Примечание: ТФД – тесты функциональной диагностики, КПИ – кариопикнотический индекс, БТ – базальная температура; дни менструального цикла: 0 – день овуляции, цифры со знаком «-» – дни до овуляции (фолликулярная фаза цикла), цифры со знаком «+» – дни после овуляции (лютеиновая фаза цикла).

**В молочных железах** под влиянием эстрогенов в первой половине менструального цикла идет пролиферация эпителия млечных ходов, а во вторую фазу под влиянием прогестерона – пролиферация секреторного эпителия в ацинусах (дольках).

### Тема №79

#### Нарушение менструальной функции.

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 экстрагенитальных 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 овариэктомии. 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 гипоэстрогении и отсутствию овуляции. Гипоэстрогения, 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	Поликистозные яичники	Дисгенезия гонад

	яичников, синдром истощения яичников, синдром резистентных яичников	гормональ- ноактивные опухоли яичников	
Надпочечнико вый	Повышенная выработка АКТГ	Опухоли надпо- чечников, синдром И цен ко—Кушинга	Адреногенитал ьный синдром
Маточный	Удаление базального слоя эндометрия при выскабливании	Синдром Ашермана, генитальный туберкулез	Синдром Рокитан- ского— 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 гонадолиберинов, что может приводить к аменорее.

Наиболее часто возникновению центральных форм аменореи предшествуют психическая травма, нейроинфекции, интоксикации, стресс, осложненные 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 Шенко— Кушинга, гигантизма, функциональной гиперпролактинемии*. Причины функциональных нарушений гипоталамо-гипофизарной системы:

- хронический психогенный 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 пролакто- трофов, 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 см<sup>3</sup>) 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 межучной 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.

#### Тема № 80

#### Аменорея. Клиника, диагностика, принципы лечения.

**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 см<sup>3</sup>) 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 межлутеальной 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.

## Тема № 81

### Аменорея. Роль ВМК

**Аменорея** – это отсутствие менструаций у женщин репродуктивного возраста.

Аменорея — наиболее тяжелая форма патологии менструальной функции. Частота аменореи среди женщин репродуктивного возраста составляет 3,5%, а в структуре нарушений менструальной и репродуктивной функций – 10-15%. Аменорея – это не самостоятельное заболевание, а симптом не только патологии различных уровней РС, но и других нейроэндокринных заболеваний, доброкачественных и злокачественных новообразований.

До настоящего времени отсутствует единая, общепринятая классификация аменореи, что связано с многообразием этиологических и патогенетических механизмов ее развития.

Различают физиологическую, патологическую, ложную и ятрогенную аменорею.

**Физиологическая аменорея** — отсутствие менструации до периода полового созревания, во время беременности, лактации и в постменопаузе.

Аменорея детского возраста обусловлена становлением гипоталамогипофизарно-яичниковой системы — повышенной чувствительностью ядер гипоталамуса к стероидным гормонам яичников и сниженным стимулирующим действием гонадотропинов на яичники. В период менопаузы аменорея связана с дегенеративными изменениями в гипоталамогипофизарной системе, угасанием функции яичников и сниженной чувствительностью их к стимулирующему влиянию гонадотропинов. Во время беременности высокое содержание стероидных гормонов (эстрогенов и прогестерона), выделяемых плацентой и яичниками, тормозит гонадотропную функцию гипофиза. В период лактации повышенное выделение пролактина также влияет на выработку гонадотропных гормонов.

**Патологическая аменорея** — симптом гинекологических или экстрагенитальных заболеваний, может быть *первичной* и *вторичной*.

*Первичная аменорея* — отсутствие менархе после 16 лет (по достижении возраста 16 лет и старше не было ни одной менструации), *вторичная аменорея* — отсутствие менструации в течение 6 мес. у ранее менструировавшей женщины.

**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, происходит отторжение эндометрия, однако наружу кровянистые выделения не поступают в связи с наличием препятствия на уровне цервикального канала (атрезия канала), влагалища или девственной плевы (атрезия гимена или части влагалища).

**Ятрогенная аменорея** наступает после гистерэктомии и тотальной овариоэктомии. Она также может быть связана с приемом лекарственных средств (агонисты ГнРГ, антиэстрогенные препараты, андрогены), действие которых приводит к отсутствию менструации на время лечения и имеет обратимый характер.

В зависимости от преимущественного уровня поражения того или иного звена нейроэндокринной системы выделяют **аменорею центрального генеза (гипоталамическую, гипофизарную), яичниковую и маточные формы аменореи;** аменорею, обусловленную патологией *надпочечников, щитовидной железы, экстрагенитальными заболеваниями.*

## Тема № 82

### Гормональный гемостаз.

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 В<sub>1</sub> 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 В<sub>1</sub> или новокаина, электросон. Хорошие результаты получены при применении иглорефлексотерапии, электропунктуры, лазеропунктуры.

### **Тема № 83 Гипоменструал синдром.**

Непосредственной причиной слабых, коротких и редких \ через 6-8 недель \ менструации является гиподисфункция яичников.

Пониженная продукция половых гормонов обуславливает недостаточное кровоснабжение матки и неполноценность циклических превращений эндометрия. Эти особенности определяют тип менструации.

Слабые – гипоменорея; короткие – олигоменорея; запаздывание и редкое менструации – опсоменорея.

К ослаблению и урежению менструации ведут все неблагоприятные условия, понижающие функции яичников.

**ЭТИОЛОГИЯ:** - инфантилизм, аномалия развития, острые и хронические инфекции, интоксикация, нарушение функции внутренних желез.

Гипоменструальный синдром нередко наблюдается в период полового созревания и климактерическом периоде. Бывают: - первичная (в начале появления менструация).

- (вторичным) ослабление, укорочение и урежение ранее нормальных менструации.

Первичный характер данной аномалии менструальной функции наблюдается при инфантилизме.

Вторичный – ослабление (урежение) менструации возникает в связи с расстройствами функции эндокринных органов, инфекционными и другими заболеваниями,

нарушений условий среди другие причины. Распознавание причину первичной и вторичной слабости менструации основывается на тщательном клинической исследования организма.

**ЛЕЧЕНИЕ:** при отсутствие сопутствующих нарушений (бесплодие, болезненные менструации и др). рекомендуют только общеукрепляющие меры: рациональное питание, легкий спорт правильное чередования труда и отдыха.

При вторичной ослаблении менструации проводят лечение направленное на устранений оснований причины, вызвавший понижение функции яичников.

При недостаточности эффекта общеукрепляющей терапии можно применит воротник по Щербаку, диатерапия, грязелечение и др. усиливающие кровоснабжение органов малого таза. В соответствующие фазы менструального цикла назначают небольшие дозы половых гормонов. В I фазу вводят эстрогены по 1000 – 5000 ЕД ежедневно в течение 10-12 дней во II фазу прогестерон по 5-10 мг ежедневно в течение 6-8 дней. При гипоменструальном цикле, связанном с туберкулёзом гормоны не применяются, проводится специальное лечение.

Не прекращение менструации (менструального крововыделения) связано с сокращениям матки, закрытием просвета кровотокающих сосудов и с эпителизацией раневой (десквамированный) поверхности матки.

Все процессы нарушающие сократительную способность матки и тормозящие процессы регенерации слизистой оболочки введут к усилению кровопотери и к увеличению продолжительности менструации т.е. к меноррагии.

Причины менорагии различны:

1. Гипофункция яичников на почве нарушения функции нервной системы и гипофиза, неполноценного питания, инфантилизма, расстройств обмена.
2. Менорагии нередко наблюдается при возрастной гипофункции яичников: в период полового созревания и в период климакса.
3. При застоем крови в органах малого таза, заболеваниях крови, нарушениях свертывающей системы крови, гиповитаминозе «С», инфекциях, интоксикациях ведущих к нарушению сосудистых систем.
4. Гинекологические заболевания: миомы матки, воспалительные заболевания половых органов приводящие к понижению сократительной способности матки и замедлению регенерации раневой поверхности матки (при эндометриозе).

5. Аномалиях положения матки, понижение тонуса матки в результате частых повторных родов. (особенно патологических).

**ЛЕЧЕНИЕ:** Успех лечения зависят от выяснения причин, вызывавшей меноррагии. Лечебные мероприятия должны быть направлены на устранения заболевания, явившегося причиной меноррагии. В соответствующих случаях помогает противовоспалительное лечение, терапия инфекционных, сердечно – сосудистых и другие заболеваний.

Усиленное и продолжительное кровопотеря при миом служат показанием для ампутации или экстирпации матки, вылушивание узлов. При инфантилизме и вторичной гипофункции яичников, общеукрепляющая терапия можно сделать попытку применить половые гормоны в соответствующие фазы цикла. Перед назначением гормонотерапии необходимо исключить другие причины меноррагии – опухоли, воспалительные и другие заболевания. Симптоматическая терапия: преливание крови, препараты железа, кровоостанавливающие и препараты утеротоники (эрготал по 1 мг 2-3 раза) стипцитин 1 таб. 3 раз экстракт водяного перца 30-40 кап (3 раз при сильных кровотечениях, гифотцин, питуитрин, в инъекциях).

#### **Тема № 84**

#### **Нейроэндокринный синдром. Этиология, клиника, диагностика.**

**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 психо-эмоциональных, 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 нейропептидов (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  $\beta$ -эндорфином может способствовать изменению настроения. Эндорфины повышают уровень пролактина, вазопрессина и ингибируют действие простагландина E<sub>2</sub> 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, отеком 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, мебгидролин (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 пираретама (ноотропил) — по 400 мг 3-4 раза в день или  $\gamma$ -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 бромкриптин 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 *подавление циклических гормональных процессов* (овуляции, формирования желтого тела) в организме женщины. Эффективная гормональная терапия ПМС включает агонисты гонадотропин релизинг-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 $\beta$ -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 релизинг-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).

## Тема 85 Климактерический синдром. Роль ВМК.

### 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 секретируется 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, амигдаларный 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 психо-эмоциональных 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 гипоэстрогении, 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 гипоэстрогении: 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; нейролептики – этаперазин, резерпин, элениум, тазепам, седуксен, грандаксин (в течение 4-12 недель) или ингибиторы обратного захвата серотонина (прозак, золофт, феварин).

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, 17β-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, гиофлор 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 *менопаузе* 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 — ливиял). 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).**

Гистерэктомия 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 гипоестрогенией. 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 уrogenитального 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 вагогомическими 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 простагландинов 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, цикло-прогинова, 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

**Тема № 86**  
**Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК.**  
**Ювенильный кровотечение.**



Патологически протекающие патологические ановуляторные маточные кровотечения возникают на почве персистенции фолликула (одного или нескольких или атрезии многих фолликулов).

При персистенции фолликул достигает полной зрелости но не вскрывается \нет овуляции и желтого тела из него не образуется: он продолжает расти в течение нескольких недель и выделяет фолликулярных гармон более длительно чем нормальный фолликул.

Вследствие продолжительного действие эстрогенов происходит чрезмерная пролиферация эндометрия. Слизистая оболочка разрастает, утолщается, железы удлиняется, в них образуется кистовидна расширение (железистокистозная гиперплазия эндометрия). Секреторного превращения слизистой оболочки не происходит (нет желтого тела) компактный и спонгиозный слои не образуется. Сосуды слизистой оболочки разрастает, форма становится разнообразной, располагаются неравномерно, в сосудах образуется гиалиновые тромбы. Разрастая слизистая оболочка отпадает постепенно, отдельными участками, поэтому кровотечения бывают продолжительными и обильными.

Маточные кровотечения обусловленное персистенции фолликулов метроррагия, было описано Р. Шредором.

Атрезия фолликулов так же характеризуется отсутствие желтого тела. Под влиянием патологических факторов происходит более медленные и длительные созревание нескольких фолликулов средних размеров которые не вскрывается, поэтому желтого тела нет. Наличие в организме только фолликулина приводит к повышенной пролиферации эндометрия.

Уровень эстрогенов при атрезии фолликулов достигает, может быть низким, но они действует на эндометрий продолжительной поэтому вызывают гиперплазию.

Следовательно при персистенции и атрезии фолликулов патологические процессы протекают в одном направлении. Отсутствие овуляции и желтого тела, продолжительная стимуляция пролиферативных процессов в эндометрии эстрогенами, отсутствие секреторной трансформации разросшийся слизистой оболочки матки и отторжение ее, сопровождающиеся кровотечениями. Разница состоит в неодинаковой гармональной активности персистирующего и атрезирующего фолликулов, однако изменение в эндометрии зависят не только от уровня эстрогенов, но главным образом от продолжительности их действия.

**ЭТИОЛОГИЯ:** Наблюдается в климактерическом периоде и в период полового созревания, при недостаточности функции половых желез.

Ослабление функции яичников ведущие к ановуляторной кровотечениям, может возникнуть в связи с разными причинами.

- Неудовлетворительное питание
- Переутомления
- Эндокринные нарушения влияющие на гонадотронную функцию гипофиза.
- Воспаления яичника.

**КЛИНИКА:** Возникновения маточного кровотечения обычно прешествует более или менее продолжительная задержка менструации. Срок задержки колеблется от 1-2 недель до 1\2 – 2 месяцев и выше. В некоторых случаях кровотечение возникает в срок предполагаемых менструации или даже раньше. Кровотечение бывает затяжным и продолжается в течение нескольких недель или даже несколько месяцев. Кровотечение чаще бывают несильными. Может возникнут обильная кровопотеря, вызывающая острая малокровие и O<sub>2</sub> недостаточность организма. Сильные кровотечение нередко бывают при сочетании данного нарушения с милмой, аденомиозом. Обильными бывают кровотечения в период полового созревания.

**Кровотечение:** возникающие после некоторой задержки менструации в период полового созревания или климактерическом вот главноклинические особенности данной аномалии менструальной функции. Матка нормальной величины или несколько уменьшения, если ановуляторные кровотечения сочетается инфантилизмом. В климактерическом периоде иногда наблюдается небольшое увеличена матки, зависящие от длительного воздействия эстрогенов.

**ДИАГНОЗ:** основывается на изучения анамнеза и гисто, исследования соскоба. Пробные выскабливание слизистой оболочки матки, являющиеся ценным методом диагностики, особенно рекомендуется в климактерическом периоде. Гисто исследование показывает гиперплазию эндометрия с кистозным расширением желез. Подобным методом диагностики является реакция «зрачка». В связи с тем, что в яичнике вырабатывается только фолликулярной гармон циклическое колебание в интенсивности секреции желез шейки матки отсутствует. Секреторная активность цервикальных желез носит довольно постоянный характер, выраженный симптом «зрачка» наблюдается до момента кровотечения.

Диагностические значения имеет температурный тест. При ановуляторном цикле наблюдается характерная монотонность температурной кривой.

**ЛЕЧЕНИЕ:** После обследования необходимо начать комплексное лечение с учётом этиологии заболевания, возраста женщины, давности болезни, показатели свертывающей системы крови. При значительной анемизации больных (показатели  $Hb$  ниже 10г%) применяются гемотрансфузия, препараты железа, витамины, полноценное питание. Учитывая эндокринный генез заболевания с целью остановки кровотечения назначают эстрогенные гормоны в повышенных дозах. (100000 ЕД фолликулина через равные промежутки времени 4-6 раз в сутки, микрофоллин по 0,05 мг 506 раз в день и др. Эти гормоны ускоряют процессы регенерации слизистой эндометрия, нормализует ГГЯС. После остановки кровотечения дозы эстрогенов постепенно 1 % раствор по 1 мл в\м ежедневно в течение 10-12 дней, прегнин по 0,01 г 3-4 раза в день в виде таблеток под язык, 10-12 дней 12,5 % раствор ОПК по 1 мл в\м 1 раз в день, всего 2-3 инъекции и др.

Гестагенные гормоны способствуют возникновению фазы секреции эндометрия после смены менструальноподобные выделения становятся выраженными. Для получения стойкого эффекта лечения циклическую терапию до 3-4 курсов. Повторные курсы гестагенных препаратов.

С немо статической и лечебной целью можно также применять СП (онолар, нон-овлон, регивидон и т.д). эти препараты содержат эстрогенные и гестагенные компоненты в различных соотношениях. Они способствуют временной олокаде ГГЯС а после отмены их восстанавливаются регулярные процессы и деятельности яичников.

В зависимости от интенсивности и объема кровопотери, возраста больных подбирается индивидуальная доза препарата. (от 2 до 6 табл. в сутки через равные промежутки во времени). После остановки кровотечения дозу препарата постепенно снижают и доводят до 1 таблетки в сутки. Спустя 21-30 дней с восстановлением гемодинамических показателей препарат отменяют и наступают менструально – подобные выделения.

Курс лечения СП повторяют 3-5 раз.

Лечению ювенильных кровотечений можно разделить на 2 основных этапа:

- гемостаз
- профилактика рецидивов кровотечения.

Выбор метода гемостаза определяется общим состоянием больной и степенью кровопотери. Такая тактика подвергается исследованиями Е.А. Дикучиной и соавт. (1906) показавших, что при выраженной анемизации девушки с ЮК составляют группу угрожающую на развитие ДВС синдрома. Больным поступивших в стационар с длительным обильным кровотечением, с жалобами на слабость, головокружение, падением АД тахикардией, при гемоглобина ниже 7 г\л и гематокрита 20% следует произвести выскабливание матки. Во избежание разрыва девственной плевы производят обкалывание её 0,25 % раствором новокаина с 64 ЕД лидазы. Соскоб обязательно подвергают тщательному гистологическому исследованию.

Больным которых анемизация не стала резко выражена по клиническим и гематологическим данным (гемоглобин 8-10 г\л, Ht - 25 %), проводят гормональный гемостаз.

Секреторная трансформация слизистой оболочки, наступающая под действием гестагенов способствуют более физиологическому процессу отторжения эндометрия после прекращения введения гормональных препаратов.

Кровотечение отменяется, после введения одних эстрогенов носит более обильный характер, что крайне нежелательно у данного контингента больных.

С конца 70-десятых годов с целью гормонального гемостаза у девушек при обильных ациклических маточных кровотечениях используются комбинированные эстроген – гестагенные препараты содержащие эстрадиол в дозе 0,05 мг\бисекурин, нон-овлон, ановлар\). Препараты назначают 3-4 раза в день по 1 табл. Гемостаз достигается как правило, в течение 1-2 дней после чего дозу препаратов снижают постепенно до 1 таблетки в день. Длительность применения 15-20 дней в зависимости от общего состояния больной и восстановления кровопотери.

Одновременно с хирургическим или гормональным гемостазом проводят антианемическую терапию:

- переливание крови, эритроцитной массы и плазмы, при наличии показаний.
- С целью восстановления реологических свойств крови: переливание реополиглобина 8-10 мл\кг в\в, в\м 1 % раствора АТФ по 2 мл №10.
- Препараты железа: пероральные (ферроплекс), феррамид, конефрон и тд.
- Комплекс витаминов группы «В» и «С», «Р» (рутин).
- Инсулин применяется у ослабленных больных с пониженным аппетитом и снижением массы тела по следующей схеме: начинают с

введение 2 ЕД инсулина п\к, ежедневно прибавляют по 2 ЕД. Перед введением препарата больная съедает 2-3 куска сахара или выпивают стакан сладкого чая (30 г сахара на стакан).

- Применяют так же кальций глюконат по 0,5 3-4 раза в день, котарина хлорида по 0,05 г 2-3 раза в день, при необходимости утеротонические средства.
- Питание должен очень легко усвояемым, калорииным и разнообразным. Названная лекарственная терапия проводится в течение 15-20 дней и имеет целью ликвидации анемию и её последствия. За это время закончивает приём гармональных препаратов. Через 2-3 дня начинается менструально – подобная реакция. В это время рекомендуется назначать рутин, кальция глюконат, котарина хлорид в указанных выше дозах и контролировать кровопотерю. Хб и Хт. Ъ

После хирургического гемостаза через 26-28 дней следует вызвать менструально подобную реакцию. С этой целью у девушек с гиперпластическими процессам.

Эндометрия рекомендуется с 16 го по 25 – 1 день выскабливания принимать по 1 таблетке синтетических гестагенных препаратов. (норкулот по 5 мг 1 таб в день).

Втором этапе лечения ЮК является профилактика рецидива кровотечения для этого назначают эстерон – гестагенные препараты с 16- го по 25 день сформированного цикла в течение 3-4 мес. Можно использовать чистые гестагенные норкулот по 5 мг с 16 го по 25 день цикла или 12,5 % 17 – ОПК в дозе 125 (1 мл на 17 и 21 день цикла в течение 3-4 дня).

Помимо гармональной профилактики рецидивов ЮК, используют физические факторов: эндонвазольной электрофорез, витамина «В», или электрофорез новокаина, гальванизация молочных желез, вибрационнный массаж паравертебральных зон области верхних шейных симпатическх ганглиев по 10-15 сеансов через день, иглорефлексотерапия, электропунктура, азеропунктура.

Девушки находящиеся под наблюдением по поводу ЮК должны освобождаться от занятой физической культуры.

Правильная с своевременная терапия и профилактика рецидивов ЮК способствует становлению нормальной циклической функцию всех отделов репродуктивной системы и являются действенной профилактической бесплодия и невынашивания беременности.

## Тема №87

### Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК. Кровотечения в периоде репродуктивного возраста

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 гомеостаза (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 – гестагенные 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, отмечают 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 уменьшает 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.

### **Тема № 88**

#### **Дисфункциональные маточные кровотечения. Роль ВМК.**

#### **Кровотечения в периоде постменопаузы Климатерические возрасты**

Маточные кровотечения в пременопаузальном возрасте.

У женщин в возрасте 40-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией и занимает первое место среди причин госпитализации. Если ЮК являются следствием неустановившейся циклической функции гипофизарно – гипоталамической – яичниковой системы то климактерические следствием инволюционных её нарушений.

Патогенетические механизмы своятся к нарушению циклического выделения гонадотропинов, процесса созревания фолликулов и их гармональной функции. Формируется лютеиновая недостаточность с неполноценностью желтого тела не переходящую в ановуляторную дисфункцию яичников.

Кровотечение происходит как правило из гиперплазированного эндометрия, и её варианты железисто – кистозная гиперплазия, железистые полипы, аденоматозные и атипическая гиперплазия в пременопаузальном возрасте встречаются значительно часто, чем в репродуктивном.

Раздельное выскабливание слизистой оболочки канала и тела матки являются обязательным лечебно – диагностическим этапом при климактерических кровотечениях. Категорическим условием считают гистологическое исследование соскоба.

При небольшом увеличении размеров матки (до 7-8 недель беременности) обязательным этапом диагностики является гистероскопия.



Выскабливания эндометрия при климактерических должно производиться самым тщательным образом.

Необходимо удалить весь эндометрий: во первых из соображений онкологической настороженности (в остальных участках его возможны бластоматозные изменение) во вторых, неполное удаление эндометрия, как правило гиперпластического или эндометриального полипа может явится причиной повторного кровотечения.

Вспомогательные методы диагностики причины кровотечений применяются после его остановки.

Гистерография с применением водорастворимых растворов не позднее чем на 5-6 день после выскабливание эндометрия позволяет выявить аденомиоз, субмукозные и субмукозно – интрамуральные миомы.

Эхография органом малого таза позволяет диагностировать небольшие миоматозные узлы, очаги аденомиоза и гиперплазированную слизистую оболочку. Эхография у женщин с рецидивирующим кровотечением является обязательным исследованием особенно при рецидивирующей гиперплазии эндометрия.

По данным эхоскопии у 30% женщин рецидивирующим климактерическим кровотечением выявлено ассиметричное увеличение яичников, гиперпластические процессы, гармонально активные структур и опухоли в яичников. (Мамаева Г.М. 1986 год ).

### **ЛЕЧЕНИЕ.**

Тактика лечение с маточном кровотечением в пременопаузальном возрасте определяется причиной кровотечения, сопутствующей соматической и обменно – эндокринной патологии.

Гармональный гемостаз при климактерическим кровотечениях должны расценивать как врачебная ошибка, ни в коем случае нельзя забывать это, кровотечение в пременопаузальном периоде является одним их первых клинических симптомов аденокарциномы. Эндометрия а так же аденоматозной и (или атипической гиперплазия). Применение гармонального гемостаза неправомерно так же и потому, что при последующем выскабливание в котором нередко возникает необходимость в связи с продолжающимся кровотечением. Гистоструктура эндометрия изменяется под влиянием экзогенных гормонов, что снижает ценность и информативность гистологического анализа.

Абсолютным показаниями к оперативному лечению (чревосечению).

- аденокарцинома эндометрия.
- Аденоматозная или атипическая гиперплазия эндометрия в сочетании с аденомиозом, миомой любой локализации, увеличенном размеров яичников.

Или одного из них.

- под слизистое расположение узлов миомы, множественные очаги или узловатое форма аденомиоза, сочетание миомы и аденомиоза при отсутствие гиперпластических изменений в эндометрии.

Относительными показаниями к оперативному лечению являются рецидивирующая железисто – кистозная гиперплазия эндометрия обменно – эндокринных заболевания ( ожирения, предиастр, диастр, гипертензия ).

Превыщение железисто – кистозной гиперплазии эндометрия в атипическую и аденокарциному не является обязательным процессом. Такой переход наблюдается по данным разных авторов, в 1,5 – 40 % случаев. Факторами повышающим риск превращения железисто – кистозной гиперплазии в аденокарциному, является перечисленные выше патологические изменения и в первую очередь ожирения.

Эстрогенный синтез эстрогенов в жировой ткани повышает уровень эстрогенов в крови и усугубляет прогестерон – дефицитные состояние, что в сочетании с возрастной иммунодепрессией создает благоприятную почву для развития злокачественного процесса в эндометрии.

Показания к консервативной терапии.

- гиперпластические процессы эндометрия при отсутствия другой гинекологической и экстрагенитальной патологии.
- Гиперпластические процессы эндометрия в сочетании небольшими интрамурально – субмукозными узлами миомы ( увеличение матки до размера соответствующего 8 нед беременности ) и диффузной формой аденомиоза 1 степени, установленной при гистероскопии или гистерографии.

Для лечения маточных кровотечений в пременопаузальном возрасте, а так же для профилактики их рецидивов после выскабливание наиболее широкое применение нашли гестагены.

Под влиянием синтетических гестагенов в гиперплазированном эндометрии происходит последовательно торможение пролиферативной активности секреторная трансформация, развитие децидуальной реакции стромы и наконец

атрофические изменение эпителия желез и стромы.

( Бохман Я.В. 1978 г ).

При изучения влияния гестагенов на культуру ткани гиперплазированного эндометрия в эксперименте Б.И. Железнов, Л.А. Беляева ( 1985 г ), Р. Столл ( 1976 г ) установили снижение митотической активности железистого эпителия до нуля.

Гестагены оказывают не только местные но и центральное действие тормоза выделения гонадотропинов гипофизом.

Доза и последовательность применения гестагенов зависят от возраста пациента и характера гиперпластического процесса в эндометрии. Женщинами до 48 лет при железисто – кистозной гиперплазии назначают 17 – ОПК, по 125 – 250 мг на 14-й, 17-й, 21-й день после выскабливание и затем продолжают лечение той же дозой в те дни цикла в течение 4-6 месяц. Норколут назначают по 5-10 мг с 16-го по 25-й день цикла так же в течение 4-6 м-ц. Женщинам старше 48 лет, особенно при рецидивирующей гиперплазии рекомендуется терапия направленная на подавления менструальной функции. Им назначают 17 ОПК по 25 мг в непрерывном режиме 2 раза в неделю в течение полугода. Положительно влияет 17 – ОПК на «приливы», уменьшая их частоту и интенсивность, снижает А/Д, уменьшает потливость, т.е. благоприятной эффект на симптомы КС, которые в этом возрасте нередко беспокоит женщин.

Противопоказаниями к применению гестагенов являются тромбоэмболическое заболевание в анамнезе, выраженные варикозные изменение вены голени и геморридалных вен, хронические, часто обостряющиеся гепатиты и холецисты.

Лечение андрогенами рекомендуется женщинам в возрасте старше 50 лет, у которых в соскобе эндометрия выявлены гипопластические атрофические изменение эндометрия или эндометрий со « стертой фазностью » характерной для женщин в пременопаузальном возрасте. Терапия андрогенами направлена на подавление менструальной функции.

Наиболее эффективно применение препаратов, содержащих смесь разных эфиров тестостерона олондрен – 250 мг, сустанон – 250, тестэнат. Все эти препараты обладает пролонгированным действием вводятся в/м 1,0 1 раз в месяц в течение 3-4 месяц, тестенан по 1 мл 10 % 2 раза в месяц 3-4 месяца. Они вызывают склеротические изменение в строме эндометрия, тормозят секрецию гонадотропных гормонов. ( Акобяджаян М.А. Липец В.Я. 1985 г ).

После них при необходимости можно перейти на сублингвальной прием метилтестостерона в дозе 5-10 мг в день в течение 1-2 месяц.

Противопоказания к применению андрогенов те же, что и для гестагенов, а так же гипертензии. Андрогены не показаны при значительном превышание массы тела, заболеваниях сердца, вызывающих отеки, так как андрогены способствуют задержки жидкости.

Вирилизация при приеме андрогенов в указанных дозах выражается в незначительной охриплости голоса и гипертрихозе которые исчезают после окончании лечения.

Лечение климактерической кровотечений не ограничивается гормональной терапией, кровоостанавливающая и утеретоническая терапия носит только вспомогательный характер.

Основным условиями эффективной терапии климактерической кровотечений в пременопаузальном возрасте являются:

- установление гистоструктуры эндометрия;
- выявление сопутствующей генитальной патологии.
- Выявление эндокринных заболеваний и метаболических нарушений, их медикаментозная и диетическая коррекция.

Причиной неэффективности гормонального лечения может быть неправильной выбор дозы препарата или индивидуальная реакция на него. Рецидивы климактерических кровотечений наблюдаются при применении недостаточных доз гестагенов или прекращения курс лечения до его завершения. При применения 17 – ОПК даже в рекомендуемых дозах некоторые женщины жалуются на длительные умеренные кровянистые выделения из половых путей. Это связано с нарушением контрактильности миометрия отеком мышечной стромы и волокон. В этих случаях нельзя прекращать лечение, наоборот увеличить дозу 17 – ОПК.

Хороший эффект получен при использовании метода криодеструкции гиперплазированного эндометрия с использованием специальных приборов, работающих по принципу принудительной циркуляции жидкого азота.

( Грищенко В.И. 1982 г ).

## Тема № 90

### **Кровотечение I половины беременности, причины кровотечения. Аборты.**

Кровотечения в первой половине беременности это одно из частых причин госпитализации. Кровотечение во время беременности может возникать вследствие многих причин. Акушерские кровотечения всегда были основной причиной материнской летальности, поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом.

**Основные причины кровотечений в первом триместре беременности:**

- Самопроизвольные выкидыши;
- Кровотечения, связанные с пузырным заносом;
- Внематочная беременность.

**Патология шейки матки** – полипы цервикального канала, децидуальные полипы, рак шейки матки – встречаются реже, чем первые 3 группы.

Кровотечение после 22 недель беременности до рождения ребенка называется дородовым кровотечением. Кровотечение до 22 недель обычно определяется, как кровотечение раннего периода беременности, причины могут быть одни и те же – же, но более вероятной причиной является самопроизвольное или искусственное прерывание беременности – аборт (выкидыш).

**Аборт.**

**Самопроизвольный аборт (выкидыш)** – прерывание беременности до 22 недель, когда происходит раскрытие маточного зева и изгнание плодного яйца целиком или частично. Для самопроизвольного аборта характерны боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения, которые могут переходить в кровотечение, повышение тонуса матки.

**Важно различать виды абортов.** На догоспитальном этапе наиболее часто встречаются самопроизвольные, криминальные и инфицированные аборты.

**Таблица 2.1. Виды абортов**

<b>Критерии</b>	<b>Виды абортов</b>
По сроку беременности	Ранний (до 14 недель), поздний (14 - 22 недель)
По показаниям	Социальный, медицинский
По причине	Самопроизвольный, искусственный в стационаре, искусственный внебольничный (криминальный)
По клинике	Угрожающий, начавшийся, аборт в ходу

По остаткам плодного яйца	Полный, неполный
По инфицированности	Неинфицированный, инфицированный
По распространенности инфекции	Неосложненный инфицированный, осложненный инфицированный, септический

Кровотечение в раннем периоде беременности является обычно симптомом угрожающего или совершившегося аборта.

Разновидности терминов используются для описания и определения ранней потери беременности: многие из них устарели и возникали до того, как включены современные понятия патофизиологии.

**Спонтанный аборт** – произвольная потеря беременности в течение первых 20 недель.

**Ранний спонтанный аборт** – спонтанный аборт, происходящий на 12 недели или еще в раннем гестационном сроке.

**Угрожающий аборт** – маточного кровотечения нет, в любое время первой половины беременности появляются схваткообразные боли, шейка закрыта.

**Незавершенный аборт** – состояние, при котором выходят некоторое, но не всё содержимое матки.

**Аборт в ходу** – шейка раскрыта, но ткань не отходит.

**Запоздалый аборт** (неразвивающийся беременность) – плод или эмбрион мертв в течение нескольких недель, но никакая ткань не отходила. Шейка закрыта. У этих пациентов обычно наблюдается отсутствие роста размеров матки, сердцебиение эмбриона отсутствует.

**Септический аборт** - незавершенный аборт, при котором попадает инфекция.

**Увядшее яйцо** – эмбрион прекратил развитие, несмотря на то, что там существует установленный опознаваемый гестационный мешок и плацентарная ткань. Это состояние обычно диагностируется с помощью УЗИ.

**Субхорионическое кровотечение** – УЗИ находить скопление крови между хорионом и стенкой матки.

**Децидуа** – эндометрий беременности, который часто отходит как часть выкидыша. Когда децидуа отходит интактно, это называется децидуальным слепком, который часто предвещает эктопическую беременность.

## **ПАТОФИЗИОЛОГИЯ.**

Половина всех спонтанных абортов это результат крупных генетических аномалий таких как, трисомия, триплоидия или моносомия. Спонтанный аборт также связан с внутренними окружающими факторами, такими как аномалия матки, влияния материнского диэтилстильбестрола, лейомиомы, несостоятельностью шейки матки, дефицитом прогестерона из-за дефекта лютеиновой фазы и иммунологическими факторами. Внешние окружающие факторы включают в себя: употребление( табака, алкоголя, кокаина), радиация, инфекция, профессиональные химические и экологические воздействия. Частота абортов увеличивается с возрастом матери.

## **КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.**

В начальной стадии беременность определяется по типу аменореи, типичным симптомам беременности и положительному тесту на беременность.

Частыми признаками аборта являются вагинальное кровотечение, появление схваткообразных болей внизу живота, снижение уровня хориогонического гонадотропина.

Приблизительно половина беременностей с кровотечением будут потерянными, а оставшиеся имеют повышенный риск возникновения осложнений и плохого исхода, по сравнению с теми у кого не было кровотечения.

**Неполные аборты** при обильной кровопотери могут осложняться постгеморрагическим шоком различными степенями тяжести.



**Рис 2.1. Неполный аборт**

Диагноз устанавливают путем бимануального исследования (размеры матки, состояние шейки матки, раскрытие шейного канала, характер кровянистых выделений или ткани), измерение базальной температуры (снижение её), УЗИ исследование, определение титра хориогонического гонадотропина. Когда диагноз неясен по клиническим признакам, необходимо произвести УЗИ.

**Септический аборт** должен быть предположен, когда пациент лихорадит, имеет чрезмерную болезненность в области матки и придатков или признаки перитонита.

Чрезвычайно важно установить причины самопроизвольного аборта и родов. Тщательно собранный анамнез может дать необходимые сведения. Его следует дополнить бережным общим и гинекологическим исследованием, а также комплексом клинико-лабораторных исследований.

Анамнез и осмотр помогут выявить общее недоразвитие и некоторую функциональную недостаточность желез внутренней секреции, недостаточность запирающей функции шейки матки, позволить узнать о перенесенных острых инфекционных заболеваниях. Клинико-лабораторными исследованиями можно установить гормональную недостаточность как причину прерывания беременности. Низкие уровни экскреции прегнандиола в моче (суточная экскреция ниже 5 мг.) и эстрогенов являются основанием применения гормональных методов лечения. В случаях внутриутробной смерти плода экскреция эстриола снижается в 10 раз, что может служить очень точным диагностическим тестом.

При непроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами являются: болевой синдром и симптомы кровопотери. Самопроизвольный выкидыш характеризуется своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш. Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки.

**Угрожающий выкидыш:** кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При влагалищном исследовании мы находим неизмененную шейку матки: кровотечение может быть медленным,



**Начавшийся выкидыш** – боли носят схваткообразный характер, шейка матки слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется. На госпитальном этапе женщине необходимо создать покой, применить седативные препараты, внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, сернокислая магнезия 10 мл 25% раствора, прогестерон). В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована, необходимо произвести выскабливание полости матки.

**Аборт в ходу:** кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние меняется, и зависит от величины кровопотери. Р.У. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного загнутого пальца. Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины.

При неполном самопроизвольном аборте кровянистые выделения носят темно-красный цвет, со сгустками, могут быть значительны. Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. Р.У. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 – 2 пальца.

Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины.



**Рис 2.2. Полный аборт**

**При полном самопроизвольном выкидыше** кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться, нет ли там остатков плодного яйца.

**Лечение.**

Приступая к лечению больных, страдающих недонашиванием, врач должен всегда помнить, что почти у всех женщин этой группы резко нарушено душевное равновесие.

По этому слово медицинского работника имеет большое значение для нормализации нервно-психического равновесия, не редко во много раз больше, чем комплекс эмпирически назначаемых лекарственных веществ.

Воздействие, словом у значительной части больных этой категории следует дополнять назначением транквилизирующих средств. Важным фактором в сохранении беременности является соблюдение режима.

**Необходимо шире использовать не медикаментозные методы лечения:** постельный режим, физиотерапию, психотерапию, рефлексотерапию.

При угрозе прерывания беременности в I триместре независимо от причины лечение должно быть комплексным:

#### **Постельный режим**

Психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (15,0:200,0) 1ст. л х 3 раза, отвар валериана (20,0:200,0) 1 ст. л х 3 раза, тазелан по 0,01 г х 2 раза в сутки, седуксен в дозе 0,005 г 1-2 раза в сутки.

**Спазмолитическая терапия:** но-шпа по 0,04х3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 г 3-4 раза в сутки баралгин 2 мл в/м.

Патогенетическая обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы, гормональных показателей, величины КПИ, срока беременности. Дозы лекарственных средств подбирают под контролем клинических и лабораторных данных.

У женщин с гипофункцией яичников, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки гормональное лечение следует начинать с 5 недель беременности с назначения небольших доз микрофоллина по 0,0125 или 0,025 мг ( $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{2}$  г) в сутки. В 7 недель беременности к терапии микрофоллином следует добавить лечение дюфастоном по 10 мг (1-2 таб.) в сутки.

При низкой экскреции ХГ внутримышечно вводят хориогонин в дозе 750-1000 ед. 2 раза в неделю. Дозы гормональных препаратов следует подбирать в зависимости от показателей гормонального статуса организма. Если отмечается высокий КПИ, в канале шейки матки большое количество слизи (феномен зрачка +++), то следует уменьшить дозу эстрогенов или увеличить дозу гестогенов (прогестерон, дюфастон).

При отставании роста матки от такового в соответствующей срок беременности и сухой стенке влагалища терапию эстрогенами следует усилить.

Гормональную терапию у этой категории больных следует продолжать до 15-16 недель пока не закончится формирование плаценты.

**Дюфастон** – это прогестин, который при угрозе прерывания беременности назначается с 6 – недель до 28 – недель по схеме от 10 – 40 мг. Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных желающих забеременеть и доносить её.

В отсутствие признаков угрозы прерывания, а также при нормализации гормональных параметров терапия гормональными препаратами может быть прекращена и в более ранние сроки беременности. Нецелесообразно использовать гормоны в более поздние сроки беременности.

При гиперандрогении надпочечникового генеза патогенетически обоснованной является гормональная терапия глюкокортикоидами (дексаметазон, преднизалон), лечение следует начинать вне беременности. Дозу гормона подбирают индивидуально под контролем экскреции 17-КС.

При выраженных проявлениях гипофункций яичников, у больных с надпочечниковой гиперандрогенией, в ранних сроках беременности (5-6 недель) возможно сочетанная терапия дексаметазоном (преднизалоном) с микрофоллином. В случаи выявления сочетанной прогестероновой недостаточности можно назначат дюфастон по 1-2 таблетки в сутки.

Одновременно с гормональной терапией целесообразно назначат спазмолитические средства, и проводить лечение, направленное на профилактику фетоплацентарной недостаточности.

**Не медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения:** иглорефлексотерапия, эндоназальная гальванизация, электроаналгезия, которым следует отдавать предпочтение при лечении беременных женщин.

При аборте в ходу, неполном и полном аборте необходимо инструментальное удаление остатков плодного яйца и сгустков крови.

При инфицированном аборте целесообразно удалять остатки плодного яйца на фоне антибактериальной терапии. Принципы лечения при септическом аборте такие же, как и при послеродовой септической инфекции.

При неразвивающейся беременности в I триместре погибшее плодное яйцо удаляют инструментально. Длительное выжидание при несостоявшемся аборте

нецелесообразно в связи с возможностью развития осложнений (ДВС, инфицирование и др.).

### **Тема № 91** **После абортный контрацепция.**

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 наличие одного-двух аборт вероятность развития осложнений определяется в 3-4%, при наличие в анамнезе 3-4 – 18-20; женщины, перенесшие 6-7 аборт, 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 гипертония. 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 гипертензия.** 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 холестаза 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. П.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.

## Тема №92

### **Кровотечение I половины беременности. Внематочная беременность. Причины. Виды внематочной беременности.**

Все случаи развития плодного яйца вне полости являются тяжелой патологией, представляющей непосредственную угрозу не только репродуктивному здоровью, но и жизни женщины. В ургентной гинекологии внутренние кровотечения 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 10 раз 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.

**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 обычно в некоторых частях фаллопиевой трубы.



### ***Рис 2.4. Места имплантации яйца при внематочной беременности***

По локализации эктопической беременность может развиваться в маточной трубе, яичнике, брюшной полости, в шейке матки, в рудиментарном роге. По клиническому течению прогрессирующая и нарушенная эктопическая беременность, по течению 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.

- ✓ Шеечный (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 форм. 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 интерсициальную (0,4-2,1%), яичниковая (0,4-1,3%), брюшная (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%). Возможны казуистические случаи многоплодной

беременности с разнообразной локализацией. За последние годы увеличилась частота гетеротопической ЭБ (сочетание внутриматочной и внематочной локализацией).

### ***ФАКТОРА РИСКА ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ***

– Наличие в анамнезе операций на маточных трубах, включая лигирование труб 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.

Клинически эктопическая 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 децидуальным 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 образцов поведение эктопической беременности, включая самопроизвольную регрессию, аборт в конце трубы, формирование хронической гематомы и даже реимплантацию оплодотворенного яйца в другое место, формируя абдоминальную беременность.

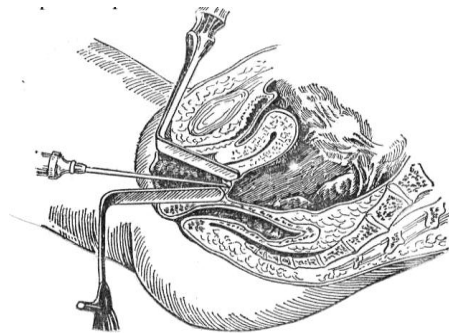
### ***ПРИЗНАКИ И КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ***

Принципиально выделяют 2 варианта клинического течения ЭБ: прерванная (нарушенная) и прогрессирующая. Нарушенный трубный 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 внематочная беременность до последнего времени явилось 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 Hb, Ht, снижение ХГ в сыворотке крови при прерывания внематочной беременности, а повышение её подсказывает о прогрессирующей внематочной беременности.

УЗИ обследование очень полезно в диагностике, трансвагинальное сканирование имеет более обширную диагностическую ценность, чем трансабдоминальное.

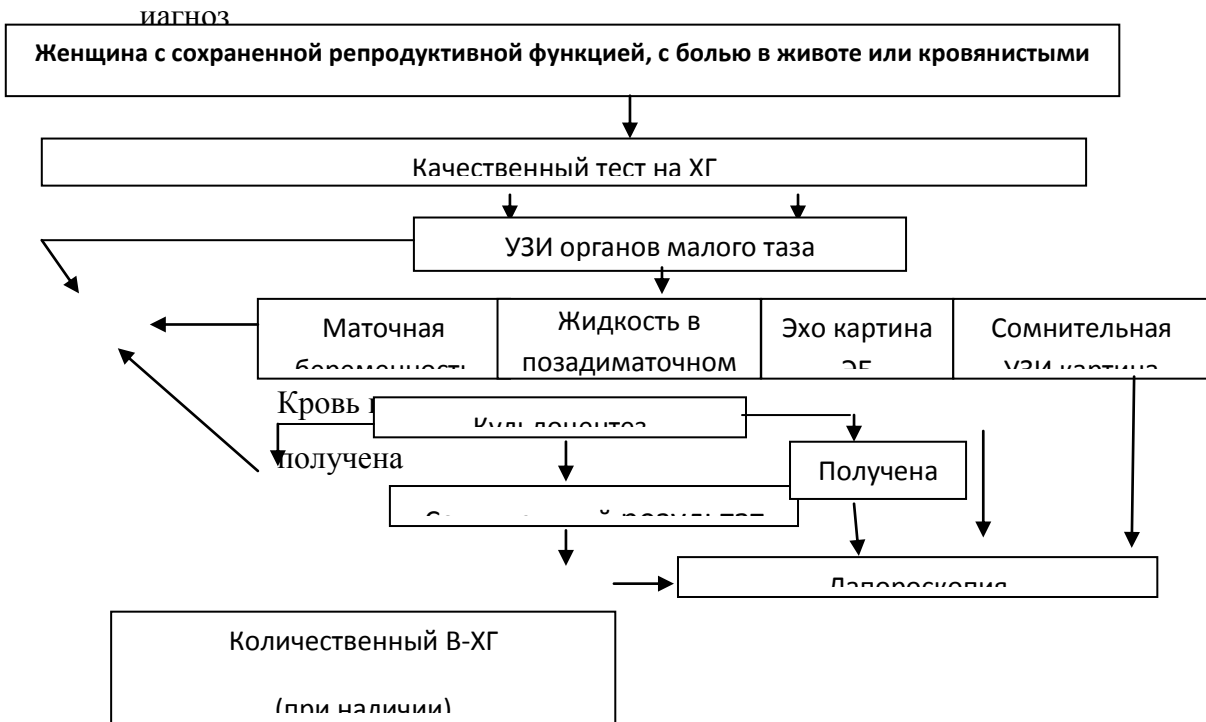
Другой диагностический метод – тест кульдоцентез. Он заключается в пункции заднего свода и определении характера пунктата.

#### ***Рис 2.6. Пункция заднего свода***

При показателях Ht 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.

**Схема 2.1. Минимальный алгоритм диагностики эктопической беременности**



**Лечение.**

Ниже следующие планы лечения в настоящее время используются при 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, это тщательно отобран и информирован согласно нижеследующим критериям:

- Минимальные боли или кровотечение.
- Пациент надежный для наблюдения.
- Отсутствие оснований для разрыва трубы.

- Становление уровня ХГ менее чем 1000 мЕД / 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, насколько того требуют клинические обстоятельства.

Медикаментозная терапия метотрексатом – антагонистом фолиевой кислоты является подходящим подходом для правильно избранных пациентов.

Выбор пациентов – это ключевой элемент успеха терапии метатрексатом.

***Набор приемлемых критериев включает:***

- Стабильные жизненные признаки и низкий уровень симптоматики.
- Отсутствие медицинских противопоказаний для терапии **метатрексатом** (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 мЕД./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, до достижений её уровня 5 мЕД./ 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.

**Таблица 2.2. Схема медикаментозной терапии прогрессирующей ЭБ метотрексатом.**

Сутки лечения	Лечебное и диагностическое мероприятие
0	Общеклинический анализ крови, тромбоциты, АСТ, креатинин,



	определение группы крови и резус фактора.
1	Метотрексат 50 мг\м <sup>2</sup> внутримышечно (около 1мг\кг)
2-3	Наблюдение
4	ХГ
7	если уровень ХГ по сравнению с 4 днём снизился менее чем на 15 % - повторное введение метотрексата в той же дозе
	Если 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 беременности в течение многих лет и остается необходимым выбором. Оно может быть разделено на консервативное и экстирпативное. Консервативное означает сохранение трубы, к экстирпативному относится удаление трубы, посредством лапароскопии или лапаротомии, что зависит от состояния пациентки, навыков оператора, местных стандартов и доступных возможностей.

**Критерии, указывающие на необходимость, хирургического вмешательства включают:**

- Пациентка с нестабильными жизненными признаками или признаком внутреннего кровотечения.
- Ненадежный контроль.
- Какие-либо противопоказания к наблюдению или терапией метотрексатом.

Объем хирургической операции может быть, удаление пораженной маточной трубы или после её опорожнений 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 500 мл рефортана, 500 мл стабизол, 500 мл 0,9% раствора физ. раствора. Скорость введения растворов зависит от стадии геморрагического шока. 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.

### **Тема № 93**

#### **Кровотечение I половины беременности. Пузырный занос, хорионэпителиома. Этиопатогенез, клиника диагностика, методы обследования.**

**Пузырный занос** (mola hydatidosa). Пузырным заносом называется заболевание плодного яйца, характеризующееся тем, что ворсинки хориона превращаются в пузырьки, заполненные светлой жидкостью. Пузырьки располагаются на шнуровидных стебельках, между которыми можно обнаружить частицы децидуальной оболочки. Величина пузырьков различна – от просяного зерна до вишни. Конгломераты пузырьков по внешнему виду напоминают грозди винограда. Нередко в центре пузырного заноса можно обнаружить остатки плодного яйца, иногда – частицы распадающихся тканей зародыша.

Пузырный занос относится к редким заболеваниям. Частота его, по данным различных авторов, колеблется от 0,05-0,06 до 0,25%. Пузырный занос у пожилых повторнородящих встречается чаще, чем у молодых.

**Этиология.** Пузырного заноса выяснено недостаточно. Предполагают, что это может быть связано с изменениями в яйцеклетке, возникшими до оплодотворения под влиянием на плодное яйцо различных патогенных агентов, в том числе зависящих от заболевания матери. Некоторые авторы считали причиной пузырного заноса инфекционные заболевания, токсикозы и различные осложнения беременности; другие отрицают этиологическую роль указанных заболеваний. Допускают, что в происхождении пузырного заноса известное значение имеют нарушения функций яичников и других желез внутренней секреции.

**По степени пролиферации и аплазии (понижение дифференцировки, склонность к опухолевому росту) различают три формы пузырного заноса:**

1. Доброкачественная – без пролиферации и аплазии;

2. Потенциально злокачественная – с гиперплазией и персистентной аплазией хорильного эпителия;

3. Злокачественная – с выраженной пролиферацией и анаплазией хориального эпителия.

**Гестационная трофобластическая болезнь или пузырный занос имеет три основные формы:**

- Полный пузырный занос;
- Частичный пузырный занос;
- Рецидивирующий занос.

Это редкий случай в первом триместре беременности как причина кровотечения и должен быть рассмотрен, в дифференциальном диагнозе пока не доказан другой. Полный пузырный занос состоит из плацентарной пролиферации в отсутствие плода. Ворсинки плаценты раздуты, и часть напоминают гроздья 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 пузырный занос.

***Клинически проявляется:***

– Вагинальное кровотечение в первом или раннем втором триместре беременности.

– Пузырьки, напоминающие гроздья винограда отходят в случаях, когда беременность переходит во II триместре.

– Уровень ХГ выше ожидаемого ответственно сроку гестации.

– Матка больше ожидаемого гестационного срока.

– Неукротимая рвота, гипертензия, вызванная беременностью на раннем гестационном сроке.

– Увеличений яичников, вызванных тека-лютеиновыми кистами, возникших в результате гиперстимуляции яичников высоким уровнем ХГ.

Диагностика основывается на выше указанных признаков. Для раннего диагноза необходим высокий показатель подозрения. УЗИ является основным стандартом диагностики, осматриваются множественные пузырные пространства

внутри матки и отсутствие плодного яйца. Часто определяются увеличенные кистозные яичники.

### **Лечение.**

Немедленная эвакуация из полости матки элементов пузырного 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 – метотрексатом. Тека-лютеиновые овариальные кисты не требуют лечения и рассосутся после эвакуации пузырной ткани.

Примерно у 20 % женщин с полным пузырным заносом имеются случаи рецидива в форме заноса, который прорастает в миометрий или становится агрессивно метастатическим.

### **Тактика ведения больных после опорожнения пузырного заноса:**

После удаления пузырного заноса во избежание развития метастазов, инвазивного пузырного заноса и хорионэпителиомы целесообразно в условиях стационара проведения профилактического курса химиотерапии.

### ***Показаниями для данной химиотерапии являются:***

1. Выраженная пролиферация и аплазия хориального эпителия.
2. Отсутствие прогрессивного снижения титра ХГ после удаления пузырного 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 прерывистым 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 необходимо 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 пузырного заноса, затем в течение года ежемесячно, в дальнейшем 1 раз в 3 месяца.

Симптомами возможного развития хорионэпителиомы после пузырного 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 пузырного заноса и прогрессирование лютеиновых кист.

**Необходимые обследования при подозрения на развивающейся хорионэпителиомы:**

- Количественное определение ХГ.
- Рентгенография грудной клетки для выявления метастазов.
- Диагностическое выскабливание полости матки гистологическим исследованием удаленной ткани.

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 проведения реакций на ХГ с кипяченой 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 они снимаются с диспансерного учета.

**Роль медицинской сестры с высшим образованием при неотложных состояниях в гинекологии.**

Медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

Медицинская сестра, выполняет задачу советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы

пациентки, планировать сестринскую деятельность, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода.

Медицинская сестра должна знать факторы риска, клинические проявления, осложнения, профилактику гинекологических заболеваний, уметь подготовить пациентку к диагностическим процедурам, обеспечить инфекционную безопасность пациентки и персонала.

При сборе анамнеза данного заболевания уточняют его начало, причину возникновения, его развитие.

Медсестра с момента поступления должна уметь определить Rh группу больной, заготовить при необходимости кровь и кровезаменители, подготовить набор для заготовления крови. Собрать все анализы крови (гемоглобин, гематокрит, ВСК, биохимические анализы крови).

Рационально построенные взаимоотношения- врача и медсестры предусматривают разумное распределение обязанностей при условии абсолютного взаимного доверия.

Медсестра совершенствует свои знания под контролем врача, участвуя в новых методах диагностики и лечения.

#### **Тема № 94** **Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. внематочной** **беременности. Роль ВМК**

Термином **«острый живот»** обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь.

**Острый живот** – это собирательное понятие как такового диагноза «острый живот» не существует.

Он объединяет много острых хирургических и гинекологических заболеваний, большей частью воспалительной этиологии с острым началом и быстрым течением.

Что же объединяет большее количество заболеваний в понятие «острый живот»? Это появление внезапных острых болей в животе. Не зря сказано что боль –

«королева» диагностики острого живота, а напряжение мышц передней брюшной стенки – «король».- Вот два ведущих признака, которые объединяют огромное количество острых заболеваний органов брюшной полости. Боль и дефанс мышц брюшной стенки при "остром животе" наблюдаются 95% случаев. Очень часто они сопровождаются тошнотой и рвотой, в третью очередь – напряжением передней брюшной стенки.

### **Что же характерно для «острого живота»?**

Это, прежде всего внезапное начало. Будет ли это воспалительное заболевание или травматическое, оно начинается остро, среди полного здоровья.

Второе – это быстрое течение внезапно начавшегося заболевания.

Третье обстоятельство – это необходимость (в большинстве случаев) срочного хирургического вмешательства.

Эти три главных факторов дают возможность врачу писать направляющий диагноз "острый живот". Необходимо еще раз подчеркнуть, что "острый живот" - не диагноз. Это собирательное понятие, объединяющее острые хирургические и гинекологические заболевания органов живота.

### **Диагностика.**

Для правильной диагностики необходимо собрать анамнез, выслушать жалобы больного, произвести объективное обследование.

Следует отметить, что собрать анамнез у больного - очень сложная задача из – за тяжести его состояния, вместе с тем, врач должен приложить максимум усилий для получения достоверных сведений, подтверждающих установленный диагноз. При сборе анамнестических сведений необходимо обращать внимание на такие моменты, как травма живота, нарушение менструального цикла у женщины, расстройств актов мочеиспускания и дефекации.

Важно выяснить, как начались острые боли, их характер - постоянные, периодические или схваткообразные, локализация их и иррадиация. Четкая характеристика болей может многое пояснить в диагностике острых хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Если больной по своему тяжелому состоянию не может ответить на вопросы, особенно не следует утруждать его. В этих случаях врачу надо постараться получить более полные сведения при объективном исследовании. Когда больной находится в состоянии глубокого угнетения, при пальпации живота он может дать

реакцию на усиление болей движением конечности или гримасой на лице, что позволит уточнить не только наличие болей, но и их локализацию.

При остром животе выражение лица может быть страдальческим, цвет кожных покровов бледным или синюшным, в зависимости оттого, что превалирует - внутреннее кровотечение или дыхательная недостаточность. Безразличное выражение лица, холодный пот на лбу, *бледность*, открытые глаза с взором вдаль очень часто бывает при болевом шоке, который может быть при травме с явлениями острого живота.

При осмотре живота нужно широко раскрыть и осмотреть переднюю брюшную стенку от мечевидного отростка до лобка. Надо выяснить, как участвует живот в акте дыхания. По движению передней брюшной стенки можно судить о глубине дыхания. Обычно при остром разлитом перитоните, запущенной форме кишечной непроходимости, живот в дыхании не участвует или участвует поверхностно.

Втянутая форма живота бывает в начале развития острого перитонита при перфорациях полых органов. Вздутие же характеризует застой в кишечнике, что может быть при запущенном перитоните. Вздутие с асимметрией живота или без нее бывает и при механической кишечной непроходимости. Следует обратить внимание на наличие видимой перистальтики худощавых больных с острым животом. Что является убедительным признаком механической непроходимости. Все это удастся установить только при хорошем осмотре живота, никаким образом нельзя ограничиться осмотрами отдельных участков.

Некоторые диагностические данные можно получить при перкуссии живота. Когда острый живот сопровождается скоплением газов имеется тимпанит. Если же имеется *большое* кровотечение в брюшную полость, обнаруживается тупость в местах скопления крови. Наличие газа свободного при остром животе перкуторно характеризуется исчезновением печеночной тупости. Очень ценные данные при остром животе мы получаем пальпацией.

Определяем характер и распространенность дефанса мышц брюшной стенки наличие опухолевидных и воспалительных образований.

При пальцевом обследовании через прямую кишку и влагалище у *больных* острым животом мы выявляем степень болезненности, состояние сводов, наличие воспалительного инфильтрата или скопления жидкости в малом тазу.

Определенное значение в диагностике имеет *рентгенологический метод*



исследования. Не менее важным могут *быть* и некоторые данные лабораторных исследований крови и мочи, прежде всего, надо знать количество лейкоцитов, эритроцитов в крови, моче и содержание гемоглобина.

Для выяснения основной причины острого живота в настоящее время с успехом применяют *лапароскопию*.

Для диагностики острого живота травматического происхождения помогает лапароцентез, небольшой разрез по линии живота с последующим введением через него в брюшную полость полиэтиленовой тонкой трубки. При этом появление крови из просвета трубки может указывать на угрожающее кровотечение.

У хирургов есть еще один метод уточнения диагноза острого живота, применяемый в последнюю очередь, как вынужденная мера диагностическая лапаротомия.

#### **Дифференциальный диагноз.**

Должны быть исключены заболевания, имитирующие острый живот: инфаркт миокарда, базальная плевропневмония, спонтанный пневмоторакс, почечная колика, капилляротоксикоз Шенлейна – Геноха, кишечные инфекции.

Практическому врачу необходимо вырабатывать и поддерживать в *себе* постоянную готовность к оказыванию неотложной медицинской помощи гинекологическим больным. В ургентной гинекологии внутренние кровотечения обусловлены нарушением внематочной беременности, а также апоплексией яичника, травматическим повреждением матки ятрогенного или криминального характера.

#### **Причины «острого живота» в гинекологии:**

В ургентной гинекологии «острый живот» обусловлен нарушением внематочной беременности, а также апоплексией яичника, травматическим повреждением матки ятрогенного или криминального характера, а также пельвиоперитонитом.

### **Тема № 95**

#### **Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. Кисты и кистомы. Роль ВМК**

Медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

Медицинская сестра, выполняет функцию советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все

этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы пациентки, планировать сестринскую деятельность, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода.

Медицинская сестра должна знать факторы риска, клинические проявления, осложнения, профилактику гинекологических заболеваний, уметь подготовить пациентку к диагностическим процедурам, обеспечить инфекционную безопасность пациентки и персонала.

Медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

При сборе анамнеза следует выяснить перенесенные гинекологические заболевания, поскольку настоящее заболевание патологического процесса.

При сборе анамнеза данного заболевания уточняют его начало, причину возникновения, его развитие.

Правильно собранный анамнез дает представление о заболевании и позволяет поставить предположительный диагноз, окончательный диагноз может быть установлен только после объективного исследования.

Большое значение имеет понимание психического состояния пациенток, особенно страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, гонореей, бесплодием. Медсестра должна вселять в больного веру в благоприятный исход. Так как лечение длительное, медсестра становится советчиком, другом и наставником, она информирует врача о настроении пациентки, о ее семейных проблемах.

В гинекологическом отделении медсестра расширяет элементы сестринского процесса. Она участвует ежедневно во врачебном обходе, получает дополнительную информацию о больной, а наблюдая своих пациенток во время дежурств, на утренней пятиминутке сообщает врачу вновь появившиеся сведения о больных.

Медсестра выполняет назначения врача, участвует в выполнении манипуляций (гистеросальпингография, пункция заднего свода). При тяжелом общем состоянии больной медсестра следит за созданием физического и психического покоя. Палату необходимо регулярно проветривать. Постель должна быть удобной. Следует часто менять бельё, следить, чтобы на нем не было складок, больную следует часто поворачивать.

Рационально построенные взаимоотношения врача и медсестры предусматривают разумное распределение обязанностей при условии абсолютного взаимного доверия.

Медсестра совершенствует свои знания под контролем врача, участвуя в новых методах диагностики и лечения.

Все лечебные процедуры должны проводиться безболезненно.

Медсестра должна внимательно следить за состоянием больных в стационаре, цветом кожных покровов, жалоб, температурой, пульсом, АД, симптомами раздражения брюшины, выделениями.

Сразу надо вызвать врача и начать оказывать доврачебную помощь:

- создать физический и психический покой;
- подготовить капельницу с кровезаменителями, физиологическим раствором, 5% раствором глюкозы;
- бережная транспортировка;
- борьба с шоком.

Правильно оказанная доврачебная помощь при состояниях, требующих неотложной помощи, способствует успеху лечения

Наибольшую группу эпителиальных доброкачественных опухолей яичников составляют кистомы.

Кистома – истинная опухоль яичника, отличительной чертой которой является быстрый рост.

Кистомы яичников делятся на две большие группы:

1. Серозные
2. Муцинозные

*Серозные кистомы* (цилиоэпителиальные кистомы).

Отличительной особенностью серозной кистомы является выстилающий эпителий. По строению эпителий серозных кистом напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника. Почти всегда удается обнаружить клетки мерцательного эпителия. Кистомы чаще бывают односторонними и однокамерными.

Величина их различна: от нескольких сантиметров до 30 см и более в диаметре.

Содержимое кистомы представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.

## *Простая серозная киста*

### *Клиника*

Сецернирующая серозная киста чаще обнаруживается в возрасте 45 лет.

Нередко отмечаются боли в нижних отделах живота и пояснице.

Гормональной активностью опухоль не обладает, менструальный цикл не нарушен.

При относительно больших размерах или межсвязочно расположенной опухоли возникают дизурические явления, иногда асцит.

Пролиферирующая серозная киста чаще всего обнаруживается в возрасте 48 лет.

Кисты часто бывают двусторонними и сопровождаются асцитом. Эти кисты, по классификации ВОЗ, относят к пограничным между доброкачественными и злокачественными опухолями яичника. При микроскопическом исследовании обращают внимание на выраженные признаки пролиферации эпителия, что проявляется его многофазностью. Эти кисты также относят к предраковым заболеваниям яичника. Злокачественные превращения пролиферирующих серозных кистом наблюдаются у каждой второй больной.

### *Муцинозные кисты*

Муцинозная киста – эпителиальная доброкачественная опухоль яичника, которая встречается чаще серозной кисты. Этот вид кисты отличается характером выстилающего эпителия, который напоминает эпителий шеечного канала, - (высокий) цилиндрический. Этот вид кисты встречается во все возрастные периоды жизни женщины, но преимущественно в 50 лет.

### *Псевдомуцинозная киста*

Многокамерное образование круглой или овальной формы, с узловатой поверхностью вследствие отпочковывания дочерних кистозных полостей, эластической консистенции, чаще одностороннее. Рост этой опухоли происходит по эвертирующему типу (центрифугально). Растут эти опухоли быстро и могут достигать больших размеров. Содержимое опухоли – густое слизеобразное, составной частью которого являются гликопротеиды.

### *Клиника и диагностика*

Больные с псевдомуцинозной кистой, когда она достигает значительных размеров, обычно ощущают тяжесть внизу живота;

При бимануальном исследовании в области придатков матки находят образование овальной формы, эластической консистенции, значительных размеров. Асцит возникает редко.

**Пролиферирующая псевдомуцинозная киста**

Может рассматриваться как предраковый процесс. Опухоль многокамерная, наружная поверхность ее гладкая, на внутренней имеются сосочковые разрастания. Клиническое течение заболевания при этом виде кистом мало чем отличается от проявлений обычных псевдомуцинозных кистом. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается у каждой третьей больной.

*Строение:*

Различают:

1. Анатомическую
2. Хирургическую ножки опухоли.

**Клиника**

Клиническая картина во многом обусловлена возникшим частичным или полным перекрутом ножки опухоли. При полном перекруте ножки кистомы (свыше 180°) резко нарушаются кровоснабжение и питание опухоли.

Клинически это проявляется картиной острого живота:

- ✓ резкие боли
- ✓ тошнота
- ✓ рвота
- ✓ повышение температуры
- ✓ учащение пульса
- ✓ напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

**Диагностика**

При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухоль, болезненная при смещении. При частичном перекруте ножки опухоли яичника клиническая картина менее выражена.

*Лечение:*

При частичном или полном перекруте ножки опухоли необходимо срочное хирургическое вмешательство.

Промедление с операцией может привести:

К некрозу опухоли, кровоизлияниям в капсулу опухоли, нагноению, перитониту, разрыву капсулы кистомы. При наличии опухоли яичников может возникнуть ряд осложнений:

- ✓ перекрут ножки опухоли
- ✓ разрыв капсулы
- ✓ нагноение
- ✓ прорыв содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

Наиболее часто происходит перекрут ножки кистомы вследствие резких движений, поднятия тяжестей и др.; нередко это осложнение наблюдается у девушек и девочек

## Тема № 96

### Тазовые боли. Острый живот в гинекологии. Острый воспалительный процесс малого таза.

Воспалительные заболевания половых органов (ВЗПО) у женщин занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии и составляют 60-65% обращаемости в женские консультации. Возможно, число заболевших больше, так как нередко при стертых формах больные к врачу не обращаются. Рост числа ВЗПО во всех странах мира является следствием изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижения иммунитета.

Классификация. По локализации патологического процесса различают воспалительные заболевания нижних (вульвит, бартолинит, кольпит, эндо- цервицит, цервицит) и верхних (эндомиометрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит) отделов половых органов, границей которых является внутренний маточный зев.

По клиническому течению воспалительные процессы разделяют на:

- острые с выраженной клинической симптоматикой;
- подострые со стертыми проявлениями;
- хронические (с неустановленной давностью заболевания или давностью более 2 мес) в стадии ремиссии или обострения.

Этиология. ВЗПО могут возникать под действием механических, термических, химических факторов, но наиболее значим инфекционный. В зависимости от вида возбудителя ВЗПО делятся на неспецифические специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия). Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки/ стафилококки, энтерококки, грибы *Candida*, хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, кишечная палочка, клебсиеллы, протей/вирусы, актиномицеты, трихомонады и др. Наряду с абсолютными патогенами (гонококки, хламидии, трихомонады, *Mycoplasma genitalium*) в возникновении ВЗПО важную роль играют и условно-патогенные микроорганизмы, обитающие на определенных

участках половых путей, а также ассоциации микроорганизмов. В настоящее время воспалительные заболевания в половых путях вызываются смешанной микрофлорой с преобладанием анаэробных неспорообразующих микроорганизмов. Патогенные возбудители ВЗПО передаются половым путем, реже бытовым (в основном у девочек при пользовании общими предметами гигиены). К заболеваниям, передаваемым половым путем, относят гонорею, хламидиоз, трихомониаз, герпетическую и пилломавирусную инфекцию, синдром приобретенного иммунодефицита СПИД, сифилис, аногенитальные бородавки, контагиозный моллюск. Микроорганизмы становятся возбудителями ВЗПО при определенных условиях, повышающих их вирулентность, с одной стороны, и снижающих иммунобиологические свойства макроорганизма — с другой.

Факторы, препятствующие попаданию и распространению инфекции в организме. В половых путях существует множество уровней биологической защиты от возникновения инфекционных заболеваний. К первому относится омытое состояние половой щели.

Активации условно-патогенных микроорганизмов и распространению инфекции препятствуют свойства влагалищной микрофлоры — создание кислой среды, продукция перекисей и других антимикробных веществ, угнетение адгезии для других микроорганизмов, активация фагоцитоза и стимуляция иммунных реакций.

В норме влагалищная микрофлора весьма разнообразна. Она представлена грамположительными и грамотрицательными аэробами, факультативно- и облигатноанаэробными микроорганизмами. Большая роль в микробиоценозе принадлежит лакто- и бифидобактериям (палочкам Дедерлейна), которые создают естественный барьер для патогенной инфекции (рис. 12.1). Они составляют 90—95% микрофлоры влагалища в репродуктивном периоде. Расщепляя гликоген, содержащийся в поверхностных клетках влагалищного эпителия, до молочной кислоты, лактобактерии создают кислую среду (рН 3,8—4,5), губительную для многих микроорганизмов. Количество лактобактерий и соответственно образование молочной кислоты уменьшаются при снижении уровня эстрогенов в организме (у девочек в нейтральном периоде, постменопаузе). Гибель лактобацилл наступает в результате использования антибиотиков, спринцевания влагалища растворами антисептических и антибактериальных препаратов. К влагалищным палочковидным бактериям относятся также актиномицеты, коринебактерии, бактероиды, фузобактерии.

Второе место по частоте обнаружения бактерий во влагалище принадлежит коккам—эпидермальному стафилококку, гемолитическим и негемолитическим стрептококкам, энтерококкам. В небольших количествах и реже встречаются энтеробактерии, кишечная палочка, клебсиелла, микоплазма, а также дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Анаэробная флора преобладает над аэробной и факультативно-анаэробной. Вагинальная флора представляет собой динамичную саморегулирующуюся экосистему. Общие инфекционные заболевания, сопровождающиеся снижением иммунитета, эндокринные нарушения, использование гормональных и внутри маточных контрацептивов, прием цитостатиков нарушают качественный и количественный состав микрофлоры влагалища, что облегчает инвазию патогенных микроорганизмов и может приводить к развитию

воспалительных процессов, вызванных условно-патогенными бактериями. Цервикальный канал служит барьером между нижними и верхними отделами половых путей, а границей является внутренний зев матки. В цервикальной слизи содержатся биологически активные вещества в высокой концентрации. Цервикальная слизь обеспечивает активацию неспецифических факторов защиты фагоцитоз, синтез опсонинов, лизоцима, трансферрина, губительных для многих бактерий и иммунных механизмов (система комплемента, иммуноглобулины, Тлимфоциты, интерфероны). Гормональные контрацептивы вызывают сгущение цервикальной слизи, которая становится труднопроходимой для инфекционных агентов. Распространению инфекции также препятствуют отторжение функционального слоя эндометрия во время менструации вместе с попавшими туда микроорганизмами. При проникновении инфекции в брюшную полость пластические свойства тазовой брюшины способствуют отграничению воспалительного процесса областью малого таза. Пути распространения инфекции. Распространение инфекции из нижних отделов половых путей в верхние может быть пассивным и активным. К пассивному относятся распространение через цервикальный канал в полость матки, в трубы и брюшную полость, а также гематогенный или лимфогенный путь. Микроорганизмы могут также активно транспортироваться на поверхности двигающихся сперматозоидов и трихомонад.

Распространению инфекции в половых путях способствуют:

- различные внутриматочные манипуляции, при которых происходит занос инфекции из внешней среды или из влагалища в полость матки, а затем инфекция попадает через маточные трубы в брюшную полость;
- менструация, во время которой микроорганизмы легко проникают из влагалища в матку, вызывая восходящий воспалительный процесс;
- роды;
- операции на органах брюшной полости и малого таза;
- очаги хронической инфекции, обменные и эндокринные нарушения, недостаточность или несбалансированность питания, переохлаждения, стрессы и др.

Патогенез. После проникновения инфекции в очаге поражения происходят деструктивные изменения с возникновением воспалительной реакции.



Высвобождаются биологически активные медиаторы воспаления, вызывающие расстройства микроциркуляции с экссудацией и одновременно стимуляцию пролиферативных процессов. Наряду с местными проявлениями воспалительной реакции, характеризующейся пятью кардинальными признаками (краснота, припухлость, повышение температуры, болезненность и нарушение функций) могут возникать общие реакции, выраженность которых зависит от интенсивности и распространенности процесса. Общие проявления воспаления включают лихорадку, реакции кроветворной ткани с развитием лейкоцитоза, повышенную СОЭ, ускоренный обмен веществ, явления интоксикации организма. Изменяется деятельность нервной, гормональной и сердечнососудистой систем, показатели иммунологической реактивности гемостазиограммы, в очаге воспаления нарушается микроциркуляция. Воспаление относится к числу наиболее распространенных патологических процессов. С помощью воспаления обеспечиваются локализация, а затем элиминация инфекционного агента вместе с поврежденной под его воздействием тканью.

#### **Тема № 97** **Тазовые боли. Апоплексия. Роль ВМК**

Апоплексий яичника встречается редко. Однако надо иметь в виду, что хирургическое лечение проводится не всем женщинам с подобным заболеванием. Возможность кровотечения из яичника заключена уже в физиологических изменениях, происходящих в нем на протяжении менструального цикла. Разрыв яичника может, происходит в разное время менструального цикла, в подавляющем большинстве случаев во вторую фазу.

Разрыв желтого тела может происходить при маточной и эктопической беременности.

Апоплексий яичника чаще поражает женщин репродуктивного возраста с двух фазным менструальным циклом.

В клинической картине анемической формы преобладают симптомы интраперитонеального кровотечения. Начало заболевания может быть связано с травмами, физическим напряжением, половым актом. Боли могут локализоваться над лобком, нередко боли иррадируются в задний проход, наружные половые органы, крестец. Анемическая форма разрыва яичника имеет большое сходство с клиникой нарушенной внематочной беременности, боль, слабость, головокружение, обморочное состояние, холодный пот, живот мягкий, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует, пальпация живота обнаруживает развитую болезненность во всей нижней половине его или в одной из подвздошных областей. Симптом

раздражения брюшины должен в разной степени. Перкуссия живота выявляет наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Болевая форма апоплексий яичника наблюдается в случаях кровоизлияния в ткань фолликула или желтого тела без кровотечения или с небольшим кровотечением в брюшную полость. Заболевания начинается остро, с приступами боли внизу живота, сопровождается тошнотой, рвотой. Признаки внутреннего кровотечения отсутствуют. Патологические выделения из влагалища отсутствуют. Картина напоминает клинику острого аппендицита. Дифференцировать эти заболевания можно по следующим признакам: при аппендиците отсутствует связь с фазами менструального цикла. Дифференциальная диагностика аппендицита и апоплексий яичника могут принципиально иметь значение для выработки тактики ведения больной. Аппендицит требует, безусловно, хирургического вмешательства. А при апоплексии - возможно консервативное лечение.

Лечение зависит от степени внутрибрюшного кровотечения. Анемическая форма заболевания требует хирургического вмешательства. *объем*, которого может быть различным. Наиболее типичной операцией является резекция яичника. В последние годы появилась возможность проведения операций с использованием лапароскопии, во время которой осуществляют эвакуацию излившейся в брюшную полость крови и коагуляции кровоточащего участка яичника.

Болевую форму апоплексии яичника без клинических признаков нарастающего внутреннего кровотечения можно *лечить* консервативно: покой, холод на низ живота, препараты гемостатического действия. Апоплексий яичника у женщин, страдающих заболеваниями крови с дефектами гемостаза, нужно стараться лечить консервативно. Терапия, направленная на коррекцию нарушений свертывания крови, обычно оказывается достаточно эффективной.

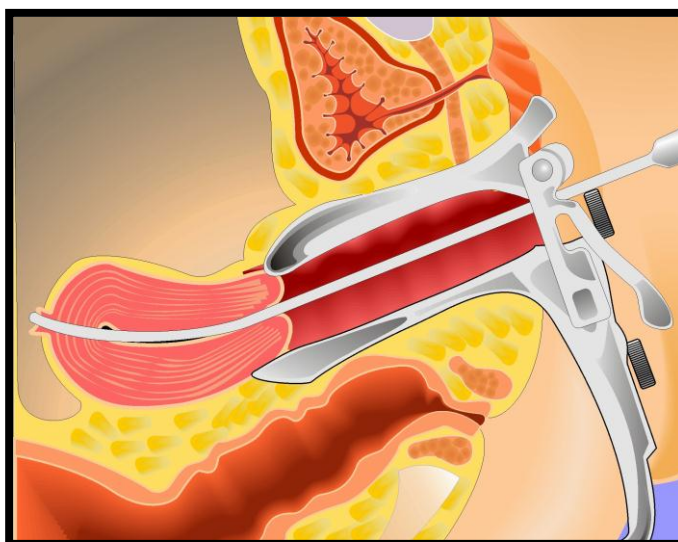
## Тема № 98

### Тазовые боли. Перфорация матки. Роль ВМК

**Перфорация матки.** Среди причин внутрибрюшного кровотечения определенное место занимает перфорация в матке при врачебных манипуляциях в ее полости. О перфорации следует думать в тех случаях, когда инструмент внезапно уходит на большую глубину, как бы проваливается. Во всех случаях перфорации показано чревосечение с тщательным осмотром всех отделов матки и ревизия прилегающих органов малого таза и кишечника.

В случае осложненной формы перфорации матки, оперирующий хирург может встретиться с не большими повреждениями мочевого пузыря, кишки, сальника с которыми он может справиться самостоятельно. Однако обнаружив обширные травмы смежных органов малого таза или брюшной полости гинеколог должен прибегнуть к помощи соответствующих специалистов. Для предупреждения травматизации матки необходимо не производить операцию искусственного аборта при сроках *более* 12 недель.

### Перфорация матки



Обязательно осуществлять бимануальное исследование непосредственно перед вмешательством для точной ориентировки в размере и положении матки.

- Ни в каком случае не прибегать осторожным зондированием, с помощью которого определяется длина полости матки в направлении шейного канала.

- бережно проводить расширение шейного канала и так далее.

Перфорацию матки можно произвести во время диагностического выскабливания по поводу злокачественной опухоли. При глубоком поражении мышечного слоя раковым процессом проведение совершается без особого усилия оперирующего. Перфорация матки может быть осложнено внутриматочной контрацепцией. Чаще всего она происходит во время введения ВМК, однако прободение стенки матки может происходить спонтанно. Прободение матки произведенное в момент введения ВМК не всегда легко распознать. Выраженные

клинические признаки внутреннего кровотечения обнаруживаются не часто. Симптомы ограниченного или разлитого перитонита появляются довольно поздно. Внутреннее гинекологическое исследование не дает четких свидетельств. Подтвердив проникновением/ ВМК в брюшную полость, необходимо приступить к хирургическому ее удалению. Длительное пребывание ВМК в брюшной полости приводит к пролежням, развитию воспалительного процесса, спаечные процессы, кишечной непроходимости. Некротические и воспалительные изменения стенки матки, являются прямым показанием к ее удалению.

### **Тема 99**

#### **Воспалительные заболевания женских половых органов. (Вульвит, вульвовагинит). Роль ВМК**

Воспалительные заболевания женских половых органов выявляются у 60-65% гинекологических больных, обращающихся в женские консультации.

Причины воспалительных процессов половых органов у женщин можно разделить на экзогенные и эндогенные.

К непосредственным экзогенным причинам воспаления относятся: инфекционные агенты (бактерии и их токсины, вирусы, паразитарные инвазии), механические (ушиб, ранение), термические и химические факторы. Важнейшее значение среди причин имеют инфекционные агенты.

Механические, термические и химические причины воспаления половых органов встречаются редко. Возникновение воспалительного процесса может быть связано как с неблагоприятными бытовыми условиями, так и с нарушениями правил гигиены труда на промышленных производствах.

Среди возбудителей инфекции у женщин важнейшее значение имеют стафилококк, гонококк, кишечная палочка, микобактерии туберкулеза, стрептококк, вирусы, а также микробные ассоциации. Изредка воспалительный процесс возникает в связи с внедрением эхинококка, лучистого гриба, гриба молочницы, палочки дифтерии, бледной спирохеты.

К эндогенным причинам, способствующим возникновению воспаления, относятся некроз ткани, тромбоз, обширное кровоизлияние. Подобные осложнения нередко возникают при росте опухолей (например, миома, кистома).

**Воспаление** – сложная рефлекторная реакция организма на действие вредных агентов. В начале развития воспаления наступают выраженные

нарушения метаболического равновесия в тканях - так называемая первичная воспалительная реакция. Наиболее ранними проявлениями ее служат нарушения поверхностных клеточных и плазматических мембран, изменение их проницаемости и транспорта электролитов, нарушение ионного баланса. Возникает также нарушения в митохондриях с их ферментативными системами, страдает тканевое дыхание, снижается окислительно-восстановительный потенциал. Несколько позднее возникает комплекс функциональных и структурных сосудисто-тканевых изменений. Эти изменения характеризуются тремя тесно связанными между собой и одновременно протекающими явлениями: тканевой дистрофией (альтерация), расстройством кровообращения и микроциркуляции в воспаленной ткани с экссудацией жидкости и миграцией нейтрофильных лейкоцитов.

### **ВОСПАЛЕНИЕ ВУЛЬВЫ**

Термином «вульва» (син.: *partes genitalis externae, pudendum feminum*) определяется наружные половые органы женщины, расположенные книзу от мочеполовой диафрагмы (*diaphragma urogenitale*), замыкающей переднем отделом выхода малого таза.

К вульве относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, его железы и луковица, а также девственная плева.

В вульве отмечается ряд возрастных изменений. Так, у плода женского пола большие половые губы не прикрывают клитора и половых губ; у новорожденных детей и половозрелых женщин они закрывают эти образования. В старческом возрасте отмечается атрофия вульвы. В функциональном отношении вульва является преимущественно органом полового чувства, а внутренние половые органы (за исключением влагалища) служат для размножения.

Воспалительные процессы вульвы называют вульвитами. **В возникновении вульвитов имеют большое значение следующие факторы:**

- а) функциональные особенности (постоянная влажность из-за смачивания выделениями):
- б) анатомические особенности (богатство сосудами и нервами, обилие складок, нежность покровов):
- в) наличие значительной микрофлоры.

**Различают:** вульвиты, дерматозы и язвы вульвы.

Причины возникновения вульвитов весьма разнообразны:

- 1) общие заболевания (например, сахарный диабет);
- 2) инфекционные агенты (гноеродные микробы, гонококки, грибы молочницы, палочка дифтерии, микобактерии туберкулеза);
- 3) механические, термические и химические факторы.

В большинстве случаев вульвит не является первичным заболеванием и возникает вторично вследствие раздражения наружных половых органов патологическими выделениями из влагалища и шейки матки при их воспалении, нарушении эпителиального покрова, непрерывном истечении мочи. Все это способствует размножению и проникновению гноеродных микробов (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, пневмококки) в глубжележащие ткани. Неспецифический вульгарный вульвит может возникать также вследствие мастурбации, гельминтозов (остриц, особенно у девочек), кишечных и мочеполовых свищей, распада злокачественной опухоли, цистита, спринцевания влагалища концентрированными растворами антисептических средств (лизоформ, сулема) или чрезмерно высокой температурой раствора, раздражения производственной пылью, применения антибиотиков.

Клинически различают острый и хронический вульвит. При остром вульвите жалобы больных в большинстве случаев весьма характерны: ощущение жжения в области наружных половых органов, болезненность, усиливающаяся при ходьбе, мочеиспускании, чрезмерная влажность. Зуд является первым и весьма характерным симптомом вульвита, возникающего при сахарном диабете. При последнем заболевании очень часто возникает грибковое (*monilia albicans*) поражение влагалища.

При хроническом вульвите отмечается лишь пятнистая недиффузная гиперемия, а красные пятна видны на внутренней поверхности половых губ, девственной плеве.

Внутренняя поверхность малых половых губ нередко представляется шероховато, как бы усеянной очень мелкими бородавочками (не смешивать с остроконечными кондиломами); эти узелки желтого цвета являются увеличенными сальными железами. Клитор отечен и гиперемирован. Малые губы иногда гипертрофированы.

Диагноз вульвита основывается прежде всего на данных анамнеза (профессия, условия быта, указание на мастурбацию, спринцевание влагалища, применение антибиотиков), анализе жалоб больной и общем ее обследовании (заболевание сахарным диабетом, гельминтозом).

При гинекологическом исследовании выявляют указанные выше характерные для острого и хронического вульвита изменения. При вульвите у больных сахарным диабетом обращает на себя внимание ярко-красная или малинового цвета окраска наружных половых органов. После осмотра производят бактериоскопическое и, при необходимости, бактериологическое исследование отделяемого.

Лечение направляется, прежде всего к устранению общих заболеваний (сахарный диабет, гельминтозы, дифтерия, гонорея), укрепление общего состояния (противоанемическое лечение, рациональное питание, включая введение витаминов), механических, термических, химических вредных агентов. Далее необходимо ликвидировать гинекологическое заболевание, сопутствующее вульвиту (фистулы, опухоли). В острой стадии заболевания назначают постельный режим, воздержаться от половой жизни. Наружные половые органы следует обмывать 2-8 раз в день теплым (37-38С) раствором перманганата калия (1 столовая ложка 2% раствором на 5 стаканов теплой кипяченой воды), настоем ромашки и раствором «цитеалом» 2-3% раствором борной кислоты. Показаны также теплые сидячие ванны с перманганатом калия (1 г на 10 л воды). При жалобах на зуд назначают бром, валериану, смазывание вульвы 2% гиноспориновой мазью или катеджель гелью.

### **ВУЛЬОВОАГИНИТ**

Вульвовагиниты наблюдаются преимущественно у девочек и в старческом возрасте; реже они возникают у взрослых женщин (преимущественно микотические). Это объясняется в известной мере особенностями влагалища (способность к самоочищению) гормональной функцией половых желез. Развитию вульвовагинитов у детей способствуют общие заболевания, острые инфекционные болезни (корь, скарлатина, дифтерия), эндокринные расстройства, экссудативный катаральный диатез, нарушения питания (гипо- и авитаминозы, переедание), хронические заболевания носоглотки, применение антибиотиков.

Вульвовагиниты у девочек можно разделить на 4 группы: бактериальные, микотические, трихомонадные и вирусные. Основную группу составляют бактериальные вульвовагиниты, вызванные стрептококком, стафилококком, кишечной палочкой (91,4%); значительно реже наблюдаются микотические (5,6%) и трихомонадные (3%) вульвовагиниты. Бактериальные вульвовагиниты не имеют специфического возбудителя, характеризуются длительным и упорным течением, тенденцией к повторным обострениям и рецидивам. Наиболее часто подобные заболевания возникают у девочек 3-8 лет, страдающих хроническим тонзиллитом, гайморитом, катаром верхних дыхательных путей, гриппом, острыми инфекционными заболеваниями. Для бактериального вульвовагинита характерно незаметное начало, слабовыраженные явления воспалительного процесса. При осмотре наружных половых органов отмечается умеренная гиперемия кожных покровов и слизистой оболочки вульвы, малых половых губ; выделения скудные, часто гнойного характера, диагноз устанавливается на основании комплексного клинико-лабораторного обследования организма, исследования порционно собранной мочи, при соблюдении тщательного туалета наружных покровов органов ребенка, а также отделяемого влагалища. Большая лейкоцитурия и повышение числа «активных» лейкоцитов в первой порции мочи указывают на наличие воспалительного процесса влагалища или вульвы.

Физиотерапия неспецифического бактериального вагинита заключается, в общем ультрафиолетовом облучении, облучениям вульвы и наружных половых органов девочки последовательно в один и тот же день. Во время облучения вульвы следует воздержаться от применения мазей на жировой основе, чтобы не затормозить желаемые фотохимические процессы. С целью профилактики рецидивов вульвовагинита целесообразно направление девочки после консультации с педиатром на климатический курорт (Анапа, Евпатория, Бердянск, Пярну).

Нередко вульвовагинит у девочек вызывается острицами. Проникая во влагалище, они вызывают явления кольпита и способствуют занесению патогенной флоры (кишечная палочка, энтерококк). Для выявления остриц производят соскоб отделяемого со складок кожи промежности. Лечение состоит из противоглистной терапии (пиперазин) и местного лечения вульвовагинита. В целях механического удаления остриц применяют очистительные клизмы из



воды или 2% раствора бикарбоната натрия (1-2 чайной ложки на стакан воды). После очищения кишечника проводят туалет наружных половых органов; область заднего прохода смазывают ртутной мазью. При сильном зуде назначают 3-5% мазь с анестезином. Вульвовагиниты, связанные с занесением инородного тела во влагалище, характеризуются выраженными воспалительными явлениями, обильным гнойным отделяемым, часто с примесью крови, ихорозным запахом; иногда образуются пролежни на стенке влагалища. Для уточнения диагноза производят вагиноскопию. Очень важна дифференциальная диагностика со злокачественной опухолью-саркомой. Инородное тело удаляют щипцами, пинцетом, ложечкой Фолькмана. После удаления его в течение нескольких дней производят спринцевания влагалища 3% раствором перекиси водорода, 2-4 % раствором фурацилина.

Микотические вульвовагиниты, вызванные в основном дрожжевыми грибами рода *Candida*, возникают в основном у девочек с пониженной сопротивляемостью организма при гипо- и авитаминозе (недостаток витаминов группы В), лечении антибиотиками. Симптомы заболевания: зуд (особенно в ночное время) в области наружных половых органов, с густой консистенции «творожистые» выделения. Диагноз устанавливается на основании обнаружения в отделяемой влагалища дрожжевых клеток, спор и мицелле гриба. Одновременно необходимо исследовать мочу и кровь на сахар, так как заболевание диабетом способствует возникновению микотического вульвовагинита. Из диеты исключают продукты, богатые углеводами (хлеб, сахар, картофель). Увеличивают потребление белковых продуктов (мясо, молоко, яйца). Излечение устанавливается при отсутствии в мазках и посевах из влагалища дрожжеподобных клеток.

Вирусный вульвовагинит встречается редко; он может наблюдаться во время заболевания ветряной оспе, корью, краснухой, после оспопрививания. Заболевание проходит после ликвидации инфекции.

## **Тема № 100**

### **Воспалительные заболевания женских половых органов.**

#### **(Кольпит,эндоцервицит). Роль ВМК.**

Развитию вагинита (кольпит) у женщин способствуют общие заболевания, ослабляющие организм, упадок питания, резкая гипоплазия половых органов, кастрация, преждевременный климакс, старость, нарушение правил гигиены в быту или на производстве (в химической и табачной промышленности), длительный приём антибиотиков.

Непосредственные причины кольпита также весьма разнообразны: трихоманадная инвазия, септическая инфекция ран, пролежней, гонококки (у взрослых в виде исключения).

Симптомы заболевания – гнойные, слизисто-гнойные бели, чувство тяжести внизу живота, при развитии вторичного вульвита-зуд наружных половых органов.

При осмотре влагалища обнаруживают диффузное покраснение слизистой оболочки и скопление гноя между ее складками. Иногда на поверхности гиперемизированной слизистой оболочки видны небольшие узелки.

При микроскопическом исследовании этих участков обнаруживают, что они лишены эпителиального покрова, эрозированы и представляют собой небольшие инфильтраты; лейкоциты инфильтрируют и эпителиальный слой стенки влагалища. Изредка на ней обнаруживают одиночные или расположенные группами небольшие пузырьки, содержащие газ (*colpitis emphysematosa*). Одни авторы считают эту форму вагинита поверхностной анаэробной инфекцией, другие оспаривают это положение.

Особая клиническая форма кольпита- грибковый кольпит, являющийся одной из форм кандидамикоза.

Это заболевание возникает изредка у взрослых как проявление суперинфекции при длительном нерациональном лечении антибиотиками, как осложнение тяжелых заболеваний (туберкулез, тиф, кахексия при злокачественных опухолях).

Клинически молочница проявляется зудом и жжением во влагалище, появлением из него белых выделений. Вначале появляется гиперемия, затем отек слизистой оболочки; при осмотре обнаруживаются белые точечные высыпания величиной с булавочную головку или просьяное зерно, затем появляются в сплошной белый налет. При попытке удаления бляшек возникает кровотечение.

Нередко встречается старческий кольпит (*colpitis senilis*). Клинические симптомы его весьма характерны: они возникают на фоне изменений влагалища, свойственных этому возрасту; стенки влагалищ и своды его сморщиваются и атрофируются; влагалище становится неподатливым и легко травмируется. В результате этих изменений возникают участки кровоизлияний, лишенные эпителиального покрова. При инфицировании влагалища гноеродными микробами появляются обильные гнойные бели, иногда с примесью крови (подозрение на рак!). Раневая поверхность влагалища покрыта серо-грязным налетом. Серьезное осложнение старческого вагинита – заращение влагалища и шейки матки с последующим образованием пиометры (скопления гноя в матке).

Диагноз кольпита не представляет трудностей. Однако этиология воспаления может быть правильно распознано лишь при оценке общего состояния больной, ее профессии, бытовых условий и обязательно при бактериоскопическом, а иногда бактериологическом исследовании выделений.

Необходимо привести общее лечение и исключить факторы, обуславливающие развитие кольпита (устранение фистулы, отмена антибиотиков, лечение дифтерии, молочницы и т.п.). местное лечение заключается в гигиенических подмываниях наружных половых органов и спринцеваниях с перманганатом калия, молочной кислотой, настоем ромашки. Санация влагалища свечами: Микотран, Клион – Д; бетадин; Эконазол.

Профилактика кольпита состоит в тщательном соблюдении правил гигиены на производстве и в быту.

### **ЭНДОЦЕРВЕЦИТ (ЦЕРВЕЦИТ).**

Воспаление слизистой оболочки канала шейки матки (*endocervicitis*) может быть вызвано различными бактериями: стафилококками, стрептококками, гонококками, кишечной палочкой. Способствуют развитию воспаления общие ослабляющие заболевания, а также не восстановленные разрывы шейки во время родов, разрывы промежности, опущение половых органов, химические и термические чрезмерные раздражения (спринцевания, некоторые противозачаточные средства).

В острой стадии эндоцервицита отмечаются гиперемия и отек в окружности *ostii uteri*, гнойные или слизисто-гнойные выделения из канала

шейки матки. При переходе в подострую или хроническую стадию уменьшаются гиперемия и отек, остается только красноватый венчик вокруг ostii uteri; выделения становятся слизисто-гнойными, а затем слизистыми. Общих органных нарушений, в любых стадиях, как правило, не возникает. Очень часто эндоцервицит сочетается с эрозией, наботиевыми яичками (ovula Nabothi) шейки матки.

При распознавании эндоцервицита важны общее состояние больной, данные анамнеза, при необходимости, бактериологического исследования выделений из канала шейки матки

## **Тема № 101**

### **Воспалительные заболевания женских половых органов. (эндометрит, сальпингоофарит). Роль ВМК**

Причины воспалительных процессов половых органов (в том числе и эндометрита) указаны выше.

При остром эндометрите слизистая оболочка матки покрыта серым грязным налетом, в полости матки гной, иногда с неприятным запахом (инфекция кишечной палочкой). Эпителиальный покров слизистой оболочки в ряде мест десквамирован; глубже образуется обширный лейкоцитарный инфильтрат – пограничный вал. Инфекция может проникать в мышечный слой матки (инфильтраты в лимфатических щелях – метроэндометрит). При неблагоприятных условиях (ослабление организма, высокая вирулентность и инвазивность микробов), распространяется по кровеносной и лимфатической системам (септицемия, перитонит, параметрит).

Острый и подострый эндометрит может закончиться выздоровлением, если микробная флора не проникает глубже функционального слоя. При переходе инфекции на базальный слой регенерация слизистой задерживается, и эндометрит переходит в хроническую стадию.

Для гистологической картины хронического эндометрита характерны очаговые скопления круглоклеточных элементов вокруг сосудов с наличием плазматических клеток, очаговый фиброз стромы, в некоторых случаях фибропластическое превращение стромы.

**Симптоматология.** Симптомы острого эндометрита: повышение температуры, боли внизу живота, гнойные выделения из матки, иногда метрорагия (вследствие некроза участков слизистой оболочки матки). Клинические симптомы хронического эндометрита: бели и боли (иногда значительные), нередко длительные кровотечения (нарушения проницаемости сосудистых стенок и функций яичников), часто скудные предменструальные и постменструальные, иногда межменструальные кровянистые выделения. Многие больные отмечают тяжесть внизу живота, запоры, раздражительность, нарушение сна. В большинстве случаев наблюдается гипофункция яичников, в частности укорочение лютеиновой фазы, реже – ановуляторные циклы.

При влагалищном исследовании – матка болезненна, несколько увеличена, мягкой консистенции, из канала шейки имеются обильные гнойные выделения.

**Диагностика.** Распознавание эндометрита, метроэндометрита в острой стадии не представляет особых затруднений. Диагноз основывается на данных анамнеза (внутриматочное вмешательство, наличие некроза узла подслизистой миомы или рака), общего и гинекологического исследования (повышение температуры, болезненность матки, гнойные выделения из нее), подтвержденного лабораторным данным (бактериоскопия, посевы).

Диагностика хронического метроэндометрита труднее. Этот диагноз может быть поставлен лишь при увеличении матки, плотности ее, сращениях с соседними органами и белей.

К этому необходимо добавить данные анамнеза, указывающие на перенесенный в прошлом острый эндометрит или метроэндометрит, гистологического исследования соскоба оболочки, нарушения менструального цикла.

## **САЛЬПИНГООФОРИТ**

Сальпингоофорит (salpingoopharit) может возникнуть различными путями: восходящим (каналикулярно) из матки, нисходящим (из брюшины), по протяжению или лимфогенно (инфекция кишечной палочкой) из червеобразного отростка, прямой или сигмовидной кишки.

Восходящий путь распространения инфекции наблюдается весьма часто, так как содержимое матки легко попадает в маточные трубы; трубы не

отделяются от полости матки слизистой пробкой, а наличие сфинктера трубы окончательно не установлено. Эпителиальный покров маточной трубы обычно не нарушается; в складках трубы происходит лейкоцитарная инфильтрация; в просвете трубы в значительном количестве скапливается гной. Инфекция нередко захватывает и мышечный слой трубы (mesosalpingitis), обуславливая в дальнейшем воспаление брюшины.

В настоящее время (в частности, в связи с широким применением антибиотиков) нередко наблюдаются abortивные, легкие и стертые формы заболевания. Стертые формы выражаются в несоответствии между спокойной клинической картиной болезни и патологическими изменениями (вплоть до нагноения) в очаге поражения. Наличие этих форм заболевания требует очень внимательного обследования больной и взвешивания оценки изменений в половой системе. Необходимо помнить о возможности «парадоксального» вялого течения нагноительного процесса с учащением пульса, нормальной температурой, увеличением СОЭ и уменьшением эозинофилов. Причины их разнообразны, обычно неспецифического характера: переохлаждения, переутомление, грипп, выскабливание слизистой матки. Можно дифференцировать два варианта клинического течения этих обострений. При первом варианте, определяются повышенная секреция из половых путей, экссудативный процесс в области придатках матки, значительная болезненность при гинекологическом исследовании, субфебрилитет, умеренный лейкоцитоз и сдвиг формулы белой крови влево, гипоальбуминемия, С – реактивный белок (+ и ++), повышение экскреции 17-кетостероидов желтого тела. Все это позволяет считать, что причиной обострения является инфекционно-токсический фактор (усиление патогенных свойств возбудителя) или вторичное инфицирование. При втором варианте клинического течения обострения преобладают симптомы нарушения, повышенная раздражительность. При глубокой пальпации отмечается боли по ходу аорты, нижней полой вены, при надавливании на область грушевидной и внутренней запирательной мышцы, область крестцового сплетения. Придатки матки лишь немного увеличены, уплотнены, малоблезненный при пальпации. При исследовании крови часто обнаруживается лейкопения или нормальное количество лейкоцитов, лимфоцитов, лимфоцитоз; значительно снижена экскреция 17-кетостероидов и дегидроэпиандростерона, часто обнаруживается недостаточность эстрогенной и прогестероновой фаз цикла. Следовательно, в

возникновении обострения преобладающее значение имеет нарушение функций нервной, сосудистой и эндокринной систем, а не активация микробного фактора. Диагноз сальпингоофорита основывается на данных анамнеза (нередко предшествующее воспаление нижнего отдела половой системы, оперативное вмешательство – зондирование, выскабливание матки), гинекологического исследования.

При дифференциальной диагностике с опухолью яичника, внематочной беременностью необходимо учитывать те же признаки, что и при восходящей гонорее.

### **Лечение.**

В острой стадии заболевания – ступенчатую антибактериальную терапию широкого спектра; Мегасеф 750 или цефтраксон по 1,0 2-3 раза в сутки, с переходом в таблетированном виде на Сиспресс 750 по 1 таб. 2 раза в сутки. Показано также УФО – облучение. В хронической стадии применяются динамические синусоидальные модулированные точки, ультразвук, индуктотермия. При обострении хронического воспаления придатков матки с клинической картиной по первому варианту целесообразно применение антибактериальных, дезинтоксикационных и анальгезирующих препаратов, при втором варианте - диадинамических токов. Операция показана при значительном поражении половых органов, частых рецидивах, опасности прорыва гнойника и разлитого перитонита.

При обнаружении мешотчатых образований придатков матки у больных в возрасте 40 лет и старше следует помнить о возможности рака яичников или труб. У подобных больных обосновано хирургическое вмешательство.

## **Тема № 102**

### **Воспалительные заболевания женских половых органов. (параметрит).**

#### **Роль ВМК.**

Под брюшиной малого таза и над фасцией таза располагается, тазовая клетчатка прилегает к внутренним половым органам в разных их отделах. В рыхлой тазовой клетчатке выделяются участки уплотнения, которые составляют основу так называемого *retinaculum uteri*. В состав их входят крестцово-маточные мышцы, кардинальные, пузырно-лобковые и пузырно-маточные связки.

Эти связки образуют перегородки между разными отделами клетчатки малого таза.

В клетчатке малого таза проходят мочеточники, кровеносные и лимфатические сосуды; заложены лимфатические узлы, нервные стволы и сплетения.

Термином «параметрит» определяют воспаление около маточной клетчатки, термином «пельвеоцеллюлит» – воспаление всей клетчатки малого таза.

Среди бактерий обуславливающих развитие параметрита, чаще всего находят аэробные стрептококки и стафилококк, реже – анаэробы и кишечную палочку.

Параметрит представляет собой диффузное воспаление около маточной клетчатки в сочетании с лимфангитом и периваскулярным отеком. Лимфатические сосуды расширены, заполнены тромбами и гнойными массами. Характер экссудата в клетчатке может варьировать, от серозного до серозно-гнойного и гнойного.

Соответственно разделению клетчатки малого таза на два боковых, передний и задний отделы различают и параметриты: боковой, передний и задний. Наиболее часто (в 90 % случаев наблюдается) боковой параметрит.

В связи с многообразием причин возникновения параметрита начальные его симптомы нередко маскируются основным заболеванием. Первоначальные симптомы параметрита: повышение температуры до 38-39°C, иногда с однократным ознобом, небольшие боли внизу живота, учащение пульса в соответствии с температурой. Общее состояние резко не нарушается. Язык влажный, слегка обложен; иногда бывают запоры. С стороны крови, обнаруживают ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формулы белой крови влево. Боли бывают резкими, когда воспалительный процесс переходит в брюшину.

При объективном исследовании в начальной стадии воспалительного процесса пальпация брюшной стенки почти безболезненна, перкуторный тон не приглушается. При влагалищных исследованиях сбоку, реже спереди и сзади от матки определяют резистентность или инфильтрат. Вначале он расположен лишь в верхней или нижней части клетчатки широкой связки. В дальнейшем инфильтрат распространяется в стороны вплоть до стенок таза, вверх и вниз до паховой области, сглаживая и даже выпячивая влагалищные своды. Пальпация инфильтрата малоболезненная; консистенция его вначале мягкая, затем плотная.



При заднем параметрите инфильтрат хорошо определяется через прямую кишку, тесно охватывая ее спереди и с боков. **Клиническое течение.** Длительность острой стадии воспалительного процесса колеблется от 7 до 14 дней, редко дольше.

**Алгоритм лечения при специфических и неспецифических воспалительных заболеваний женских половых органов.**

- Все воспалительные заболевание и особенно инфекции передаваемые половым путем лечиться совместно с партнером.

**При Вульвовагините, кольпите и эндоцервиците:**

**Местное лечение** – антисептик катеджелъ гель 1 раз в день, метрагил плюс гель наружно в день 2 раза; интравагинально свечи – Флагил №6 1 раз в день или Микотран 1200 мг №1- 1 раз однократно на курс лечения;

После цитологии мазка и посева мазка при выявлении инфекции проводится общее лечение:

При выявлении кандидоза – текназол 100 мг № 15 по 2 таб. 1 раз в день – 3 дня;

**При выявлении TORCH инфекции** – макролиды: Зитмак 500 1 таб. 1 раз в день – 6 дней или ровамицин 300000 1 таб. 2 раза в день 10 дней.

**Противовирусные препараты** – Улкарил 800 по 1 таб. 2 раза в день или гевиран 400 по 1 таб. 3 раза в день – 10 дней.

**Иммуномодуляторы** – Генферон 1000000 в неделю 2 раза № 6 per rectum;

При трихомонадном кольпите – трихопол по 1 таб. 3 раза в день и для местной санации осарбоновые свечи №6.

**При эндометрите** проводится лечение в зависимости от стадии и от возбудителя вызванной инфекции;

- Ступенчатая антибактериальная терапия: мегасеф 750мг – 3 раза в день внутримышечно 2 дня, с переходом в таблетированный вид мегасефа 750 мг или сиспрес 750 мг по 1 таб. – 2 раза в день 7 дней.

### **Тема № 103**

#### **Воспалительные заболевания женских половых органов специфической этиологии.**

Для уточнения диагноза воспалительного заболевания ЖПО медсестра

должна уметь собрать анамнез, выслушать жалобы больной, провести бимануальный осмотр и взять анализы крови, мочи и мазка для определения чистоты влагалища.

Субъективные данные больных могут быть получены только из беседы. Они включают мысли, уверенность, чувства, восприятие, понимание пациента как самого себя, как и своего здоровья.

Объективные данные могут быть выявлены кем-то другим, но не пациентом. Обычно их получают при наблюдении и осмотре пациента. На первом этапе медсестра с высшей квалификацией собирает, утверждает, записывает, упорядочивает данные по категориям.

Пациент является первичным источником данных, все другие – вторичным.

Второй этап – диагностика используется для диагностической аргументации при итоговом анализе и составлении заключений о статусе здоровья пациента. Медицинские сестры проверяют эти заключения с пациентом, выбирают стандартизированные метки и заносят их в план ухода.

Качество собранных во время оценки данных влияет на точность диагноза уходу. Диагностика также влияет на стадии планирования, выявленные при диагнозе, должны находиться в фокусе планируемого ухода за пациентом. Будучи точно и аккуратно определенными, они помогают медсестре в выработке соответствующих задач и указаний по уходу.

Сестринские диагнозы способствуют индивидуальному уходу за конкретным пациентом. Даже если пациенты с одинаковым медицинским состоянием нуждаются в схожем уходе медицинской сестры, приоритеты этого ухода могут быть различными для каждого пациента. Сестринский диагноз используется для того, чтобы сконцентрировать внимание на индивидуальных нуждах пациента. После окончательного диагноза воспалительных заболеваний медсестра должна уметь провести санацию влагалища антисептическими растворами по назначению врача – гинеколога, честно выполнять все назначения врача. Уметь брать бактериологические анализы. Уметь проводить санитарно-просветительную работу среди пациенток.

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 pH и предотвращению избыточного роста вагинальных патогенов. У беременной женщины pH выше, поэтому выше риск грибковой инфекции. Также pH 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, pH 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 патогномоничного 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
Анамnestические данные	Применение antimicrobных препаратов, нарушение углеводного обмена, гинекологические заболевания	Дисфункция яичников, эндокринопатии, гинекологические заболевания, внутриматочные средства более 1 года	Наличие более 1 или смена полового партнера, воспалительные урогенитальные 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	Густые,	Обильные,	Обильные,	Серые,

вагинальных выделений	белого цвета, часто "творожистого" характера	бело-серого цвета, адгезированы на слизистой вульвы и влагалища, гомогенные, с неприятным запахом	желтоватые, зеленые, часто пенящиеся, с неприятным запахом	желтые, белые, иногда с неприятным запахом
Аминотест (с 10% КОН)	Отрицательный	Положительный	Положительный	Отрицательный
pH	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	Гиперемия (отечность) наружного отверстия уретры, вульвы, вагины
Результаты микробиологического обследования	Микроскопические или/и культуральные методы обнаружения дрожжеподобных грибов	Микроскопический метод Отсутствие ( <i>Lactobacillus</i> и лейкоцитарной реакции (как правило), обнаружение "ключевых клеток"	Микроскопически (нативный препарат или окраска метиленовым синим и по Граму) или/и культуральный методы (обнаружение <i>T. vaginalis</i> )	Микроскопический и культуральный (количественная оценка) методы. Обнаружение условно-патогенных возбудителей в титре выше $10^3$ КОЕ/мл

## Тема № 104

### Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика. TORCH – инфекции

Известно, что половым путем могут передаваться более 30 различных бактерий, вирусов и паразитов. Наибольшие показатели заболеваемости ИППП ассоциируются

с восемью из этих патогенов. Четыре из этих восьми инфекций – сифилис, гонорея, хламидиоз и трихомониаз – в настоящее время излечимы. Другие четыре инфекции являются вирусными и не лечатся — это гепатит В, вирус простого герпеса (ВПГ, или герпес), ВИЧ и вирус папилломы человека (ВПЧ). Тяжесть симптомов или заболевания, вызванных не поддающимися лечению вирусными инфекциями можно смягчить или изменить с помощью терапии.

ИППП передаются преимущественно при половом контакте, включая вагинальный, анальный и оральный секс. Кроме того, ряд ИППП передается неполовым путем, например, через кровь или препараты крови. Многие ИППП, включая хламидиоз, гонорею и, главным образом, гепатит В, ВИЧ и сифилис, могут также передаваться от матери ребенку во время беременности и родов.

ИППП может протекать без явных симптомов болезни. К числу распространенных симптомов ИППП относятся вагинальные выделения, выделения из мочеиспускательного канала или чувство жжения при мочеиспускании у мужчин, генитальные язвы и боли в области живота.

### **Масштабы проблемы**

ИППП оказывают глубокое негативное воздействие на сексуальное и репродуктивное здоровье во всем мире.

Ежедневно происходит более одного миллиона случаев заражения ИППП. По оценкам ВОЗ, в 2016 г. имело место 376 миллионов случаев заражения одной из четырех ИППП — хламидиозом (127 миллионов), гонореей (87 миллионов), сифилисом (6,3 миллиона) или трихомониазом (156 миллионов). Более 500 миллионов человек живут с генитальной инфекцией ВПГ (генитальным герпесом), и порядка 300 миллионов женщин инфицированы ВПЧ – основной причиной рака шейки матки. По оценкам, порядка 240 миллионов человек во всем мире живут с хроническим гепатитом В. Заражение инфекциями, вызванными ВПЧ и вирусом гепатита В, можно предотвратить благодаря вакцинации.

ИППП могут иметь серьезные последствия помимо непосредственного воздействия самой инфекции.

- Такие ИППП, как герпес и сифилис, могут в три или более раз повышать риск заражения ВИЧ.
- Передача ИППП от матери ребенку может приводить к мертворождению, смерти новорожденного, маловесности при рождении и недоношенности, сепсису, пневмонии, неонатальному конъюнктивиту и врожденным

аномалиям. По оценкам, в 2016 г. порядка 1 миллиона беременных женщин были инфицированы сифилисом, что привело примерно к 350 000 случаев неблагоприятных исходов родов, из них 200 000 мертворождений и случаев смерти новорожденного (5).

- Инфекция ВПЧ ежегодно приводит к 570 000 случаев заболевания раком шейки матки и более чем к 300 000 случаев смерти от рака шейки матки (6).
- Такие ИППП, как гонорея и хламидиоз, являются основными причинами воспалительных заболеваний органов малого таза и бесплодия у женщин.

## **Профилактика ИППП**

### **Консультирование и подходы, основанные на изменении поведения**

Консультирование и меры, направленные на изменение поведения, являются средствами первичной профилактики ИППП (включая ВИЧ), а также предотвращения нежелательной беременности. Они, в частности, охватывают:

- Всестороннее просвещение по вопросам сексуальности, консультирование в отношении ИППП и ВИЧ до и после тестирования;
- Консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганда использования презервативов;
- Меры, ориентированные на основные и уязвимые группы населения, такие как подростки, работники секс-индустрии, мужчины, имеющие секс с мужчинами, и лица, употребляющие инъекционные наркотики;
- Просвещение и консультирование с учетом потребностей подростков.

Кроме того, консультирование может повысить способность людей распознавать симптомы ИППП и вероятность того, что они обратятся за медицинской помощью или порекомендуют сделать это своим сексуальным партнерам. К сожалению, общественная неосведомленность, отсутствие соответствующей подготовки у работников здравоохранения и стойкая и широко распространенная стигматизация всего, что связано с ИППП, по-прежнему препятствуют более широкому и эффективному применению этих мер вмешательства.

### **Барьерные методы**

При условии их правильного и систематического использования презервативы являются одним из самых эффективных методов защиты от ИППП, включая ВИЧ. Женские презервативы эффективны и безопасны, но не используются в национальных программах так же широко, как мужские.

### **Диагностика ИППП**



В странах с высоким уровнем дохода широко используются точные диагностические тесты на ИППП. Они представляют особый интерес для диагностики бессимптомных инфекций. Однако обеспеченность стран с низким и средним уровнем дохода диагностическими тестами остается на очень низком уровне. В тех странах, где тесты есть, они зачастую стоят слишком дорого и недоступны на местах; при этом нередко пациентам приходится слишком долго ждать результатов (или возвращаться за ними в диагностическое учреждение). В итоге оказывается затрудненным последующий контроль, а медицинская помощь или лечение не предоставляются в полном объеме.

В настоящее время единственными недорогими экспресс-тестами на ИППП являются тесты на сифилис и ВИЧ. Экспресс-тест на сифилис уже используется в некоторых странах с ограниченными ресурсами. Сегодня также доступен быстрый параллельный тест на ВИЧ/сифилис, при котором берется только один образец крови из пальца и применяется простой тест-картридж. Этот тест отличается надежностью, дает результаты через 15-20 минут и может быть использован при минимальной подготовке. Благодаря появлению экспресс-тестов на сифилис повысились показатели диагностики беременных женщин. Тем не менее, в большинстве стран с низким и средним уровнем дохода все еще необходимы дополнительные усилия для обеспечения того, чтобы диагностику на сифилис проходили все беременные женщины.

Разрабатывается ряд экспресс-тестов на другие ИППП, что позволит улучшить диагностику и лечение ИППП, особенно в странах с ограниченными ресурсами.

### **Лечение ИППП**

В настоящее время имеются эффективные средства для лечения некоторых ИППП.

- Три бактериальные ИППП (хламидиоз, гонорея и сифилис) и одна паразитическая ИППП (трихомониаз), как правило, излечимы с помощью имеющихся эффективных схем однократного приема антибиотиков.
- В отношении герпеса и ВИЧ самыми эффективными из имеющихся медикаментов являются антиретровирусные препараты, которые могут смягчать течение болезни, не обеспечивая при этом полного излечения.
- В отношении гепатита В есть иммуномодуляторы (интерферон) и антиретровирусные препараты, которые помогают бороться с вирусом и замедляют разрушение печени.

В последние годы устойчивость ИППП, в частности гонореи, к антибиотикам быстро растет, что сужает спектр вариантов лечения. Программа по эпиднадзору за устойчивостью гонококка к противомикробным препаратам (Gonococcal AMR Surveillance Programme, GASP) выявила высокие показатели устойчивости к хинолонам, все большую устойчивость к азитромицину и возникновение устойчивости к цефалоспорином расширенного спектра, – препаратам последней линии. Возникновение сниженной чувствительности возбудителя гонореи к цефалоспорином расширенного спектра наряду с уже имеющей место устойчивостью к пенициллинам, сульфамидам, тетрациклинам, хинолонам и макролидам ставит гонококк в ряд микроорганизмов, обладающих множественной лекарственной устойчивостью. Устойчивость других ИППП к противомикробным препаратам также имеет место, хотя пока остается менее распространенным явлением, что делает критически важными профилактику ИППП и их скорейшее лечение (7).

### **Ведение пациентов с ИППП**

В странах с низким и средним уровнем дохода в основе лечения лежит выявление стойких, легко распознаваемых признаков и симптомов без проведения лабораторных тестов. Такой подход называется посиндромным. Посиндромная терапия, зачастую опирающаяся на клинические алгоритмы, позволяет работникам здравоохранения диагностировать конкретную инфекцию на основе наблюдаемых синдромов (таких как вагинальные выделения, выделения из уретры, генитальные язвы, боли в области живота).

Синдромная терапия является простой методикой, обеспечивающей быстрое предоставление лечения в день обращения за медицинской помощью, и исключает необходимость выполнения дорогостоящей или труднодоступной диагностики пациентов с симптомным течением заболевания. Впрочем, при таком подходе возможны случаи назначения ненужного лечения, а также упущения инфекций, поскольку большая часть ИППП протекает без симптомов. Таким образом, крайне важно, чтобы посиндромная терапия сопровождалась скринингом.

Для предупреждения распространения инфекции и профилактики рецидивов важной составляющей лечебной работы с пациентами с ИППП является лечение их сексуальных партнеров.

### **Вакцины и другие биомедицинские вмешательства**

Против двух ИППП – гепатита В и вируса папилломы человека (ВПЧ) – существуют безопасные и высокоэффективные вакцины. Их появление стало большим достижением в области профилактики ИППП. В 95% стран вакцина против гепатита В включена в календарь прививок для детей, благодаря чему ежегодно удается предотвратить миллионы случаев смерти от хронической болезни печени и рака печени.

По состоянию на октябрь 2018 г. вакцинация против ВПЧ включена в календарь прививок в 85 странах, большинство из которых относятся к категории стран с высоким и средним уровнем дохода. Обеспечение высоких показателей (>80%) охвата молодых женщин (в возрасте от 11 до 15 лет) вакцинацией против ВПЧ позволило бы в ближайшее десятилетие предотвратить миллионы случаев смерти женщин в странах с низким и средним уровнем дохода, для которых характерна наибольшая заболеваемость раком шейки матки.

Близка к завершению работа по получению вакцин против герпеса и ВИЧ, и ряд кандидатных вакцин уже проходят первые стадии клинических испытаний. Работа над вакцинами против хламидиоза, гонореи, сифилиса и трихомониаза пока находится на более ранних этапах.

К другим биомедицинским мерам вмешательства для профилактики некоторых ИППП относятся обрезание у взрослых мужчин и использование микробиоцидов.

- Обрезание у мужчин снижает риск приобретения ВИЧ-инфекции среди гетеросексуальных мужчин примерно на 60% и в некоторой степени обеспечивает защиту от других ИППП, таких как герпес и ВПЧ.
- Использование геля, содержащего тенофовир, в качестве вагинального микробиоцидного средства дает неоднородные результаты в плане профилактики заражения ВИЧ, но демонстрирует некоторую эффективность против ВПГ-2

#### **Тема №105**

#### **Миома матки. Классификация миомы матки. Симптоматология. диагностика. Осложнения.**

*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 пост-менопаузе 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, атипичской 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.).

### **Тема № 106** **Симптомная миома матки роль ВМК.**

Миома матки – доброкачественная опухоль, возникающая из мышечной ткани. Чаще возникает в репродуктивном периоде, после 30 лет, что составляет 15-17%. Миома матки представляет собой узлы, заключенные в капсулу, величина их различна.

#### ***Патогенез***

В настоящее время поколеблено существовавшее мнение о ведущей роли гиперэстрогемии в этиологии и патогенезе миомы матки.

Повышенное содержание эстрогенов в крови и прогестерон дефицитное состояние не является постоянным фактором в развитии миомы.

В патогенезе миомы матки существенное значение имеют не только нарушение метаболизма, синтеза и соотношения половых гормонов, но также состояние рецепторного аппарата миометрия, более высокая активность эстроген рецепторов по сравнению с гестаген-рецепторами.

Повышение уровня эстрогенных гормонов в крови сосудистого бассейна половых гормонов (местная гипергормонемия), локальные изменения холинэргической иннервации.

#### ***Классификация миомы матки.***

В зависимости от места разрастания фиброматозного узла различают следующие виды фибромиомы.

1. Субсерозные (подбрюшинные) узлы, то есть разрастание новообразования в направлении серозного слоя матки, встречаются в 16, 8 % случаев миом.
2. Интерстициальные (внутристеночные) узлы, то есть рост миоматозного узла в толще маточной стенки составляют 43 %.
3. Субмукозные (подслизистые) узлы, то есть рост узла в полость матки встречаются в 20 % случаев миом.
4. Атипичные формы узлов – позадишеечная миома.
5. Надбрюшинная миома
  - межсвязочная (фибромиома)
  - цервикальная миома

***Клиника:***

- ✓ Симптомная
- ✓ Бессимптомная
- ✓ Клинические проявления заболевания зависят от локализации миоматозного узла.

Миоматозные узлы располагаются:

- ✓ В области тела матки – 95%
- ✓ В области шейки матки – 5%

***Жалобы и симптомы***

Жалобы больных зависят от многих факторов: локализации и величины опухоли, вторичных изменений в миоматозных узлах, продолжительности заболевания, наличия существующих изменений в питании и т. д.

***Миома матки.***

Основным и ранним симптомом фибромиомы матки является нарушения менструальной функции, маточные кровотечения в виде мено и метрорагии и скудные продолжительные мажущие кровянистые выделения.

Кровотечения, чаще бывают циклические, они удлиняются и усиливаются, могут быть длительными, на их фоне может возникнуть вторичная анемия.

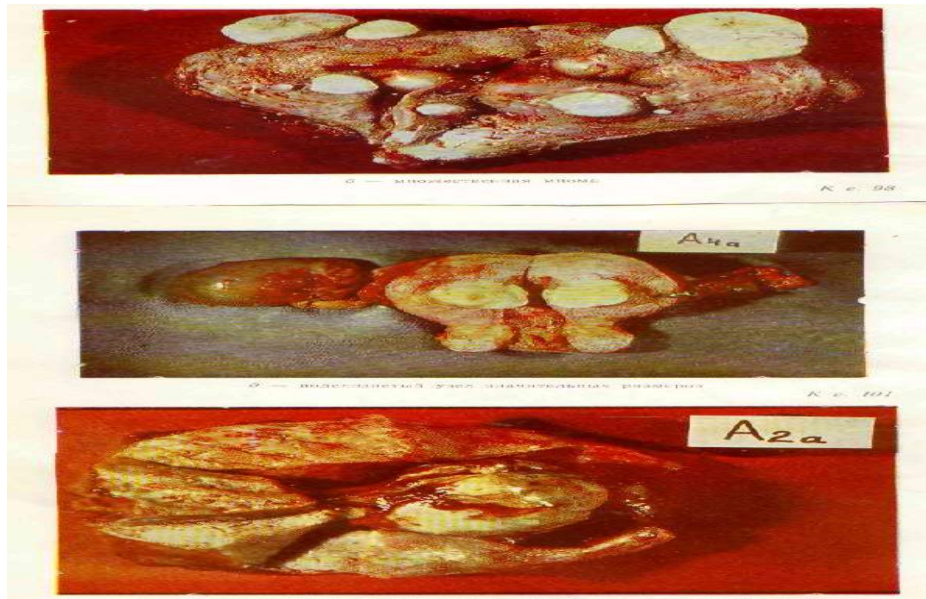
Боли, возникают в связи с сдавлением нервных окончаний, некрозом опухоли.

- ✓ Недомогание
- ✓ Снижение работоспособности.
- ✓ Общая слабость



***МИОМА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ УЗЛАМИ***

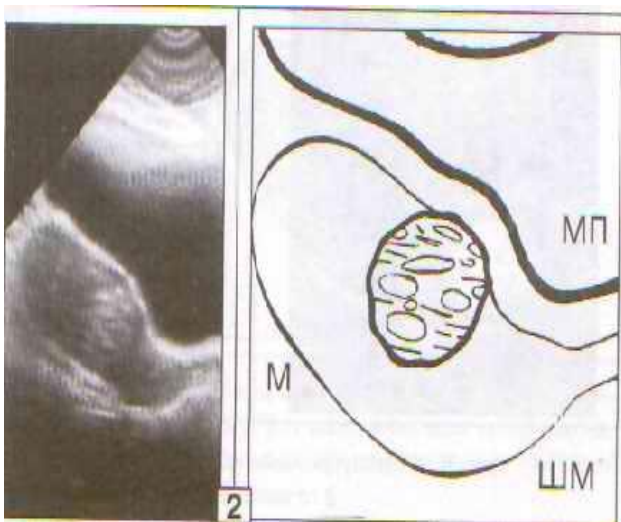




**Диагностика.**

- ✓ Бимануальное обследование
- ✓ Гистеросальпингография
- ✓ Гистероскопия
- ✓ Зондирование полости матки
- ✓ УЗИ диагностика.

**УЗИ ИССЛЕДОВАНИЕ**



С раком матки или саркомой

С опухолями яичников

С беременностью

**Лечение:**

- ✓ Консервативное - (симптоматическое, гормональное)
- ✓ Оперативное

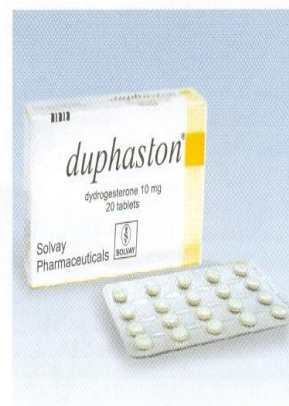
**оказания к консервативному лечению.**

1. Размеры миомы не более 12 недель беременности.
2. Если миома не сдавливает окружающие органы.
3. Если нет обильного кровотечения, которое приводит к анемизации больной.

### Препарат дюфастон

*Показания к опер*  
Меноррагии, при  
14 недель берем  
злокачественное

- Дюфастон высокоэффективен при лечении вторичной дисменореи и болей в области малого таза, обусловленных эндометриозом<sup>3</sup>.
- Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных, желающих забеременеть (Адамян Л.В., Кулаков В.И., "Эндометриозы", 1998).



**Субмукозная миома** типично выражается нарушением функции соседних органов.

Операции делятся на:

1. Радикальные (надвлагалищная ампутация матки; экстирпация матки)
2. Консервативные (вылущивание миоматозных узлов с целью сохранения менструальной и детородной функций).

### Тема № 107

#### Миома матки и ее профилактики.

Медсестра при I этапе сестринского процесса (сборе информации) при опросе должна обратить внимание на характер болей. При спастическом сокращении матки это может быть рождение под слизистого миоматозного узла, сдавление нервных окончаний опухолями.

Интенсивные и продолжительные боли бывают при метастазировании раковой опухоли половых органов.

При выяснении наследственности следует спросить о злокачественных новообразованиях, однако нужна разъяснить больной, что отягощенная наследственность не предопределяет непременно возникновение заболевания.

Условия труда, профессия больной, наличие профессиональных вредностей (химические вредности, радиация) могут быть причиной новообразований. Менструальный анамнез может дать возможность предположить диагноз. Так,

например при подслизистой миоме матки, раке, эндометриозе возможны кровянистые выделения между менструациями, также они бывают очень обильными. Усиление количества белей также может говорить о новообразованиях, важно выяснить их цвет, запах, консистенцию.

Изменение функции соседних органов (мочеиспускания, дефекации) часто бывает при миоме матки. Причиной болезненности мочеиспускания может быть распространение злокачественного процесса матки на мочевыделительные органы.

При сдавлении нижних органов кишечника опухолями женских половых органов могут быть жалобы на запор, а при прорастании опухоли в просвет кишки – появление крови в кале.

При объективном осмотре по системам и органам обращает на себя внимание бледность кожных покровов (миома матки), истощение и землистый цвет лица (злокачественные новообразования).

При глубокой пальпации злокачественные опухоли не имеют чётких границ, малоподвижны, а доброкачественные – чётко контурируются, подвижны. Поверхность опухоли может быть гладкой (однокамерная опухоль яичника единичный узел миомы) или бугристой (рак, множественная миома).

Медсестра при осмотре наружных половых органов и осмотре зеркалами может заподозрит доброкачественные и злокачественные новообразование.

Поставив предварительный диагноз, медсестра должна направить больную на консультацию к акушеру-гинекологу и проследить, посетила ли больная специалиста.

В гинекологических стационарах медсестра, работая в отделении оперативной гинекологии, готовит больную к операции, участвует в операции в качестве операционной сестры, сестры – анестезистки, проводит послеоперационный уход.

## **Тема № 108**

### **Эндометриоз. Экстрогенитальный эндометриоз. Роль ВМК**

**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, имплантаты, повреждения, очаги или разрастания". Наиболее часто эти эндометриоидные 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 эндометриоидных гетеротопий на петлях кишечника, прямой кишке, на мочевом пузыре в области пупочного кольца и на конечностях.

Эндометриоидные 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 эндометриоидных 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 опухолевой 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 эндометриоидных 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-II 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 назначаются 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.

## Тема № 109

### Эндометриоз. Генитальный эндометриоз. Роль ВМК.

В настоящее время определенное значение в патогенезе эндометриоза придается конституционально – наследственному фактору. В частности, указывается на семейную предрасположенность к данному заболеванию. По данным Л. Малинак и соавт., распространенный эндометриоз установлен у 62 % больных при наличии эндометриоза в семье и только у 23 % женщин при его отсутствии. В последние годы большое внимание уделяется изменениям иммунного статуса у пациенток с эндометриозом (снижение активности Т-клеточного иммунитета, повышение активности В-лимфоцитарной системы с увеличением количества ИгГ и ИгА, появление аутоантител в субстратах эндометриоидных очагов), что свидетельствует об иммунологической зависимости заболевания. Не вызывают сомнений имеющиеся при эндометриозе нарушения функции системы гипоталамус-гипофиз-яичники органы-мишени. Даже при малых формах эндометриоза отмечен недостаточный уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови в преовуляторный период и пониженная концентрация ЛГ в фолликулярной жидкости. Это обстоятельство, по мнению некоторых авторов, ведет к снижению фертильности. В то же время в плазме крови больных с эндометриоидными кистами яичников наблюдается резкое повышение содержания фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), а базальная концентрация ЛГ часто повышена в течение всего менструального цикла. У данной группы пациенток наблюдается не только значительное (в 2 – 10 раз) увеличение концентрации эстрадиола (Е<sub>2</sub>), но и нарушение обычной динамики концентрации этого гормона.

Овуляция у женщин с бесплодием и наружным генитальным эндометриозом наблюдается не во всех менструальных циклах. Это подтверждается результатами исследования, проведенных в нашем центре: овуляторное отверстие (стигма) было обнаружено в яичнике лишь у 19,2 % пациенток, тогда как в контрольной группе (больные с перитонеальной формы бесплодия) – у 91,3 %

пациенток. Недостаточность функциональной активности желтого тела отмечается практически у всех женщин страдающих бесплодием, обусловленным эндометриозом.

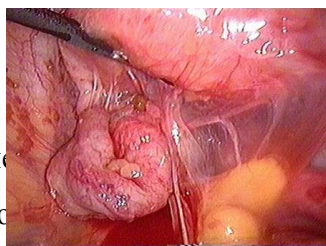
Таким образом, при современном уровне знаний достаточно обоснованным является положение в соответствии, с которым эндометриоз различной локализации возникает на фоне функциональной неполноценности системы гипотала-мус-гипофиз-яичники. Пусковым фактором его развития может явиться одна из указанных выше причин. В последние годы многими учеными изучено роль факторов роста в патогенезе эндометриоза – клеточных белков, способных стимулировать или тормозить рост клеток, а также приводить к изменению функции клеток.

Показано, что в развитии эндометриоза большую роль играют сосудистый эндотелиальный, эпидермальный, инсулиноподобные факторы роста, основной фактор роста фибробластов, трансформирующий фактор роста-β. Изучение клеточных белков легли в основу разработки новых альтернативных методов лечения эндометриоза и бесплодия.

Эндометриоз (эндометриоидные гетеротопии) представляет собой патологический процесс, при котором в миометрии или других органах половой системы и вне ее возникают включения (очаги), структура которых характеризуется наличием эпителиальных и стромальных элементов, присущих эндометрию. В ткани эндометриоза происходят более или менее выраженные изменения соответственно фазам менструального цикла.

Патогенез:

Патогенез эндометриоза сложен. Определенное значение придается наследственности, учитывая наблюдения семейной предрасположенности. Предполагается, что возникновение эндометриоза осуществляется мультифакториальной наследственностью (сумма генетических и средовых факторов).



Клиническая картина различных форм эндометриоза:

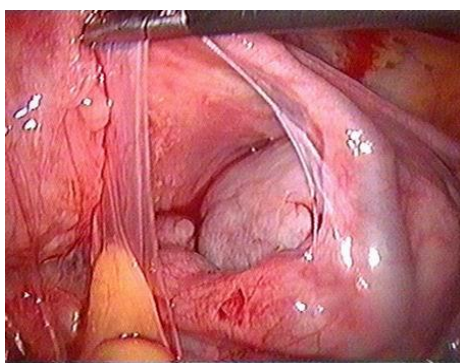
1. Характерно длительное, нередко прогрессирующее течение заболевания. Самопроизвольный регресс возможен в постменопаузальном периоде.
2. Наиболее постоянным симптомом являются боли, появляющиеся или резко усиливающиеся в предменструальные дни и во время менструации; при

длительном и тяжелом течении эндометриоза болевые ощущения беспокоят и после ее окончания. Болевые ощущения нетипичны для эндометриоза влагалищной части шейки матки, иногда они не выражены при малых очагах эндометриоза брюшины малого таза.

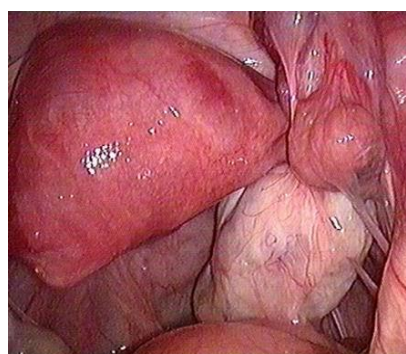
3. Наблюдается некоторое увеличение размеров пораженного органа (матка, яичник) или экстрагенитальных очагов эндометриоза накануне и во время менструации.

4. Характерны нарушения менструальной функции, выражающиеся чаще всего в альгоменорее. При внутреннем и наружном эндометриозе наблюдаются и другие расстройства — меноррагии, пред и постменструальные кровяные выделения, нарушение ритма менструаций и др.

5. Бесплодие — частый спутник внутреннего и наружного эндометриоза. Причины этой патологии различны: ановуляция, неполноценная секреторная фаза, спаечный процесс в малом тазу (периоофорит, нарушение проходимости маточных труб и др.), изменения в эндометрии и др.



кает бесплодие?



ется

причиной бесплодия?

Если очаги эндометриоза локализируются на маточных трубах, яичниках, стенках малого таза, циклические кровянистые выделения из этих очагов попадают в брюшную полость и приводят к формированию спаек между органами, что, в свою очередь нарушает проходимость маточных труб и делает невозможным попадание яйцеклетки из яичника в маточную трубу и ее оплодотворение сперматозоидом. Кроме этого, при эндометриозе в яичниках часто (в 17-27% случаях) нарушаются процессы созревания фолликула и овуляции (выхода яйцеклетки из лопнувшего фолликула), а также страдает функция желтого тела.

При эндометриозе вырабатываются особые вещества (интерлейкины, факторы распада опухоли), нарушается иммунитет и активизируются специальные

клетки (макрофаги, лейкоциты), которые подавляют подвижность сперматозоидов, затрудняя оплодотворение яйцеклетки, и препятствуют нормальному развитию беременности, приводя к самопроизвольным выкидышам.

Эти факторы приводят к тому, что эндометриоз является причиной бесплодия в 5-33% случаев.

Методы диагностики эндометриоза

Диагноз эндометриоза ставится на основании клинических симптомов (жалоб пациентов), данных гинекологического осмотра. В связи со схожестью симптомов эндометриоза с целым рядом других заболеваний (воспалительные заболевания гениталий, опухолевые образования матки и яичников), а также наличием случаев бессимптомного течения этого заболевания, для постановки точного диагноза часто приходится прибегать к специальным методам исследования (ультразвуковая диагностика, лапароскопия, гистероскопия, гистеросальпингография и др.).

### **Диагностика и лечение**

Распознавание эндометриоза половых органов нередко представляет сложную задачу. Однако в последние годы в связи с внедрением эндоскопических методов исследования и развитием учения о данном заболевании его диагностика значительно улучшилась.

Распознавание эндометриоза основано на учете и анализе данных анамнеза, общепринятых методов объективного и результатах специальных методов исследования.

### ***Лечение генитального эндометриоза.***

*Общие принципы.*

Лечение эндометриоза должно быть комплексным, дифференцированным; следует учитывать: возраст больной, ее отношение к репродуктивной функции, особенности личности; локализацию, распространенность и тяжесть течения процесса; сочетание с воспалительным процессом, его последствия (рубцово-спаечные процессы), гиперпластические процессы эндометрия и деструктивные изменения в яичниках и матке.

Основные этапы неоперативного и хирургического лечения эндометриоза завершаются реабилитационным лечением, цель которого — устранение остаточных нарушений, восстановление трудоспособности и других видов социальной активности.

В нашей стране принят циклический прием препаратов с 5-го по 25-й день менструального цикла с 7-дневным интервалом. Сторонники этого метода считают его более физиологичным. Длительность приема препаратов определяется локализацией и распространенностью эндометриоза.

В последние годы успешно применяют даназол — производное тестостерона, обладающее выраженным антигонадотропным действием при сниженном андрогенном эффекте. Есть данные об эффективности антиэстрогена тамоксифена (цитозониума), который блокирует эстрогенрецепторы цитоплазмы клеток эндометриозных очагов. Г. Хабер, Ж. Бехлак (1987) лапароскопическим исследованием подтвердили исчезновение эндометриозных очагов после длительного применения тамоксифена. При выраженном болевом синдроме и у женщин пременопаузального возраста применяют препараты андрогенов (смесь разных эфиров тестостерона)

Комбинированная терапия

Используется комбинированная терапия наружного эндометриоза, включающая три этапа:

1) эндокоагуляция очагов эндометриоза, рассечение спаек (перитубарных и перитонеальных) во время лапароскопии;

2) прием даназола в течение 3—9 мес в дозе до 400 мг в день;

3) повторная лапароскопия и при необходимости рассечение оставшихся спаек и эндокоагуляция оставшихся очагов эндометриоза. Беременность после этой терапии наблюдалась у 46 % женщин [Реидел Х., Семм К., 1982].

Учитывая роль иммунной системы в развитии эндометриоза, очевидно, плодотворным будет поиск в применении иммуномодуляторов. Появились отдельные сообщения о благоприятном действии левамизола при комплексной терапии

Хирургическое лечение эндометриоза применяют при узловатых формах аденомиоза, сочетании диффузной формы аденомиоза с миомой, аденомиозе III степени, при наличии эндометриозных кист яичников и распространенном ретроцервикальном эндометриозе. Непременным условием эффективности хирургического лечения является применение гормонотерапии после операции в течение не менее 2—3 мес во избежание рецидивов, поскольку гарантии полного

удаления эндометриодных гетеротопий при наружном эндометриозе не может быть.

### **Тема № 110** **Синдром кровотечения Кровотечение I половины беременности, причины кровотечения.**

Кровотечения в первой половине беременности это одно из частых причин госпитализации. Кровотечение во время беременности может возникать вследствие многих причин. Акушерские кровотечения всегда были основной причиной материнской летальности, поэтому знание этого осложнения беременности является обязательным для любого человека, имеющего лечебный диплом.

#### **Основные причины кровотечений в первом триместре беременности:**

- Самопроизвольные выкидыши;
- Кровотечения, связанные с пузырным заносом;
- Внематочная беременность.

**Патология шейки матки** – полипы цервикального канала, децидуальные полипы, рак шейки матки – встречаются реже, чем первые 3 группы.

Кровотечение после 22 недель беременности до рождения ребенка называется дородовым кровотечением. Кровотечение до 22 недель обычно определяется, как кровотечение раннего периода беременности, причины могут быть одни и те же, но более вероятной причиной является самопроизвольное или искусственное прерывание беременности – аборт (выкидыш).

#### **Аборт.**

**Самопроизвольный аборт (выкидыш)** – прерывание беременности до 22 недель, когда происходит раскрытие маточного зева и изгнание плодного яйца целиком или частично. Для самопроизвольного аборта характерны боли в нижних отделах живота, кровянистые выделения, которые могут переходить в кровотечение, повышение тонуса матки.

**Важно различать виды абортов.** На догоспитальном этапе наиболее часто встречаются самопроизвольные, криминальные и инфицированные аборт.

**Таблица 2.1. Виды абортов**

<b>Критерии</b>	<b>Виды абортов</b>
По сроку беременности	Ранний (до 14 недель), поздний (14 - 22 недель)
По показаниям	Социальный, медицинский

По причине	Самопроизвольный, искусственный в стационаре, искусственный внебольничный (криминальный)
По клинике	Угрожающий, начавшийся, аборт в ходу
По остаткам плодного яйца	Полный, неполный
По инфицированности	Неинфицированный, инфицированный
По распространенности инфекции	Неосложненный инфицированный, осложненный инфицированный, септический

Кровотечение в раннем периоде беременности является обычно симптомом угрожающего или совершившегося аборта.

Разновидности терминов используются для описания и определения ранней потери беременности: многие из них устарели и возникали до того, как включены современные понятие патофизиологии.

**Спонтанный аборт** – непроизвольная потеря беременности в течение первых 20 недель.

**Ранний спонтанный аборт** – спонтанный аборт, происходящий на 12 недели или еще в раннем гестационном сроке.

**Угрожающий аборт** – маточного кровотечения нет, в любое время первой половины беременности появляются схваткообразные боли, шейка закрыта.

**Незавершенный аборт** – состояние, при котором выходят некоторое, но не всё содержимое матки.

**Аборт в ходу** – шейка раскрыта, но ткань не отходит.

**Запоздалый аборт** (неразвивающийся беременность) – плод или эмбрион мертв в течение нескольких недель, но никакая ткань не отходила. Шейка закрыта. У этих пациентов обычно наблюдается отсутствие роста размеров матки, сердцебиение эмбриона отсутствует.

**Септический аборт** - незавершенный аборт, при котором попадает инфекция.

**Увядшее яйцо** – эмбрион прекратил развитие, несмотря на то, что там существует установленный опознаваемый гестационный мешок и плацентарная ткань. Это состояние обычно диагностируется с помощью УЗИ.

**Субхорионическое кровотечение** – УЗИ находить скопление крови между хорионом и стенкой матки.



**Децидуа** – эндометрий беременности, который часто отходит как часть выкидыша. Когда децидуа отходит интактно, это называется децидуальным слепком, который часто предвещает эктопическую беременность.

### ***ПАТОФИЗИОЛОГИЯ.***

Половина всех спонтанных абортов это результат крупных генетических аномалий таких как, трисомия, триплоидия или моносомия. Спонтанный аборт также связан с внутренними окружающими факторами, такими как аномалия матки, влияния материнского диэтилстильбестрола, лейомиомы, несостоятельностью шейки матки, дефицитом прогестерона из-за дефекта лютеиновой фазы и иммунологическими факторами. Внешние окружающие факторы включают в себя: употребление( табака, алкоголя, кокаина), радиация, инфекция, профессиональные химические и экологические воздействия. Частота абортов увеличивается с возрастом матери.

### ***КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА.***

В начальной стадии беременность определяется по типу аменореи, типичным симптомам беременности и положительному тесту на беременность.

Частыми признаками аборта являются вагинальное кровотечение, появление схваткообразных болей внизу живота, снижение уровня хориогонического гонадотропина.

Приблизительно половина беременностей с кровотечением будут потерянными, а оставшиеся имеют повышенный риск возникновения осложнений и плохого исхода, по сравнению с теми у кого не было кровотечения.

**Неполные аборты** при обильной кровопотери могут осложняться постгеморрагическим шоком различными степенями тяжести.



### ***Неполный аборт***

Диагноз устанавливают путем бимануального исследования (размеры матки, состояние шейки матки, раскрытие шейного канала, характер кровянистых выделений или ткани), измерение базальной температуры (снижение её), УЗИ исследование, определение титра хориогонического гонадотропина. Когда диагноз неясен по клиническим признакам, необходимо произвести УЗИ.

**Септический аборт** должен быть предположен, когда пациент лихорадит, имеет чрезмерную болезненность в области матки и придатков или признаки перитонита.

Чрезвычайно важно установить причины самопроизвольного аборта и родов. Тщательно собранный анамнез может дать необходимые сведения. Его следует дополнить бережным общим и гинекологическим исследованием, а также комплексом клинико-лабораторных исследований.

Анамнез и осмотр помогут выявить общее недоразвитие и некоторую функциональную недостаточность желез внутренней секреции, недостаточность запирающей функции шейки матки, позволить узнать о перенесенных острых инфекционных заболеваниях. Клинико-лабораторными исследованиями можно установить гормональную недостаточность как причину прерывания беременности. Низкие уровни экскреции прегнандиола в моче (суточная экскреция ниже 5 мг.) и эстрогенов являются основанием применения гормональных методов лечения. В случаях внутриутробной смерти плода экскреция эстриола снижается в 10 раз, что может служить очень точным диагностическим тестом.

При непроизвольном прерывании беременности двумя ведущими симптомами являются: болевой синдром и симптомы кровопотери. Самопроизвольный выкидыш характеризуется своим поэтапным течением: угрожающий выкидыш, начавшийся выкидыш, аборт в ходу, неполный и полный самопроизвольный выкидыш. Дифференциальная диагностика между этими состояниями основывается на выраженности симптомов кровотечения и структурных изменениях шейки матки.

## Тема № 111

### Этиопатогенез, клиника, диагностика Угрожающий выкидыш

**Угрожающий выкидыш:** кровянистые выделения могут быть очень скудными, боли отсутствуют или носят ноющий, тупой характер внизу живота. При

влагалищном исследовании мы находим неизменную шейку матки: кровотечение может быть медленным,

**Начавшийся выкидыш** – боли носят схваткообразный характер, шейка матки слегка укорочена, наружный зев может быть приоткрыт. Угрожающий и начавшийся выкидыш протекают на фоне удовлетворительного состояния женщины. Неотложных мероприятий по остановке кровотечения не требуется. На госпитальном этапе женщине необходимо создать покой, применить седативные препараты, внутримышечно можно ввести спазмолитики (ганглерон, но-шпа, баралгин, сернокислая магнезия 10 мл 25% раствора, прогестерон). В стационаре решается вопрос о сохранении беременности, если женщина не заинтересована, необходимо произвести выскабливание полости матки.

**Аборт в ходу:** кровотечение обильное, боли носят схваткообразный характер; общее состояние меняется, и зависит от величины кровопотери. Р.В. или в зеркалах: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного согнутого пальца. Необходима неотложная помощь в виде срочной госпитализации, в стационаре выполняется выскабливание полости матки, с возмещением кровопотери, в зависимости от ее объема и состояния женщины.

При неполном самопроизвольном аборте кровянистые выделения носят темно-красный цвет, со сгустками, могут быть значительны. Все это сопровождается схваткообразными болями внизу живота. Р.В. или в зеркалах: в цервикальном канале определяется плацентарная ткань, части плодного яйца, шейка матки значительно укорочена, цервикальный канал свободно пропускает 1.5 – 2 пальца.

Неотложная помощь заключается в выскабливании полости матки, удалении остатков плодного яйца; возмещение кровопотери в зависимости от ее объема и состояния женщины.



## ***Полный аборт***

***При полном самопроизвольном выкидыше*** кровотечения нет, плодное яйцо полностью выделилось из матки. Неотложной помощи не требуется. Необходимо проверить полость матки путем выскабливания, для того чтобы удостовериться, нет ли там остатков плодного яйца.

### **Лечение.**

Приступая к лечению больных, страдающих недонашиванием, врач должен всегда помнить, что почти у всех женщин этой группы резко нарушено душевное равновесие.

По этому слово медицинского работника имеет большое значение для нормализации нервно-психического равновесия, не редко во много раз больше, чем комплекс эмпирически назначаемых лекарственных веществ.

Воздействие, словом у значительной части больных этой категории следует дополнять назначением транквилизирующих средств. Важным фактором в сохранении беременности является соблюдение режима.

**Необходимо шире использовать не медикаментозные методы лечения:** постельный режим, физиотерапию, психотерапию, рефлексотерапию.

При угрозе прерывания беременности в I триместре независимо от причины лечение должно быть комплексным:

### **Постельный режим**

Психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (15,0:200,0) 1ст. л x 3 раза, отвар валериана (20,0:200,0) 1 ст. л x 3 раза, тазелан по 0,01 г x 2 раза в сутки, седуксен в дозе 0,005 г 1-2 раза в сутки.

**Спазмолитическая терапия:** но-шпа по 0,04x3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 г 3-4 раза в сутки баралгин 2 мл в/м.

Патогенетическая обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы, гормональных показателей, величины КПИ, срока беременности. Дозы лекарственных средств подбирают под контролем клинических и лабораторных данных.

У женщин с гипофункцией яичников, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки гормональное лечение следует начинать с 5 недель беременности с назначения небольших доз микрофоллина по 0,0125 или 0,025 мг ( $\frac{1}{4}$  или  $\frac{1}{2}$  г) в сутки. В 7 недель беременности к терапии микрофоллином следует добавить лечение дюфастоном по 10 мг (1-2 таб.) в сутки.

При низкой экскреции ХГ внутримышечно вводят хориогонин в дозе 750-1000 ед. 2 раза в неделю. Дозы гормональных препаратов следует подбирать в зависимости от показателей гормонального статуса организма. Если отмечается высокий КПИ, в канале шейки матки большое количество слизи (феномен зрачка +++), то следует уменьшить дозу эстрогенов или увеличить дозу гестогенов (прогестерон, дюфастон).

При отставании роста матки от такового в соответствующей срок беременности и сухой стенке влагалища терапию эстрогенами следует усилить.

Гормональную терапию у этой категории больных следует продолжать до 15-16 недель пока не закончится формирование плаценты.

**Дюфастон** – это прогестин, который при угрозе прерывания беременности назначается с 6 – недель до 28 – недель по схеме от 10 – 40 мг. Не имеет противопоказаний и является препаратом выбора для лечения больных желающих забеременеть и доносить её.

В отсутствие признаков угрозы прерывания, а также при нормализации гормональных параметров терапия гормональными препаратами может быть прекращена и в более ранние сроки беременности. Нецелесообразно использовать гормоны в более поздние сроки беременности.

При гиперандрогении надпочечникового генеза патогенетически обоснованной является гормональная терапия глюкокортикоидами (дексаметазон, преднизалон), лечение следует начинать вне беременности. Дозу гормона подбирают индивидуально под контролем экскреции 17-КС.

При выраженных проявлениях гипофункций яичников, у больных с надпочечниковой гиперандрогенией, в ранних сроках беременности (5-6 недель) возможно сочетанная терапия дексаметазоном (преднизалоном) с микрофоллином. В случаи выявления сочетанной прогестероновой недостаточности можно назначат дюфастон по 1-2 таблетки в сутки.

Одновременно с гормональной терапией целесообразно назначают спазмолитические средства, и проводить лечение, направленное на профилактику фетоплацентарной недостаточности.

**Не медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения:** иглорефлексотерапия, эндоназальная гальванизация, электроаналгезия, которым следует отдавать предпочтение при лечении беременных женщин.

При аборте в ходу, неполном и полном аборте необходимо инструментальное удаление остатков плодного яйца и сгустков крови.

При инфицированном аборте целесообразно удалять остатки плодного яйца на фоне антибактериальной терапии. Принципы лечения при септическом аборте такие же, как и при послеродовой септической инфекции.

При неразвивающейся беременности в I триместре погибшее плодное яйцо удаляют инструментально. Длительное выжидание при несостоявшемся аборте нецелесообразно в связи с возможностью развития осложнений (ДВС. инфицирование и др.).

## Тема № 112

### **Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Роль ВМК.**

Киста - патологическая полость, выполненная каким-либо содержимым, возникающая в результате задержки или избыточной секреции жидкости.

Частота :

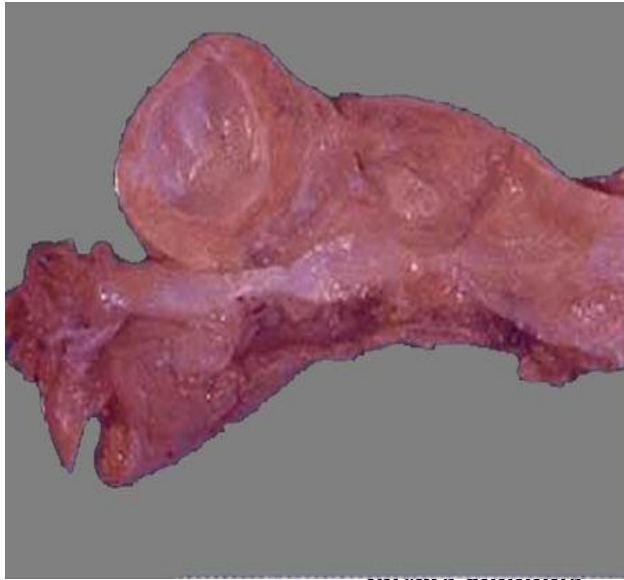
Опухолевидные образования встречаются в 34%, истинные опухоли яичников – 66% случаев.

Классификация :

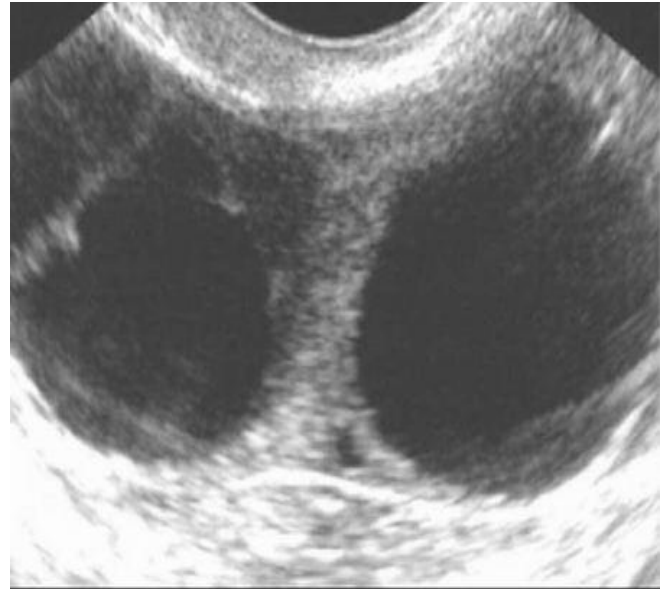
- ✓ Пфанштиля
- ✓ Майера
- ✓ Кивши
- ✓ Вальдера
- ✓ Шредера

Простые кисты образуются в результате накопления жидкости в предшествующей полости. В корковом слое яичников встречаются фолликулярные кисты, киста жёлтого тела, а в мозговом слое – кисты из эмбриональных остатков- из мозговых тканей и канальцев.

Фолликулярная киста – имеет основное практическое значение, встречается сравнительно часто—около 30% всех опухолей и опухолевидных образований. Это образование: маленькое по величине, одностороннее, чаще однокамерное, тонкостенное. Образуется из зреющих фолликулов в любой стадии развития или атрезии (5-6 см в диаметре.)



*киста яичника*



### ***Патогенез***

Возможно связан со снижением эстрогенной функции яичников, что приводит к возрастанию уровня гонадотропных гормонов, причем изменяется соотношение между ЛГ и ФСГ в сторону повышения. Увеличиваются фолликулярные кисты медленно. Наполнение жидкости происходит за счет трансфузии.

### ***Клиника***

Отмечается ановуляционный цикл менструации по типу персистенции фолликула. Неосложненная фолликулярная киста небольших размеров, обычно бессимптомна и обнаруживается при гинекологическом осмотре.

При бимануальном исследовании справа или слева в области придатков матки находят образование тугопластической консистенции, с гладкой поверхностью, сравнительно небольших размеров, безболезненное при пальпации и смещении. Жалобы возникают при перекручивании ножки кисты или при сдавлении соседних органов. Тогда больные отмечают усиление болей в поясничной области, чувство тяжести внизу живота, дизурические явления. Детородная функция у них не нарушена.

### ***Диагностика***

*Основывается на данных:*

- ✓ Бимануального исследования
- ✓ Лапароскопии
- ✓ Сонографии
- ✓ Эхографии

***Лечение*** – хирургическое. Операция заключается в вылуцивании кисты с сохранением здоровой ткани яичника, что особенно важно у женщин репродуктивного возраста.

При тенденции к росту или при перекруте (7-8%) – *клиновидная резекция яичника.*

### ***Киста желтого тела***

*Частота:* Встречается редко от 2 до 5%.

Размеры опухоли соответствуют размерам куриного яйца.

### **Этиология.**

- ✓ Беременность
- ✓ Частые воспалительные процессы

### **Опухоль на УЗИ.**

### **Патогенез.**

Развитие их связано с тем, что после овуляции полость фолликула не спадается и не заполняется целиком лютеиновыми клетками, как это бывает в норме, остается существовать и растягивается серозной жидкостью. Стенка кисты состоит из нескольких клеток. По своему строению эти клетки ничем не отличаются от лютеиновых клеток желтого тела. По мере роста кисты происходит атрофия лютеиновых клеток и кистозных элементов внутренней стенки. Киста жёлтого тела гормонально – неактивна.



### **Клиника и диагностика**

Киста жёлтого тела редко превышает 3-4 см в диаметре, она имеет гладкую поверхность и эластичную консистенцию. Жалоб больные обычно не предъявляют, и киста обнаруживается при гинекологическом осмотре.

### **Диф. диагностика**

Дифференцировать кисту желтого тела следует от истинной опухоли яичника – кистомы. При диф. диагностике в пользу кисты желтого тела свидетельствуют небольшие размеры образования, появление или увеличение кисты во второй фазе менструального цикла.

### **Лечение**

При подозрении на кисту желтого тела не следует спешить с оперативным вмешательством, такая больная подлежит диспансерному наблюдению: осмотры должны повториться каждые 11-12 мес. Если не наблюдается обратное развитие кисты или имеется тенденция к её увеличению, показана операция *частичная резекция яичника в месте с кистой*.

*Прогноз: благоприятный .*

### **Текалютеиновые кисты**

Характерны для трофобластической болезни – пузырного заноса и хорионэпителиомы.

Кистозные образования формируются в обеих яичниках под влиянием стимулирующего действия хорионического гонадотропина, содержащего большое количество лютеинизирующего гормона, на тека ткань фолликулов.

### **Лечение**

Оперативному лечению не подлежат, так как через 1-3 месяца подвергаются обратному развитию.

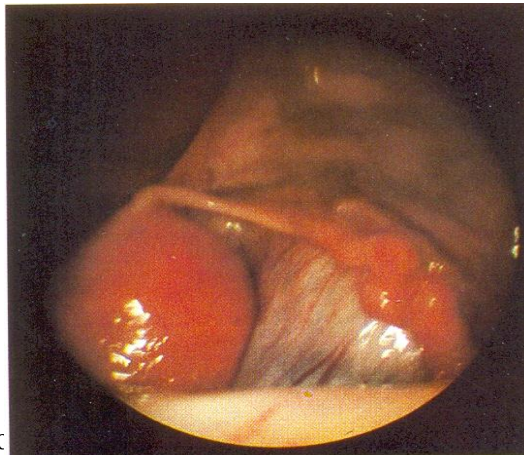
### **Паровариальная киста**

Кисты надъяичникового придатка (паровариальные кисты) развиваются из остатков (вольфова протока), представляющего собой слепозаканчивающиеся каналы, располагающиеся между маточной трубой и яичником в листках мезосальпинкса. Содержимое паровариальной кисты прозрачное, жидкое, бедное белком, не содержит муцина. Кисты могут быть различными по объему – от нескольких сантиметров до размеров головки новорожденного. Форма этих кист:

- ✓ Шаровидная
- ✓ Овоидная



### **. Паровариальная киста.**



#### **Клиника**

При небольших размерах паровариальной кисты симптомы не проявляется. Жалоб больные не предъявляют. Менструальная функция не нарушена. При значительных размерах кисты появляются симптомы, связанные со сдавлением соседних органов, особенно часто - дизурические явления.

#### **Диагностика**

При бимануальном исследовании находят кистозное образование, ограниченное, подвижное вследствие интралигаментного расположения. На нижнем полюсе кисты пальпируется плотное образование (яичник).

#### **Лечение**

✓ Оперативное – удаление кисты

*Прогноз: благоприятный*

### **Тема №113**

#### **Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников. Роль ВМК**

Наибольшую группу эпителиальных доброкачественных опухолей яичников составляют кистомы.

Кистома – истинная опухоль яичника, отличительной чертой которой является быстрый рост.

Кистомы яичников делятся на две большие группы:

3. Серозные
4. Муцинозные

#### **Серозные кистомы** (цилиоэпителиальные кистомы).

Отличительной особенностью серозной кистомы является выстилающий эпителий. По строению эпителий серозных кистом напоминает трубный или поверхностный эпителий яичника. Почти всегда удается обнаружить клетки мерцательного эпителия. Кистомы чаще бывают односторонними и однокамерными. Величина их различна: от нескольких сантиметров до 30 см и более в диаметре. Содержимое кистомы представляет собой серозную жидкость соломенного цвета.

#### **Простая серозная кистома.**

Сецернирующая серозная киста чаще обнаруживается в возрасте 45 лет. Нередко отмечаются боли в нижних отделах живота и пояснице. Гормональной активностью опухоль не обладает, менструальный цикл не нарушен. При относительно больших размерах или межсвязочно расположенной опухоли возникают дизурические явления, иногда асцит.

### **Серозная киста.**



Пролиферирующая серозная киста чаще встречается в возрасте 48 лет. Кисты часто бывают двуклеточными, двуклеточным эпителиом. Эти кисты, по классификации ВОЗ, относятся к доброкачественным и злокачественным опухолям яичника. При микроскопическом исследовании обращают внимание на выраженные признаки пролиферации эпителия, что проявляется его многофазностью. Эти кисты также относят к предраковым заболеваниям яичника. Злокачественные превращения пролиферирующих серозных кистом наблюдаются у каждой второй больной.

### **Муцинозные кисты**

Муцинозная киста – эпителиальная доброкачественная опухоль яичника, которая встречается чаще серозной кисты. Этот вид кисты отличается характером выстилающего эпителия, который напоминает эпителий шеечного канала, – (высокий) цилиндрический. Этот вид кисты встречается во все возрастные периоды жизни женщины, но преимущественно в 50 лет.

### **Псевдомуцинозная киста**

Многокамерное образование круглой или овальной формы, с узловатой поверхностью вследствие отпочковывания дочерних кистозных полостей, эластической консистенции, чаще одностороннее. Рост этой опухоли происходит по эвертирующему типу (центрифугально). Растут эти опухоли быстро и могут достигать больших размеров. Содержимое опухоли – густое слизеобразное, составной частью которого являются гликопротеиды.

### **Клиника и диагностика**

Больные с псевдомуцинозной кистой, когда она достигает значительных размеров, обычно ощущают тяжесть внизу живота;

При бимануальном исследовании в области придатков матки находят образование овальной формы, эластической консистенции, значительных размеров. Асцит возникает редко.

### ***Проллиферирующая псевдомуцинозная киста***

Может рассматриваться как предраковый процесс. Опухоль многокамерная, наружная поверхность ее гладкая, на внутренней имеются сосочковые разрастания. Клиническое течение заболевания при этом виде кистом мало чем отличается от проявлений обычных псевдомуцинозных кистом. Злокачественное превращение псевдомуцинозных кистом наблюдается у каждой третьей больной.

Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли.

### ***Клиника***

Клиническая картина во многом обусловлена возникшим частичным или полным перекрутом ножки опухоли. При полном перекруте ножки кистомы (свыше 180°) резко нарушается кровоснабжение и питание опухоли. Клинически это проявляется картиной острого живота:

- ✓ резкие боли
- ✓ тошнота
- ✓ рвота
- ✓ повышение температуры
- ✓ учащение пульса
- ✓ напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга.

### ***Диагностика***

При гинекологическом исследовании в области придатков определяется опухоль, болезненная при смещении. При частичном перекруте ножки опухоли яичника клиническая картина менее выражена.

### ***Лечение:***

При частичном или полном перекруте ножки опухоли необходимо срочное хирургическое вмешательство.

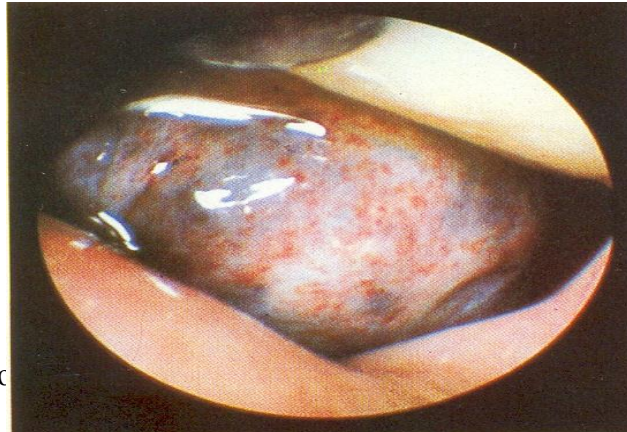
Промедление с операцией может привести:

К некрозу опухоли, кровоизлияниям в капсулу опухоли, нагноению, перитониту, разрыву капсулы кистомы. При наличии опухоли яичников может возникнуть ряд осложнений:

- ✓ перекрут ножки опухоли

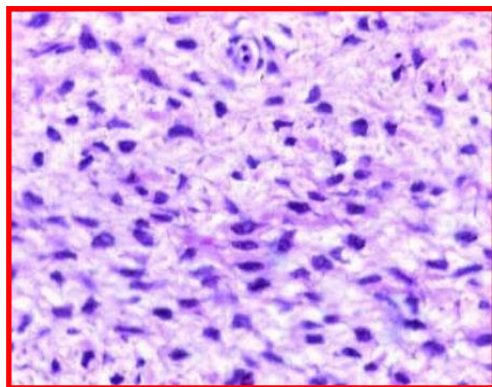
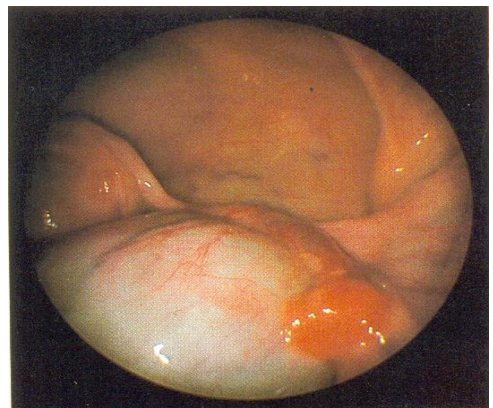
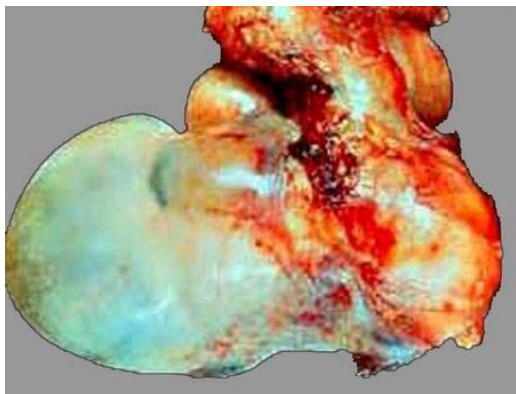
- ✓ разрыв капсулы
- ✓ нагноение
- ✓ прорыв содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку.

### ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ



Наиболее часто происходит при резких движениях, поднятия тяжестей и др., нередко это осложнение наблюдается у девушек и девочек.

**Фиброма яичника** – доброкачественная опухоль, развивающаяся из его стромы.



**Фиброма яичника**  
**Строение опухоли:**

Опухоль округлой или овальной формы, односторонняя плотная, с узловой или гладкой поверхностью. Цвет опухоли белый, при некрозе буро-красный.

**Размеры опухоли:** варьируют от микроскопически определяемого образования до головы взрослого человека.

Опухоль имеет ножку, что создает условия для её перекручивания.

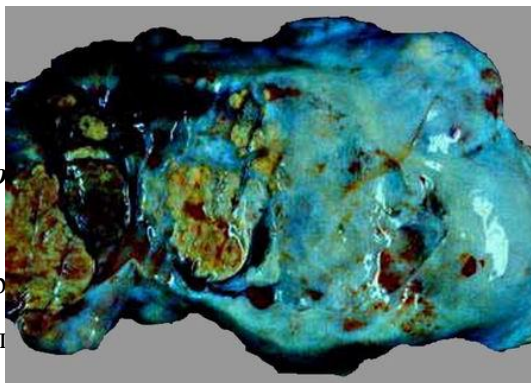
**Клиника:**

Обычно фиброма яичника возникает у женщин в возрасте 40-50 лет. Наиболее характерно для этой группы опухолей появление асцита. Иногда при фиброме яичника одновременно с асцитом наблюдаются гидроторакс, анемия (триада Мейгса).

**Лечение:**

Лечение оперативное – удаление опухоли. После хирургического вмешательства сравнительно быстро исчезают асцит и гидроторакс.

**Опухоли стромы полового тяжа.** К этой группе относят опухоли, состоящие из клеток, которые возникают из полового тяжа или мезенхимы эмбриональных гонад. Они содержат гранулезные клетки, текаклетки, клетки Сертоли-Лейдига. Они относятся к гормонально-активным опухолям яичника.



**Гормонально**

**Прогноз:** Ввиду доброкачественности, предсказание благоприятное. После удаления опухоли симптомы исчезают.

**К гормонально-активным опухолям яичника относятся:**

- ✓ Гранулезоклеточные опухоли
- ✓ Текаклеточные опухоли
- ✓ Арренобластомы
- ✓ Опухоль Бреннера.

Гормонально-активных опухолей составляет в среднем 8,9% от общего числа истинных опухолей яичников.

**Гранулезноклеточная опухоль (фолликулома).**

Возникает из гранулезных клеток фолликула или из дифференцирующихся остатков половых гонад.

Опухоль является гормонально-активной и продуцирует эстрогены. Опухоль имеет желтую окраску. На разрезе солидного или ячеистого строения. Размеры опухоли варьируют от микроскопических включений в яичнике до 40 см в диаметре.

При морфологическом исследовании эндометрия обнаруживаются гиперпластические процессы (полипы, железисто-кистозная гиперплазия, аденоматоз).

Гранулезноклеточная опухоль может быть: доброкачественной и злокачественной.

Злокачественное превращение гранулезноклеточных опухолей наблюдается у 4 - 25% больных.

### ***Клиника:***

Проявления заболевания зависят от степени гиперэстрогении и возраста женщины. Обычно отмечаются: боли внизу живота увеличение его объема. У девочек при этих опухолях нередко наблюдается: преждевременное половое созревание, возникают маточные кровотечения, рано появляются вторичные половые признаки: оволосение на лобке и в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез.

Наружные половые органы соответствуют по своему развитию более старшему возрасту. У молодых женщин развитие опухоли сопровождается временной аменореей, которая сменяется ациклическими кровотечениями.

### ***Диагностика:***

Основывается на данных анамнеза, клинической картине заболевания, обнаружении опухоли яичника.

При гинекологическом исследовании обращает на себя внимание:

отсутствие атрофических изменений наружных половых органов, матка слегка увеличена, в области придатков определяется одностороннее, тугоэластическое подвижное образование.

Основным дополнительным методом диагностики является лапароскопия, при которой производится биопсия. Окончательный диагноз ставится после патоморфологического исследования удалённой опухоли.

### ***Лечение:***

У молодых женщин при наличии доброкачественного процесса допустимо удаление опухоли с последующим активным наблюдением за больной. В пре и постменопаузе показано удаление матки с придатками.

При злокачественной гранулезоклеточной опухоли, как правило, производят полное удаление матки с придатками и резекцию сальника. Химиотерапию (тиофосфамид) предпочтительнее назначать в III и IV стадии ракового процесса.

***Текома (текаклеточная опухоль)***

Возникает из текактки яичника и относится к эстрогенпродуцирующим новообразованиям.

***Частота:*** Текомы составляют 3,8% всех новообразований яичника.

***Клиника:***

Течение заболевания мало чем отличается от проявления гранулезоклеточной опухоли. Текомы возникают в пожилом возрасте (60 лет и старше). В основном опухоли бывают односторонними. Размеры их колеблются от небольших до головки новорожденного. Форма опухоли округлая или овальная, консистенция плотная.

Характерным для этой опухоли является асцит, который может возникнуть как при доброкачественном, так и при злокачественном течении заболевания. Злокачественное течение текомы чаще наблюдается в молодом возрасте.

***Диагностика:***

Срочное морфологическое исследование во время хирургического вмешательства позволяет правильно определить характер опухоли у большинства больных и решить вопрос об объеме операции.

***Лечение:***

При доброкачественном характере текаклеточной опухоли удаляют придатки на стороне поражения. При злокачественной текаклеточной опухоли производится полное удаление матки с придатками. У некоторых больных лучевое лечение в послеоперационном периоде значительно снижает число рецидивов.

***Опухоль Бреннера***

Встречается редко, чаще односторонняя. Величина различная – до головы взрослого человека. Строение волокнистое, как фиброма, белесовато – серого цвета, иногда с желтоватым оттенком.

***Клиника.***

В молодом возрасте - нарушение менструального цикла. У старых – метрорагии , во всех возрастах гирсутизм.

***Лечение:***

*Хирургическое* – удаление опухоли, так как относится к доброкачественным образованиям.

#### **Тема № 114**

#### **Фоновое и предраковое заболевания. Роль ВМК**

Понятие «Предрак» включает комплекс клинических и морфологических признаков. К клиническим признакам относят длительный (хронический) дистрофический процесс и так называемые доброкачественные опухоли, когда они имеют определенную тенденцию к малигнизации и морфологические признаки предрака: атипическое разрастание эпителия, очаговые пролифераты (но без инвазии), клеточный атипизм. В последнее время высказано мнение, что для предрака типична ранняя более и менее продолжительная фаза не пролиферативных изменений, которая еще мало изучена. Вопрос о биохимических особенностях тканей и клеток при предраке нельзя считать достаточно освещенным.

Важно подчеркнуть, что не всякий предрак переходит в рак, т.е. переход из стадии предрака (в клиническом смысле) в рак не является неотвратимым и совершается не всегда. Это положение имеет не только теоретическое, но и большое практическое значение для разработки мероприятий по лечению и профилактике злокачественных опухолей и прежде всего рака. Современная медицина располагает двумя путями эффективной профилактики злокачественных опухолей:

- 1) предупреждение развития предракового процесса;
- 2) лечение предракового процесса.

По отношению к ряду злокачественных опухолей полового аппарата женщины (и прежде всего раку шейки матки) своевременное применение профилактических мероприятий является вполне доступным и высокоэффективным. Подробнее эти вопросы освещены в соответствующих разделах.

#### **Предраковые заболевания шейки матки.**

##### **Лейкоплакия, дисплазия эпителия.**

К предраковым заболеваниям шейки матки относятся лейкоплакия, дисплазия, базальноклеточная гиперактивность шейки матки. К потенциально опасным в отношении рака следует относить лишь лейкоплакии с пролиферацией клеток базального слоя и атипизмом эпителия. Они могут сочетаться с преинвазивным и инвазивным раком.

Клинические симптомы подобной лейкоплакии не представляют ничего характерного. Диагноз устанавливается при гистологическом исследовании



препарата, полученного при прицельной биопсии после кольпомикроскопии. Терапия заключается в диатермоконизации шейки матки с последующим наблюдением. При выявлении инвазивного рака показано расширенное удаление матки с придатками и лучевая терапия.

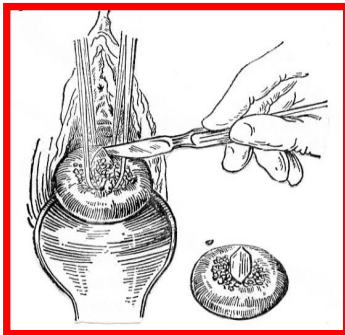
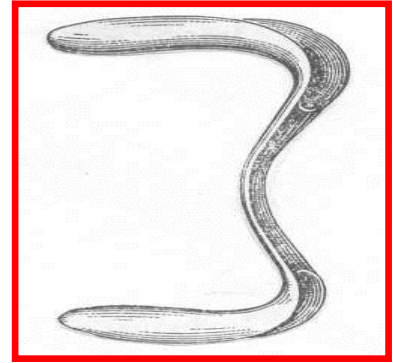
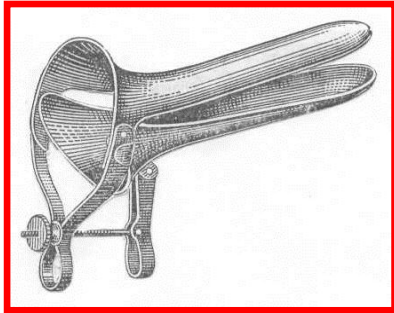
Дисплазия эпителия шейки матки встречается у больных 32 -38 лет, во время беременности в более раннем возрасте, в периоде менопаузы-редко. У молодых женщин дисплазия развивается преимущественно в эпителии влагалищной части шейки матки; в старшем возрасте патологический процесс переходит в шеечный канал. В этих случаях можно говорить о дисплазии резервных клеток. Этим термином обозначают мелкие клетки эпителиального вида, находящиеся часто под призматическим эпителием слизистой оболочки шеечного канала и желез, а также под низким многоядным эпителием переходной зоны. В основе дисплазии лежат аплазия и пролиферация базальных клеток, переходящие затем на вышележащие слои; в этом процессе участвуют и парабазальные клетки. Для дисплазии характерно полиморфизм клеток, прежде всего их ядер, увеличение размеров ядер, но без признаков полиморфизма, иногда васкуляризация, большое (до 90%) число митозов и патологических митозов (до 29 %) . Различают нерезкую и резко выраженные формы дисплазии. К первой относят случаи, когда пролиферирующий эпителий составляет половину эпителиального слоя. При резко выраженной форме патологически изменена большая часть эпителиального слоя, а также обнаруживается измененный эпителий с выраженным полиморфизмом и значительным количеством митозов лишь в глубоких слоях эпителия.

**С и м п т о м а т о л о г и я.** При дисплазии эпителия шейки матки не наблюдается характерных симптомов. Часто определяются соответствующие изменения шейки матки: псевдоэрозия (до 85 %), эндоцервицит, лейкоплакия, преинвазивный и инвазивный рак шейки матки. У ряда больных отсутствует какие либо проявления.

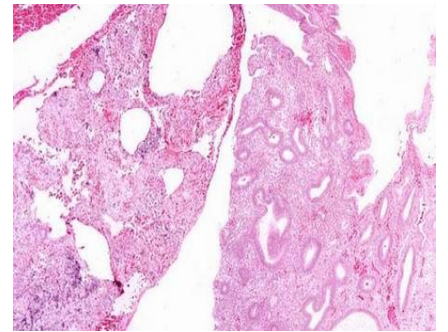
**Д и а г н о с т и к а.** Подозрение на дисплазию шейки матки может возникнуть при кольпомикроскопии и цитологическом исследовании, диагноз подтверждается путем гистологического исследования.

- Исследование при помощи зеркал.
- Цитологическое исследование.
- Гистологическое исследование.

- Кольпоскопическая биопсия.



### **ВЛАГАЛИЩНЫЕ ЗЕРКАЛА**



### **БИОПСИЯ ШЕЙКИ МАТКИ**

**Прогноз.** Зависит от своевременной диагностики и рациональной терапии. В этих случаях его можно считать благоприятным.

#### **Полипы слизистой оболочки шейки матки.**

Обычно это слизистый полип. По вопросу о том, являются ли слизистые полипы истинной опухолью, результатом воспалительного процесса или нарушений гормональных функций яичников, нет единого мнения. Однако в пользу последнего

взгляда говорит тот факт, что слизистые полипы шейки матки чаще наблюдается у женщин старше 40 лет, чем в молодом возрасте.

Роль воспалительного процесса в развитии полипа в настоящее время твердо не установлена. Злокачественного превращения слизистых полипов шейки матки не наблюдается.

Макроскопически подобное образование представляет в виде узлов различных размеров от нескольких миллиметров до 5-6 см, растущих в виде продолговатой формы полипа на ножке. В отдельных, сравнительно редких случаях, аденокарцинома шейки матки также имеет форму полипа.

**С и м п т о м а т о л о г и я.** Основными симптомами полипов шейки матки является бели (слизистые, примесью крови), иногда контактные кровотечения. Изредка наблюдаются некроз и инфицирование полипа.

**Л е ч е н и е.** При обнаружении полипа шейки матки показаны удаление его и гистологическое исследование. Полип на тонкой ножке удаляют путем откручивания. При толстой ножке необходимо наложение на нее лигатуры с последующим рассечением. Если при наличии полипа ациклические кровянистые выделения, показано выскабливание слизистой оболочки шейки матки.

### **Предраковые заболевания эндометрия.**

К этим заболеваниям относятся: атипическая гиперплазия, очаговый аденоматоз и аденоматозные полипы эндометрия. Макроскопически соскоб эндометрия при его предраковых изменениях не имеет характерных особенностей; слизистая оболочка бывает утолщенной, местами полипозного вида. Макроскопически атипическая гиперплазия и аденоматозные полипы эндометрия характеризуются пролиферацией желез и железистого эпителия. Железистый эпителий часто бывает многоядным, иногда отличается полиморфизмом. Ядра желез эпителия палочковидной, овоидной или округлой формы. При атипической гиперплазии наблюдаются митозы. Предраковые изменения могут быть очаговыми или захватывать весь эндометрий; в последнем случае они часто выявляются на фоне железисто – кистозной гиперплазии.

Развитию предраковых изменений в эндометрии способствуют эстрогены (длительное их введение), эстрогенпродуцирующие опухоли, склерокистозные яичники.

**С и м п т о м а т о л о г и я.** Основным симптомом у молодых женщин являются ановуляторное кровотечение, у пожилых кровотечения в менопаузе.

**К л и н и ч е с к о е   т е ч е н и е.** Предраковые изменения эндометрия могут подвергаться обратному развитию, длительно существовать без изменений. Переход в рак (особенно в менопаузе) возможен (по данным различных авторов) в 2 – 45 % случаев.

**Д и а г н о с т и к а.** Диагноз основывается на данных гистологического исследования соскоба эндометрия. Необходимо учитывать, что аденоматозные полипы часто локализуются у дна матки и в трубных углах.

**П р о г н о з.** Зависит от своевременного распознавания, постоянного наблюдения и рациональной терапии. В этих условиях он является благоприятным.

**Л е ч е н и е.** В молодом возрасте показана гормональная терапия для восстановления нормального менструального цикла. С этой целью применяют (с 5 – го дня после выскабливания) синтетические прогестины или гестогены 17– оксипрогестеронкапронат на 5,12 и 19 – й день цикла по 125 – 250 мг внутримышечно и этинилэстрадиол по 1 таблетке (0,05г) с 5-го по 25 – й день цикла или прогестогены с 5 – го по 25 – й день цикла по 1 таблетке в течение 3–4 циклов.

Необходимо учитывать противопоказания: тромбофлебит, болезни печени. При резко выраженной атипической гиперплазии, аденоматозе и успехе гормональной терапии показано повторное гистологическое исследование соскоба эндометрия. При склерокистозных яичниках показана резекция их, при гормонопродукцирующей опухоли яичника – удаление её. У женщин старше 50 лет показана ампутация или экстирпация матки (в зависимости от состояние шейки матки).

## **Тема № 115**

### **Фоновое и предраковое заболевания. Роль ВМК**

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.

3. 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 атипичная 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, вапоризация 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, напозающим 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, сальпингоофорит, 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.

## **Тема № 116**

### **Рак шейки и тела матки. Роль ВМК**

Наблюдается у женщин старше 50 лет. Встречается в 10 раз меньше, чем рак шейки матки.

Различают 2 вида рака тела матки:

- ✓ Ограниченный;
- ✓ Диффузный.

**Клиника:**

Кровотечения, молочные, гнойные, кровянистые бели и боль (при метастазах). Развивается очень медленно, до появления первых жалоб проходит 2 года.

Смерть может наступить от кахексии, метастазов, сепсиса и перитонита.

Клинико – анатомическая классификация

Стадия 0 – T<sub>is</sub>

Стадия I – T<sub>1</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия II – T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>

Стадия III – T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>; T<sub>1-3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>

Стадия IV – T<sub>4</sub>M<sub>1</sub>

***Причины поздней диагностики раковых заболеваний:***

1. Незнание женщиной симптомов рака;
2. Бессимптомное развитие рака;
3. Недостаточное обследование больных;
4. Недостаточная квалификация врачей и среднего мед.персонала.

**Сестринский процесс при доброкачественных и злокачественных опухолях женский половых органов.**

Медсестра при I этапе сестринского процесса (сборе информации) при опросе должна обратить внимание на характер болей. При спастическом сокращении матки это может быть рождение под слизистого миоматозного узла, сдавление нервных окончаний опухолями.

Интенсивные и продолжительные боли бывают при метастазировании раковой опухоли половых органов.

При выяснении наследственности следует спросить о злокачественных новообразованиях, однако нужна разъяснить больной, что отягощенная наследственность не предопределяет непременно возникновение заболевания.

Условия труда, профессия больной, наличие профессиональных вредностей (химические вредности, радиация) могут быть причиной новообразований. Менструальный анамнез может дать возможность предположить диагноз. Так, например при подслизистой миоме матки, раке, эндометриозе возможны кровянистые выделения между менструациями, также они бывают очень обильными. Усиление количества белей также может говорить о новообразованиях, важно выяснить их цвет, запах, консистенцию.

Изменение функции соседних органов (мочеиспускания, дефекации) часто бывает при миоме матки. Причиной болезненности мочеиспускания может быть распространение злокачественного процесса матки на мочевыделительные органы.

При сдавлении нижних органов кишечника опухолями женских половых органов могут быть жалобы на запор, а при прорастании опухоли в просвет кишки – появление крови в кале.

При объективном осмотре по системам и органам при общем осмотре по системам при общем осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов (миома матки), истощение и землистый цвет лица (злокачественные новообразования).

При глубокой пальпации злокачественные опухоли не имеют чётких границ, малоподвижны, а доброкачественные – чётко контурируются, подвижны. Поверхность опухоли может быть гладкой (однокамерная опухоль яичника единичный узел миомы) или бугристой (рак, множественная миома).

Медсестра при осмотре наружных половых органов и осмотре зеркалами может заподозрит доброкачественные и злокачественные новообразование.

Поставив предварительный диагноз, медсестра должна направить больную на консультацию к акушеру-гинекологу и проследить, посетила ли больная специалиста.

В гинекологических стационарах медсестра, работая в отделении оперативной гинекологии, готовит больную к операции, участвует в операции в качестве операционной сестры, сестры – анестезистки, проводит послеоперационный уход. Средний медицинский персонал этого отделения обязан оказать неотложную медицинскую помощь при кровотечениях из половых органов:

1. Уложить пациентку, успокоить её.
2. Вызвать врача.
3. Положить холод на низ живота.
4. Подготовить капельницу для внутривенного введения.
5. Ввести кровостанавливающие.
6. Затампонировать влагалище, предварительно смочив внутренний конец тампона перекисью водорода или раствором кальция хлорида. Тампон оставляют на 6 часов, после чего осторожно извлекают.
7. При остановке дыхания – искусственное дыхание.

**Тема № 117**  
**Синдром яичниковой недостаточности. Роль ВМК**

Это нарушение функции яичников, характеризующееся гипофункцией желтого тела яичника. Недостаточный синтез прогестерона ведет к недостаточной секреторной трансформации эндометрия, изменению функции маточных труб, нарушению имплантации оплодотворенной яйцеклетки, что клинически проявляется бесплодием либо спонтанным выкидышем в I триместре беременности. Известно, что в фолликулярную фазу менструального цикла продукция прогестерона практически постоянно остается на низком уровне. Увеличение его концентрации начинается за 1-2 дня до овуляции и достигает самой высокой концентрации на 7-8-й день лютеиновой фазы цикла. Полагают, что механизмы, контролирующие функцию желтого тела, включают факторы, вырабатываемые самим желтым телом, и внеовариальные факторы. К ним относятся белки, пептиды, стероиды и ПГ, действующие независимо друг от друга и совместно. Существенная роль в регуляции функции желтого тела принадлежит также окситацину, возопрессину, особенно в комбинации с ЛГ, ПРЛ, эстрогенами или ПГ. Влияние РГЛГ на функцию желтого тела до настоящего времени неясно, хотя имеются данные об ингибирующем его действии.

#### **Причины НЛФ:**

- ✓ Дисфункция гипоталамо – гипофизарной системы, возникающая после физического и психического стресса, травм, нейроинфекции и др. Установлено, что при НЛФ уровень ФСГ ниже чем у здоровых женщин.
- ✓ Гиперандрогенемия яичникового, надпочечникового или смешанного генеза.
- ✓ Функциональная гиперпролактенемия. НЛФ может развиваться в результате влияния высоких концентраций пролактина на секрецию и освобождение гонадотропных гормонов, ингибирования стероидогенеза в яичниках.
- ✓ Затяжной воспалительный процесс в придатках матки.
- ✓ Патология желтого тела, обусловленная биохимическими изменениями в перитонеальной жидкости (повышенное содержание простагландинов и их метаболитов, макрофагов, пероксидазы).
- ✓ Гипо или гипертиреоз.

#### **Диагностика НЛФ.**

Основным симптомом НЛФ могут быть бесплодие или скудные кровянистые выделения за 4-й 5-й дней до начала менструации. При постановки диагноза применяют следующие методы.

1. Традиционным методом является измерение базальной температуры. При нормальной функции желтого тела продолжительность лютеиновой фазы составляет 11-14 дней независимо от продолжительности менструального цикла. НЛФ характеризуется укорочением второй фазы цикла, разница температуры в обе фазы цикла составляет менее 0,6 °С.
2. Оценка уровня прогестерона в крови, определение экскреции прегнандиола с мочой. Начинают исследование не ранее 4-5 – го дня подъема ректальной температуры, так как пик синтеза прогестерона приходится на 7-8 –й день после овуляции. При НЛФ уровень прогестерона снижен. Идеальным является определение его уровня в течение второй фазы менструального цикла в 3-5 раз. Уровень прогестерона в плазме крови 9-80 нмоль\литр и прегнандиола в моче более 3 мг\сутки является показателем удовлетворительной функции жёлтого тела.  
При биопсии эндометрия, проводимой за 2-3 дня до начала менструации, выявляется недостаточность секреторной трансформации эндометрия.
4. УЗ –сканирование роста фолликулов и толщины эндометрия в динамике менструального цикла позволяет предположить НЛФ.
5. Лапароскопия, произведенная после овуляции, позволяет наблюдать «стигму» на месте овулировавшего фолликула, хотя наличие овуляции ещё не означает полноценную функцию желтого тела.

#### **Лечение НЛФ.**

- ✓ Раствор прогестерона во вторую фазу цикла за 10 дней до начала менструации.
- ✓ Хориальный гонадотропин предпочтительно вводить на 2-4-6 –й день повышения базальной температуры по 1500-2000 МЕ.
- ✓ Комбинированные эстроген – гестагенные препараты назначают с целью reboud – эффекта в течение 2-3 курсов.
- ✓ Кломифен по обычной схеме: с 5-го по 9-й день цикла по 50 мг, при недостаточном эффекте дозу можно увеличить до 100-150 мг.
- ✓ При гиперпролактинемии рекомендуется лечение парладелом по 2,5-7,5 мг сутки в течение 4-6 циклов.

- ✓ При гиперандрогении назначают дексаметазон по 0,25-0,5 мг сутки с кломифеном.

### **Профилактика НЛФ.**

Заключается в предупреждение тех патологических состояний, которые способствуют развитию НЛФ.

### **Синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула**

Это преждевременная лютеинизация преовуляторного фолликула без овуляции, характеризующаяся циклическими изменениями секреции прогестерона и несколько запоздалой секреторной трансформацией эндометрия, основным клиническим симптомом является бесплодие.

Причины: Не известны.

Патогенез: Фолликул увеличивается до 35 мм но не разрывается а уменьшается.

Наблюдается гиперандрогения и обменные нарушения в яичниках.

### **Диагностика:**

- УЗИ (плато-эффект)
- Лапороскопия (геморагическая зона без стигмы)

### **Лечение ЛНФ синдрома.**

Специального лечения ЛНФ – синдрома не существует.

В настоящее время существует 5 основных методов лечения ановуляции.

- ✓ Стимуляция овуляции при гиперпролактинемии достигается назначением парлодела по 1,25 – 2,5 мг\сутки после нормализации уровня пролактина назначают кломифен, ХГ, пергонал.
- ✓ При дисфункции гипоталамо-гипофизарной системы с ановуляцией, при низком уровне ЛГ, положительным гестогеновым тестом применяют кломифен, ХГ, пергонал.
- ✓ При выпадении отдельных функций гипоталамо-гипофизарной системы с низким уровнем эстрогенов, отрицательным гестагеновым тестом проводят терапию ХГ, Пергоналом: лишь при реактивности гипофиза предпринимают попытку использования РГЛГ.
- ✓ При гиперандрогемии надпочечникового генеза требуется назначение кортикостероидов в сочетании с кломифеном, ХГ или пергоналом.
- ✓ При яичниковой гиперандрогинемии с высоким уровнем экскреции эстрогенов, ЛГ и поликистозом яичников используют гестогены с сочетанием с

кломифеном или с перганалом и ХГ, а также РГЛГ и его агонисты, позволяющие активировать созревание фолликулов в яичниках.

## **Тема № 118**

### **Бесплодие брак. Женское и мужское бесплодие**

Бесплодие – отсутствие беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения.

#### **Частота бесплодных браков**

Колеблется от 10 до 20%. При частоте, превышающей 15%, бесплодие является одним из факторов, определяющих демографическую ситуацию в регионе. Различают первичное и вторичное бесплодие.

Определения «первичное» и «вторичное» бесплодие относятся только к женщине. Если у женщины никогда не было беременности — это **первичное бесплодие**. Если у нее была хотя бы одна беременность, то независимо от того, чем она закончилась (родами, абортом, выкидышем, внематочной беременностью), последующее бесплодие считается вторичным.

#### **Причины женского бесплодия.**

- ✓ Отсутствие овуляции 15-20%
- ✓ Заболевания придатков матки 20-30%
- ✓ Различные гинекологические заболевания 15-25 %
- ✓ Иммунологическое бесплодие 3-4%
- ✓ Эндокринное бесплодие.

**Эндокринное бесплодие** – это бесплодие, характеризующееся нарушением процесса овуляции.

Эндокринное бесплодие встречается 4-40 %

**Ановуляция** – одна из наиболее частых причин бесплодия. Хроническая ановуляция – гетерогенная группа патологических состояний, характеризующаяся нарушением циклических процессов в гипоталамо – гипофизарно – яичниковой системе. Многообразие клинических, биохимических, морфологических нарушений характерно для этого состояния. Клинический спектр представлен ДМК, олигоменореей, аменореей, при наличии или отсутствии галактореи, гирсутизма, а в ряде случаев вирилизации. Содержание в крови андрогенов и ЛГ при ановуляции может быть как нормальным, так и достигать высоких цифр. Размеры яичников также варьируют в широких пределах – от нормальных до увеличенных в несколько раз.



## **Лечение ановуляции**

При гиперпролактинемии парлодел (1,25-2,5 мг/сут/ если содержание пролактина в норме, затем кломифен (по обычной схеме: с 5 го по 9-й день цикла по 50 мг, при недостаточном эффекте дозу можно увеличить до 100-150 мг\сутки), ХГ(по 2000-3000 МЕ на 2-4-6 день повышения базальной температуры)

В связи с нарушениями в гипоталамо-гипофизарной системе (→ ановуляция. ЛТ↓« гестагенный тест+ (кломифен, ХГ, пергонал)

Эстроген ↓в состоянии отрицательного гестагенного теста (ХГ, пергонал или РГЛГ)

Андрогенемия, связанная с недостаточностью функции яичников: (дексаметазон (по 0,25 – 0,5 мг\сутки) + кломифен+ХГ)

При гиперандрогемии яичников ↑ экскреция эстрогенов и при поликистозе яичников (гестоген + кломифен и агонист РГЛГ + ХГ).

### **Трубно-перитонеальное бесплодие и как часто оно встречается?**

Так называется сочетание трубного и перитонеального бесплодия. Среди причин женского бесплодия доля трубного и перитонеального бесплодия достигает 70%.

**О трубном бесплодии** говорят, когда маточные трубы не способны выполнять свою функцию. Причиной трубного бесплодия могут быть:

- нарушение функции маточных труб, инфантилизм (недоразвитие);
- органическое поражение маточных труб;
- отсутствие маточных труб.

### **Принято выделять 2 основные формы трубного бесплодия:**

- ✓ Нарушение функции маточных труб.
- ✓ Органические поражения маточных труб.

К функциональным расстройствам относится нарушение сократительной активности маточных труб: гипертонус, гипотонус, дискоординация.

Органические поражения маточных труб включают непроходимость, спайки, перекрут, стерилизацию и др.

### **Физиология маточных труб.**

Маточные трубы имеют сложную нейрогормональную регуляцию, направленную на обеспечение транспортной функции в системе репродукции. Физиологические процессы, происходящие в маточных трубах, обеспечивают приём сперматозоидов и яйцеклетки, питание и транспорт гамет и эмбриона.

## **Перитонеальная форма бесплодия**

Развивается как следствие воспалительных заболеваний в половых органах, после оперативных вмешательств на половых органах, органах малого таза и брюшной полости. Установлена прямая зависимость степени распространённости спаечного процесса в малом тазу от количества проведенных гидротубаций, а также роль масляных растворов, используемых при ГСГ.

### **Диагностика трубного бесплодия.**

1. Анамнез
2. Хронические воспалительные заболевания половых и других органов и систем.
3. Особенности течения послеабортных, послеродовых, послеоперационных периодов.
4. Наличие синдрома тазовых болей, боли при половом сношении, альгодисменорея.
5. Характер предшествующей контрацепции и длительность её применения.
6. Частота половых сношений, смена партнёров, воспалительные заболевания у партнеров, характер болей.
7. ГСГ
8. Лапароскопия

### **Диагностика перитонеальной формы бесплодия.**

Важную роль играют данные анамнеза, указания на перенесенные воспалительные заболевание, оперативные вмешательства на органах малого таза и брюшной полости. Особого внимания заслуживают частые инвазивные процедуры: ГСГ, гидротубации и диагностические выскабливания.

### **Лечение функционального трубного бесплодия.**

Предполагает использование психотерапии, седативных средств, транквилизаторов, спазмолитических препаратов, блокаторов простагландинов (напросин, индометацин) в предовуляторные дни цикла, коррекцию гормональных нарушений. Широкое применение нашла бальнеотерапия – сероводородные ванны.

### **Лечение трубного бесплодия при органических поражениях маточных труб**

- ✓ Применяют как консервативное, так и оперативное лечение.
- ✓ Консервативная терапия, применяемая при лечении хронического воспаления придатков матки, недостаточно эффективна. При длительном консервативном лечении развиваются грубые анатомо – функциональные нарушения в трубах:

дистрофические изменения, срастание складок слизистой оболочки, развитие соединительной ткани в слизистом и мышечном слое нарушается рецепторный аппарат, чувствительность которого к гормонам и без того снижена вследствие, хронического воспаления, что обуславливает нарушение процессов стероидогенеза.

При отсутствии эффекта от комплексной консервативной терапии трубного бесплодия в течение 1,5-2 лет показано применение хирургических, в частности микрохирургических методов лечения.

#### **Лечение перитонимальной формы бесплодия.**

Оптимальным является противовоспалительная терапия (продигиозан, антибактериальные препараты, физические факторы). Отсутствие беременности в течение 6-12 мес после проведенного лечения является показанием к лапароскопии.

#### **Профилактика трубного бесплодия.**

Предусматривает профилактику и своевременное лечение воспалительных заболеваний половых органов супругов, рациональное ведение родов и послеродового периода, своевременную диагностику и лечение аппендицита.

#### **Гинекологические заболевания, приводящие к бесплодию**

- ✓ Аменорея
- ✓ Внутриматочные синехии
- ✓ Заболевания шейки матки
- ✓ Иммунологические
- ✓ Психогенные

#### **Некоторые гинекологические заболевания как причина бесплодия.**

**Маточная форма аменореи.** Причинами данной аменореи могут быть повторные диагностические выскабливания слизистой оболочки матки: послеродовые и послеоперационные осложнения; воздействие химических прижигающих веществ; эндометриты различной этиологии.

#### **Диагностика.**

- ✓ Субъективные ощущения циклических изменений в организме при сохранённой функции яичников.
- ✓ Обследование по тестам функциональной диагностики и определение уровней Е 2 и прогестерона указывает на сохранение функции яичников.
- ✓ Гормональные пробы с прогестероном, комбинированными эстроген – гестагенными препаратами в циклическом режиме отрицательные.

- ✓ При ГСГ и УЗИ слизистая оболочка матки истончена или имеются внутриматочные синехии.
- ✓ Гистероскопия позволяет уточнить расположение и характер синехий.

### **Лечение**

Разрушение синехий под контролем гистероскопии, введение ВМС на 2-3 менструальных цикла с назначением циклической гормонотерапии. При атрофии эндометрия, сохраненной или несколько сниженной функции яичников.

**Прогноз:** при маточной форме аменореи довольно сложный и зависит от степени и глубины поражения базального слоя эндометрия.

## **Тема № 119**

### **Женское и мужское бесплодие. Этиология, диагностика и лечения**

К иммунологическому бесплодию относят случаи, когда в организме женщины или мужчины вырабатываются специфические белки (антитела) против сперматозоидов. Эти антитела подавляют подвижность сперматозоидов и угнетают их способность к оплодотворению яйцеклетки. Антиспермальные антитела могут быть в крови женщины, в шейной слизи, в секрете матки маточных труб. Именно эти случаи чаще всего имеют в виду, говоря о бесплодии, вызванном несовместимостью супругов. В случаях, когда организм мужчины сам вырабатывает антиспермальные антитела, их называют аутоиммунными (от греч. *Auto*-«сам»). Аутоиммунные антитела прикрепляются прямо к сперматозоидам. Из-за этого они начинают склеиваться между собой, теряют способность к передвижению.

В последнее время появились публикации об антителах к хорионическому гонадотропину (гормону, который вырабатывает плодное яйцо и который стимулирует секрецию прогестерона желтым телом) как причине бесплодия и неудач в его лечении. Однако, чтобы дать окончательную оценку сообщаемым фактам, необходимо проведение дополнительных исследований. Появление антител рассматривается специалистами как частное проявление общих нарушений в иммунной системе. Иммунологические нарушения могут сочетаться с любой другой формой бесплодия, быть причиной невынашивания наступившей в результате лечения беременности, поэтому исследования состояния иммунной системы входят в комплексное обследование бесплодных супружеских пар.

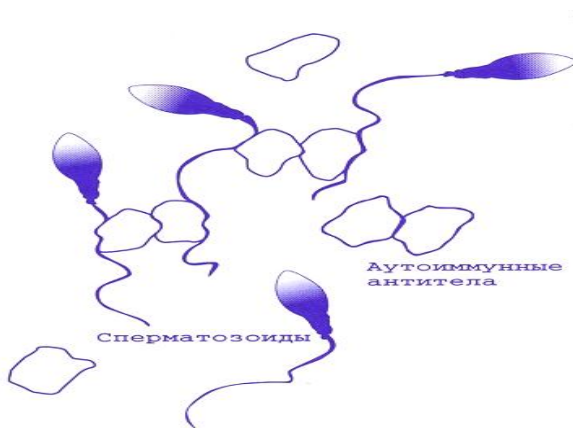
### **Лечение**

Призерватив до 6 мес, глюкокортикоидные препараты женщине, использование методов развидения спермы (снижение концентрации антител) и отделение нормальных сперматозоидов от функционально неполноценных.

### Схема действия аутоиммунных антител

#### Психогенные фактор

У подавляющег  
нарушения психоэмоц  
истерические состояния  
Показано наблюдение



тся различные  
одинокчества,  
ролога.

#### Методы обследования бесплодных женщин.

Систематизация сроков проведения основных методов обследования женщин с бесплодием.

1. Тесты функциональной диагностики 2-3 цикла.
2. Гормональные исследования (ЛГ, ФСГ, Прولاктин, тестостерон, ДЭА) на 3-5 й день менструального цикла; в середине цикла и во вторую фазу;
3. ГСГ на 6-8-й день менструального цикла;
4. УЗ-биометрия роста фолликулов на 8-14-й день менструального цикла.
5. Посткоитальные тесты – на 12-14-й день менструального цикла.
6. Лапароскопия на 18-й день менструального цикла.
7. Определение уровня прогестерона на 19-24 –й день менструального цикла.
8. Биопсия эндометрия за 2-3-й дня до начала менструации.

#### Базальная температура и ее измерение

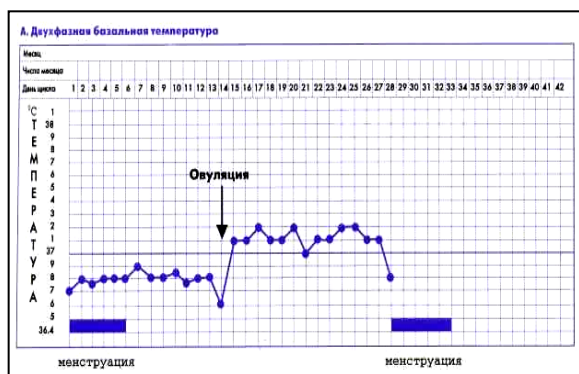
На основании полученных результатов строится график базальной температуры. Под влиянием гормона желтого тела (прогестерона) базальная температура в середине менструального цикла повышается на 0,4°C (до 37°C и выше) и держится на этом уровне в течение 12-14 дней, снижаясь до 36,6°C за 1-2 дня до месячных. Такая температурная кривая называется двухфазной и свидетельствует о нормальном овуляторном менструальном цикле. Если базальная температура в течение всего менструального цикла держится ниже 37°C, ее называют монофазной (однофазной). Это, как правило, бывает при отсутствии овуляции.

## Базальная температура и ее измерение

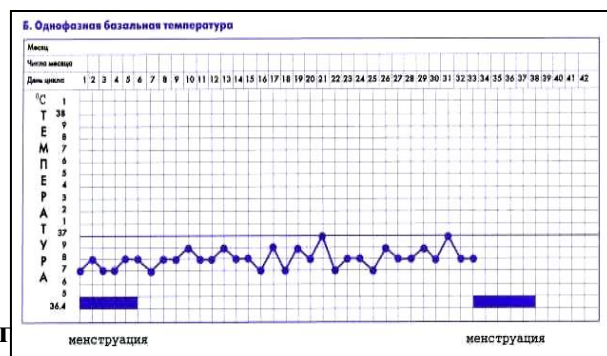
**Базальная температура** — это температура, измеряемая обычно в прямой кишке (возможно во рту или во влагалище) с соблюдением определенных условий:

- в течение всего менструального цикла;
- в одной и той же области;
- утром, сразу после сна, не вставая с постели;
- в одно и то же время;
- одним и тем же градусником, вводя его в прямую кишку на 4-5 см;
- в течение 5-7 минут;
- в течение 2-3-х менструальных циклов.

## Базальная температура.



ионально



Гормональные исследования позволяют определить концентрацию различных гормонов в крови и оценить таким образом функцию не только яичников, но и других эндокринных желез (гипофиза, щитовидной железы, надпочечников), влияющих на репродуктивную (детородную) функцию. В связи с цикличностью процессов в организме женщины анализ крови на гормоны должен быть сделан на 2-5 и 20-23 дни менструального цикла. Иногда для уточнения характера гормональных нарушений требуется проведение специальных гормональных проб.

## Подготовка больных к анализу на гормоны

Кровь на гормоны должна быть сдана натощак в состоянии эмоциональной стабильности; обязателен половой покой накануне сдачи анализа. За 2 недели до исследования необходимо прекратить приём антибиотиков, антикоагулянтов, сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, салицилатов и гормонов, если они не были специально назначены врачом, проводящим исследование.

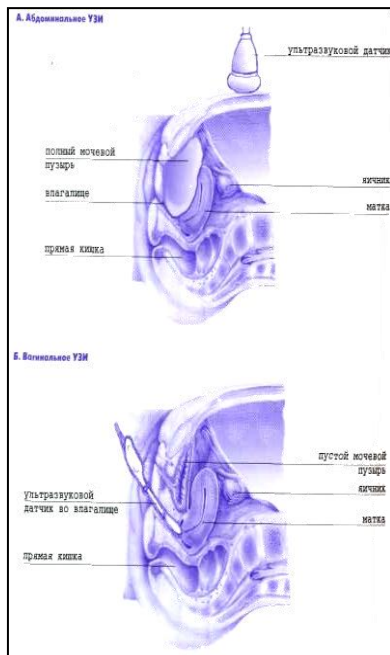
## ГСГ

**ГСГ (гистеросальпингография)** — это до недавнего времени самый распространенный метод рентгенологического исследования состояния полости матки и проходимости маточных труб. Для того чтобы получить рентгеновские снимки матки и маточных труб, их необходимо заполнить с помощью специального катетера рентгеноконтрастным раствором через канал шейки матки — цервикальный канал. Свободное поступление контрастного вещества в маточные трубы и истечение его в брюшную полость свидетельствуют о проходимости маточных труб. ГСГ позволяет выявить полипы эндометрия, подслизистую миому и пороки развития матки.

Недавно был разработан специальный контраст для ультразвуковых лучей и стало возможным проводить ГСГ под контролем УЗИ.

### Ультразвуковой мониторинг

это



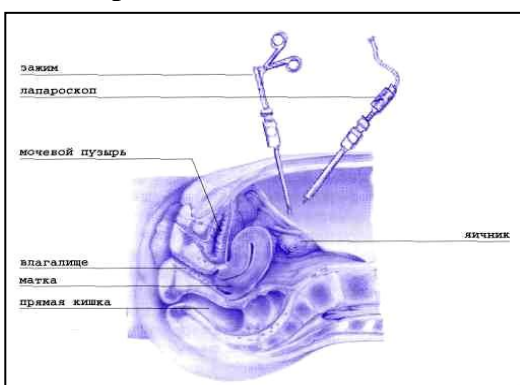
**Ультразвуковой мониторинг** — наблюдение с помощью УЗИ (ультразвуковое исследование) за изменениями, происходящими в яичниках и матке в течение менструального цикла.

### Ультразвуковой мониторинг

**Лапароскопия** — это операция, во время которой через микроразрезы на животе в брюшную полость вводят специальные инструменты, оснащенные оптикой. Лапароскопия позволяет увидеть глазом внутренние половые органы женщины и получить благодаря этому исчерпывающую информацию

об их состоянии, выявить заболевания, которые невозможно диагностировать с помощью обычного гинекологического исследования, УЗИ, ГСГ. Кроме этого, важным преимуществом лапароскопии является возможность проведения одномоментного хирургического лечения обнаруженной патологии.

### Лапароскопия



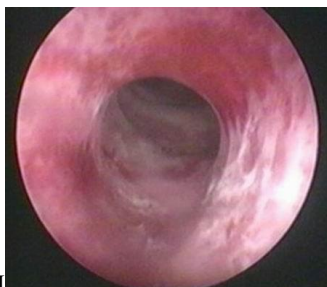
### Гистероскопия.

**Гистероскопия** — это осмотр полости матки с помощью вводимой через влагалище и канал шейки матки оптической системы, подобной той, что применяется для лапароскопии только с использованием других специальных инструментов. Гистероскопия дает больше важной информации о состоянии полости матки, чем ГСГ. Во время гистероскопии можно сделать прицельную биопсию эндометрия, удалить полип, удалить из полости матки миоматозный узел или перегородку (вариант порока развития матки).

### **Гистероскопия.**

#### **Биопсия эндометрия**

**Биопсия эндометрия** — это забор кусочка эндометрия для гистологического (под микроскопом) исследования, что позволяет выявить целый ряд заболеваний,



которые могут быть причиной бесплодия и неудач в ЭКО.

### **Гистероскопия.**

#### **Мужское бесплодие**

Наиболее частой причиной мужского бесплодия является изменение физиологических свойств спермы, зависящее от нарушения функции половых желез. Как известно, процесс сперматогенеза осуществляется в результате нормальной деятельности системы гипоталамус – гипофиз – тестикулы. Нормальному ходу сперматогенеза способствует наличие барьера (собственная оболочка семенных канальцев, эндотелия сосудов), который обуславливает оптимальную среду питания, гормональный гомеостаз и защиту развивающихся сперматозоидов от проникновения из крови повреждающих веществ. Нарушение этого гемато – тестикулярного барьера может произойти под влиянием воспалительных заболеваний, травм, повреждающих физических и химических факторов. В подобных случаях возможно изменение процесса сперматогенеза, ведущее к бесплодию.

#### **Свойства спермы могут измениться при следующих заболеваниях:**

Нейроэндокринных растройствах, нарушающих нормальное взаимодействие в системе гипоталамус – гипофиз – тестикулы.



1. При алкоголизме
2. Морфинизме
3. При воспалительных заболеваниях (орхит, эпидидимит), особенно гонорейной этиологии.
4. Рубцовые изменения в семявыводящем протоке и придатке семенника.
5. Пороки развития уретры (гипоспадия, эписпадия)

К бесплодию ведут следующие изменения спермы:

- ✓ Азоспермия
- ✓ Некроспермия
- ✓ Аспермия
- ✓ Отсутствие спермы.

При олигоспермии (малое количество семенных нитей и астеноспермии много сперматозоидов с ослабленными движениями, частичной тератоспермии зачатие возможно, но указанные аномалии практически обычно сопровождается бесплодием)

### **ЭКО и этапы ЭКО**

ЭКО — это оплодотворение яйцеклетки вне организма женщины — «в пробирке». Лечебная процедура ЭКО состоит из нескольких этапов:

- Индукция суперовуляции.
- Пункция фолликулов и забор яйцеклеток.
- Оплодотворение яйцеклеток и культивирование эмбрионов.
- Перенос полученных эмбрионов в полость матки.

### **Показания к ЭКО**

ЭКО было создано для лечения трубного бесплодия. В настоящее время с помощью ЭКО и основанных на ЭКО методах и программах ВРТ могут эффективно лечиться практически все формы бесплодия, не поддающиеся лечению другими методами.

Индукция суперовуляции (гормональная стимуляция яичников) проводится для получения сразу нескольких зрелых фолликулов и яйцеклеток в течение одного менструального цикла. Известно, что у здоровой женщины не каждый менструальный цикл плодovit. В созревшем в условиях естественной гормональной стимуляции фолликуле может быть неполноценная яйцеклетка, он может быть пустым, то есть вообще не содержать яйцеклетки. Чтобы избежать таких неожиданностей и проводится индукция суперовуляции.

## **Пункция фолликулов**

В самом начале истории ЭКО пункция фолликулов и забор яйцеклеток проводились через переднюю брюшную стенку (трансабдоминально) при лапароскопии. Лапароскопия требует госпитализации, проводится под наркозом и сейчас используется очень редко по особым показаниям. В настоящее время в основном используется трансвагинальный способ, при котором пункция яичников осуществляется через влагалище с помощью специальной иглы, под контролем ультразвукового исследования (рис. 38). Благодаря минимальной травматичности и болезненности, трансвагинальный способ пункции яичников удобен для пациенток и врачей, выполняется амбулаторно и не требует наркоза. Для обеспечения большего комфорта пункцию можно проводить под обезболиванием.

### **Существуют ли гарантии успешного лечения бесплодия методом ЭКО и почему не наступает беременность?**

1. Существуют проблемы, так или иначе связанные с яйцеклетками:
  - в результате стимуляции могут не развиваться фолликулы;
  - развившиеся фолликулы могут не содержать яйцеклеток;
  - полученные яйцеклетки могут быть плохого качества;
  - может произойти преждевременная спонтанная овуляция и выход яйцеклеток из фолликулов до их пункции;
  - спаечный процесс в малом тазу и нарушения нормального расположения органов могут сделать пункцию фолликулов технически невозможной.
2. Сперматозоиды могут быть неспособными оплодотворить яйцеклетку.
3. Оплодотворение и развитие эмбриона могут не произойти, даже если яйцеклетки и сперматозоиды выглядят абсолютно нормальными.
4. Эмбрионы могут развиваться ненормально или вообще остановиться в развитии на любом из этапов, даже после переноса их в полость матки.
6. Процедура ЭКО может быть прервана на любом этапе по не зависящим от врачей и эмбриологов непредсказуемым обстоятельствам. Например: заболевание пациентов, ошибка пациентов при выполнении назначений врача и др.

## Роль ВКМ в охране репродуктивного здоровья

Репродуктивное здоровье:

РЗ – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие недугов и болезней во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы и ее функции.

На сегодняшний день на Земле более 6 млрд. жителей и отмечается тенденция к еще большему увеличению народонаселения планеты. Однако, увеличение количества народонаселения не соответствует качеству здоровья людей, о чем свидетельствует мировая статистика.

Мировая статистика.

летальность от осложнений беременности и родов	500 тыс. в год
летальность грудных детей	9,6 млн./год
до 5 летнего возраста	4,8 млн./год
число искусственных абортов	40-60 млн.
из них нелегальных	25-30%

Одним из наиболее грозных показателей в статистике РЗ является материнская смертность – смерть женщины от момента зачатия до 40 дней после родов.

Причины материнской смертности (МС) многочисленны, однако, во всех странах по статистике ВОЗ отмечается одинаковая тенденция по причинам МС.

Причины МС (ВОЗ).

кровотечение  
гипертензивные нарушения  
септические состояния  
патологические роды  
осложненные аборты

Наряду с такими показателями существует еще целый ряд других характеристик, определяющих качество РЗ.

По данным ВОЗ: Факты РЗ

МС в возрасте > 35 лет в 5 раз > чем в молодом, частота рождение детей с болезнью Дауна возрастает в 40 раз

19 – 35 лет – 1:1000

40 лет – 40:1000

интергенетический интервал более 2 лет соблюдают 30% женщин.

количество родов = количеству аборт

ЭГЗ примерно у 60 – 70 % женщин фертильного возраста

Не вызывает сомнения тот факт, что показатели МС и других осложнений напрямую взаимосвязаны с таким показателем как фертильность.

Статистические данные по Узбекистану созвучны с мировой статистикой. Дополнительно к этому можно привести такие факты:

В Узбекистане проживает около 2,5 млн. семей. Больше половины населения, т.е. более 12 млн. человек – женщины. Ежегодно в Узбекистане создаются около 250 тыс. новых семей.

Если до 1998 года на 500 тыс. родов приходилось 500 тыс. абортов, то на сегодняшний день это число уменьшилось до 340 тыс., но пропорции сохранились.

Заслуживает внимания такой факт, что среди больных раком молочной железы преобладают женщины, прервавшие первую беременность путем аборта. Лишь 20% женщин фертильного возраста соблюдают интергенетический интервал 2,5-3 года.

Очень высоко показатель ЭГЗ среди женщин фертильного возраста и беременных. В некоторых регионах, к примеру, Каракалпакистане частота анемии у беременных достигает 80-90%. В связи с этим, естественно, увеличение числа больных детей, рождающихся от больных матерей.

Таким образом, состояние РЗ как во всем мире, так и в Узбекистане требует не только пристального внимания, но и активного участия ВОП.

Охрана РЗ – это комплекс медико-социальных мероприятий, включающий в себя целый ряд проблем, которое включает:

консультации-информации, просвещение и услуги в области обслуживания беременных, рожениц, родильниц

грудное вскармливание

охрана здоровья матери и ребенка

предупреждение и лечение бесплодия

предупреждение заболеваний, передаваемых половым путем

гигиена половой жизни

ответственное отношение к своему РЗ

предупреждение абортов и их осложнений.

Вопросы улучшения качества жизни и здоровья людей постоянно находятся в центре внимания не только медиков, но и многих международных сообществ и организаций.

В 1952 году в Бомбее состоялось первое заседание Международной федерации планирования семьи, где было дано определение понятия ПС.

ПС – возможность супружеских пар свободно выбирать и ответственно решать вопросы о количестве и времени рождения детей, иметь информацию и средства, позволяющие сделать этот выбор свободно ООН. В 1994 году на конференции по народонаселению выделили основные задачи и принципы ПС. Там же были обоснованы и разработаны 5 принципов ПС.

Принципы ПС:

предупреждение беременности < 19 лет

предупреждение беременности > 35 лет

соблюдение интергенетического интервала 2,5 – 3 года

сокращение числа родов

предупреждение беременности у больных с ЭГЗ.

На сегодняшний день медицина имеет возможность помочь семьям в соблюдении принципов РЗ/ПС. В связи с тем, что в последние годы в нашем государстве уделяется большое внимание здоровью подрастающего поколения, матерей и семей в целом МЗ РУз и правительством проведены большие мероприятия по разрешению этих проблем. Здоровье матери и ребенка превратилось в государственную проблему. 2000 год был обозначен как «Соглом авлод йили», 2001 год – «Соглом она ва соглом бола йили», 2005 год – «Саломатлик йили». При этом разрабатываются целые программы с привлечением не только медиков, но и социологов, юристов и государственных органов, а также финансовых и различных спонсирующих международных организаций и фондов. МЗ РУз изданы приказы № 154 – «Об оздоровлении женщин фертильного возраста» и № 155 «О реорганизации структуры акушерских комплексов». № 500 и №100. По этим приказам и другим нормативным документам предусматривается 100% диспансеризация женщин фертильного возраста, выявление и оздоровление больных женщин.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 16 апреля 2009 года №115 Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № ПП-1096 «О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формирование здорового поколения»

Определение группы женщин с абсолютными противопоказаниями к беременности, с последующим оказанием помощи в выборе контрацептивных методов. Женщины с относительными противопоказаниями должны также

оздоравливаться с временным исключением беременности. Также не остаются без внимания здоровые женщины, которым объясняется необходимость соблюдения интергенетического интервала 2,5-3 года.

Исходя из опыта других стран и международного сообщества медицинские работники Узбекистана должны строить свою работу на медицинском воспитании населения и улучшением услуг по контрацептивным технологиям.

Принципы ВОЗ по созданию здоровье семьи таковы:

Не рожай очень рано

Не рожай очень поздно

Не рожай, если больна

Не рожай много

Не рожай часто

В результате – рекомендаций НЕ РОЖАЙ! – это охрана здоровья и оздоровление женщин фертильного возраста.

Для воплощения в жизнь этих принципов и полноценной помощи семьям в выборе методов контрацепции на сегодняшний день наше государство и медицина располагают абсолютно всеми контрацептивными технологиями, принятыми в мире.

### **Тема № 121**

#### **Понятие о здоровм образе жизни. Подготовка девушек к половой жизни, гигиена половой жизни**

Деятельность медицинской сестры в гинекологии должна быть направлена на сохранение здоровья, репродуктивной функции женщины, на планирование семьи. Объектом деятельности медицинской сестры является женщина, ее семья и общество. Медицинская сестра, осуществляя сестринский процесс в акушерстве и гинекологии, оказывает лечебно – профилактическую помощь женщинам и семье в различные периоды их жизни, осуществляет наблюдение, обследование, реабилитацию гинекологических больных, обеспечивает уход и необходимую помощь при гинекологической патологии.

Медицинская сестра выполняет роль советчика, наставника, помощника по отношению к женщине и ее семье. Она должна осуществлять все этапы сестринского процесса: проводить первичную оценку, выявлять проблемы

пациентки, планировать сестринскую деятельность, осуществлять запланированный уход, проводить текущую и итоговую оценку результатов ухода.

Медицинская сестра должна знать факторы риска, клинические проявления, осложнения, профилактику гинекологических заболеваний, уметь подготовить пациентку к диагностическим процедурам, обеспечить инфекционную безопасность пациентки и персонала.

Медицинская сестра должна уметь оказать первую помощь при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.

При сборе анамнеза следует выяснить перенесенные ранее гинекологические заболевания, поскольку настоящее заболевание патологического процесса.

При сборе анамнеза данного заболевания уточняют его начало, причину возникновения, его развитие.

Правильно собранный анамнез дает представление о заболевании и позволяет поставить предположительный диагноз, окончательный диагноз может быть установлен только после объективного исследования.

**Действия медсестры.** Информировать пациентку о данном заболевании, успокоить ее, рассказать о лечении, назначенным врачом, выписать рецепты, выполнить назначения врача (инъекции, местное лечение), научить правилам гигиены половых органов, провести санитарно просветительную работу.

Большое значение имеет понимание психического состояния пациенток, особенно страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, гонореей, бесплодием. Медсестра должна вселять в больного веру в благоприятный исход. Так как лечение длительное, медсестра становится советчиком, другом и наставником, она информирует врача о настроении пациентки, о ее семейных проблемах.

В гинекологическом отделении медсестра расширяет элементы сестринского процесса. Она участвует ежедневно во врачебном обходе, получает дополнительную информацию о больной, а наблюдая своих пациенток во время дежурств, на утренней пятиминутке сообщает врачу вновь появившиеся сведения о больных.

Медсестра выполняет назначения врача, участвует в выполнении манипуляций (гистеросальпингография, пункция заднего свода). При тяжелом общем состоянии больной медсестра следит за созданием физического и психического покоя. Палату необходимо регулярно проветривать. Постель должна

быть удобной. Следует часто менять бельё, следить, чтобы на нем не было складок, больную следует часто поворачивать.

Рационально построенные взаимоотношения врача медсестры предусматривают разумное распределение обязанностей при условии абсолютного взаимного доверия.

Медсестра совершенствует свои знания под контролем врача, участвуя в новых методах диагностики и лечения.

Все лечебные процедуры должны проводиться безболезненно.

Соблюдение лечебно – охранительного режима, правильно организованный уход за больными, заботливое отношение к ним, точное выполнение врачебных назначений – залог успешного лечения. Больные должны видеть, что их здоровье является предметом постоянного внимания медицинского персонала.

Медсестра должна внимательно следить за состоянием больных в стационаре, цветом кожных покровов, жалоб, температурой, пульсом, АД, симптомами раздражения брюшины, выделениями.

## Тема № 122

### **Понятие о материнской смертности.**

О качестве и уровне организации работы родовспомогательных учреждений, об эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения и уровне санитарной культуры населения свидетельствует показатель материнской смертности.

**Материнская смертность** определяется как «смерть женщины, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившая во время беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой – либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины».

Случаи материнской смерти делят на 2 группы: 1) смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. в результате акушерских осложнений (беременности, родов и послеродового периода), а также вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин; 2) смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами,



т.е. в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности

### Тема № 123

#### Современные методы контрацепции. Виды контрацепции. Принципы консультации Виды контрацепции. Принципы консультации

По данным ВОЗ гормональную контрацепцию ежегодно используют от 100 до 120 млн. женщины. Важным в использовании гормональных контрацептивов любого вида является их общность в механизме действия, в основном в подавлении овуляции путем торможения секреции ФСГ и ЛГ. В 1996 году ВОЗ были разработаны рекомендации по категориям приемлемости методов контрацепции, можно отнести к одной из четырех категорий.

**Категория 1.** Состояния при которых **нет ограничений** к использованию контрацептива.

**Категория 2.** Состояния при которых **преимущества** от использования метода обычно **перевешивает** теоретический или доказанный **риск** (метод как правило можно использовать).

**Категория 3.** Состояние, при котором теоретический или доказанный **риск** обычно **перевешивает** преимущества метода (использование метода не рекомендуется, за исключением случаев когда подходящий метод недоступен или неприемлем).

**Категория 4.** Состояния представляющие **недопустимый риск** для здоровья, связанный с применением контрацептивного метода (метод не должен использоваться).

В состав комбинированных оральных и инъекционных контрацептивов входит как эстроген (Э), так и прогестин (П). В качестве эстрогенного компонента используют этинилэстрадиол, дозы которого в современных препаратах составляют в: **микродозированных** (логест, новинет, мерсилон) 20 мкг.

В **низкодозированных** (регулон, регивидон, лофеминал, жанин, микрогенон, ярина) 30 или 35 мкг этинилэстрадиола

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 абортос вероятность развития осложнений определяется в 3-4%, при наличии в анамнезе 3-4 – 18-20; женщины, перенесшие 6-7 абортос, 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 (Твалчредидзе 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 шейной 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.

**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.

## Тема №124

### Современные методы контрацепции. ОК.

Комбинированные оральные контрацептивы (КОК).

#### Механизм действия.

Подавляют овуляцию.

Сгущают цервикальную слизь, предотвращая проникновение спермы.

Изменяют эндометрий, уменьшая вероятность имплантации.

Уменьшают продвижение спермы в верхнем половом тракте (фаллопиевых трубах).

#### Типы КОК.

**Монофазные** 21 активная таблетка содержит одинаковое количество эстроген/прогестиновый компонент. К наиболее употребляемым монофазным оральным контрацептивам относятся – регулон, регивидон, новинет, жанин, логест, лофеминал, микрогенон, Диане-35 и т.д. Преимущество монофазных оральных контрацептивов не только наиболее высокая контрацептивная активность, но и выраженное многообразие лечебных свойств. Определен хороший терапевтический эффект при гиперпластических процессах эндометрия, молочных желез,

альгоменореи, дисфункциональных маточных кровотечений, предменструальном синдроме, эндокринном бесплодии, эндометриозе

**Двухфазные** 21 активная таблетка содержит 2 различные комбинации эстроген/прогестиновые компонента (например, 10 таблеток содержат 30-35 мкг этинил эстрадиола + 150 мкг левоноргестрела; 11 таблеток содержат 35-40 мкг этинил эстрадиола и 250 мкг левоноргестрела).

**Трехфазные** 21 активная таблетка содержат 3 различные комбинации эстроген/прогестинового компонента (например 6/5/10) – тризистон, триквилар, три-регол. Трехфазные оральные контрацептивы особенно показаны женщинам моложе 18 и старше 35-40 лет.

#### **Правила приема КОК:**

Использование КОК можно начинать в любое время, когда есть уверенность, что пациентка не беременна;

С 1-го по 7-ой день менструального цикла;

Спустя 6 месяцев после родов, если пациентка использует грудное вскармливание;

Спустя 4 недели после родов, если не используется метод грудного вскармливания;

После аборта – сразу или спустя 7 дней;

КОК принимаются ежедневно вечером после еды.

***При консультировании пациентов необходимо обучить их приемам таблеток.***

Если у пациентки	Дайте такие инструкции
Упаковки по 28 таблеток	После того, как у женщины закончились таблетки в первой упаковке, она должна принять первую таблетку из новой упаковке <b>обязательно на следующий день.</b>
Упаковки по 21 таблетке	После того, как у женщины закончились таблетки в первой упаковке, она <b>должна подождать 7 дней</b> и затем принять первую таблетку из новой упаковке. <b>Примечание: Женщине НЕЛЬЗЯ делать перерыв продолжительностью БОЛЬШЕ 7 ДНЕЙ между циклами приема таблеток из упаковке, содержащих по 21 таблетке</b>

**Инструкции на тот случай, если женщина забыла принять одну или несколько таблеток:**

Пропущен прием только одной гормональной (белой) таблетки?

Примите пропущенную таблетку немедленно.

Примите следующую таблетку в установленное время. Возможно придется в некоторых случаях принять сразу 2 таблетки в один день или даже за один раз.

Принимайте остальные таблетки как обычно – по одной каждый день.

Пропущен прием 2 или больше гормональных (белых) таблеток – в течение 7 дней

**Очень важно:** В течение 7 дней пользуйтесь презервативами, спермицидом или воздержаться от половых контактов.

Примите гормональную (белую) таблетку немедленно.

Посчитайте, сколько гормональных (белых) таблеток осталось в упаковке:

- **Осталось 7 или больше** гормональных (белых) таблеток

Нужно принимать оставшиеся таблетки как обычно, по одной в день.

- **Меньше 7** (белых) гормональных таблеток:

Принять оставшиеся таблетки как обычно

Не принимать пропущенные коричневые таблетки

После принятия последней гормональной таблетки, на следующий день начать новую упаковку. Менструации может и не быть, это нормально.

#### **Показания к применению ОК:**

Женщины любого репродуктивного возраста и с любым количеством беременностей в анамнезе, желающие использовать высокоэффективный метод контрацепции

Женщины которые не могут использовать другие методы контрацепции;

Кормящие женщины (спустя 6 месяцев после родов)

Женщины после аборта;

Женщины страдающие железодифицитной анемией различной степени тяжести;

Женщины с гиперполименореей;

#### **Преимущества:**

Высокая эффективность при ежедневном приеме (0,1-8 беременностей на 100 женщин в течение первого года использования)

Удобен и легок в применение

Можно использовать столько времени, сколько женщина хочет предохраняться от беременности

Пациентка сама может прекратить прием

Неконтрацептивные преимущества – может способствовать установлению более регулярного менструального цикла

Снижает риск развития:

- внематочной беременности

- кист яичников
- рака эндометрия
- воспалительных заболеваний органов малого таза
- доброкачественных опухолей молочных желез

### **Недостатки ОК:**

Зависит от пользователя

Забывчивость увеличивает риск неудачи

К началу очередного 28-дневного периода под рукой должна быть новая упаковка таблеток.

Не рекомендуется кормящим матерям, так как влияют на качество и количество молока

Не защищают от заражения инфекциями передаваемые половым путем (ИППП), включая ВИЧ – инфекцию/СПИД

### **Побочные эффекты**

Тошнота, рвота

Межменструальные мажущиеся кровянистые выделения

Аменорея

Повышение артериального давления

Нагрубание и болезненность молочных желез

Головные боли

Наиболее типичными побочными эффектами при использовании КОК являются: тошнота, головокружение, нагрубание и болезненность молочных желез, головные боли, межменструальные мажущиеся кровянистые выделения. Эти эффекты наблюдаются при приеме первых 2-3 курсов таблеток и обычно проходят. Частота вышеперечисленных нежелательных эффектов не превышает 5-10%.

Эффективность может снижаться при приеме некоторых лекарств. Например при использовании противосудорожных препаратов типа карбамазепин, фенobarбитал, бензонал, дифенин, наблюдается ослабление контрацептивного эффекта КОК. Такой же эффект наблюдается при приеме противотуберкулезных препаратов типа рифампицин и гризеофулвин.

Использование гипогликемических препаратов и транквилизаторов ослабляет эффект лекарственных средств.

При длительном приеме (5-10 лет) использовании КОК наблюдается временная задержка фертильности из-за регрессивных изменений в эндометрии. Обычно после 2-3 менструальных циклов без КОК наблюдается восстановление эндометрия.

## **Тема № 125**

### **Современные методы контрацепции. ИК.**

Издавна человечество решает вопрос и проявляет огромную изобретательность в попытках лишить интимную жизнь мужчины и женщины ее сугубо биологического назначения. Без четкого понимания процесса возникновения беременности люди использовали многочисленные методы для предотвращения нежелательной беременности. Так появилась целая наука — контрацепция.

Суть применения противозачаточных средств состоит в том, чтобы не допустить проникновения сперматозоидов в яйцеклетку и в создании таких условий, чтобы дальнейшее развитие яйцеклетки стало невозможным.

#### **Различают следующие виды контрацептивов:**

#### **I. Гормональная контрацепция:**

##### **1. Комбинированные оральные препараты**

- *Монофазный*

- *Двухфазный*

- *Трехфазный*

##### **2. Прогестин содержащие контрацептивы:**

- *Мини-пили*

- *Пролонгированные инъекционные препараты*

- *Имплантанты*

- *Влагалищные кольца*

##### **3. Посткоитальная контрацепция.**

#### **II. Внутриматочная контрацепция**

##### **1. Немедикаментозные инертные ВМС**

##### **2. Медикаментозные ВМС**

#### **III. Хирургическая контрацепция**

##### **1. Стерилизация маточных труб**

##### **2. Вазэктомия**

#### **IV. Естественные (биологические) методы контрацепции:**

1. Температурный метод
2. Календарный метод или ритмический
3. Симпто-термальный метод
4. Лактационная аменорея
5. Метод прерванного полового сношения (coitus interruptus)

#### **V. Барьерные методы контрацепции**

1. Цервикальные колпачки
2. Влагалищные диафрагмы

#### **VI. Спермициды**

1. шарики
2. таблетки
3. пасты
4. кремы

#### **VII. Мужские и женские презервативы**

1. Пленки
2. Презервативы

Эффективность указанных видов контрацептивов.

**Процент женщин, случайно забеременевших за первый год применения следующих контрацептивов:**

Спермициды (пены, кремы, желе, влагалищные свечи и вагинальная пленка) – 6

Календарный метод – 9

Симптотермальный – 2

Прерванное половое сношение – 4

Колпачок, заполненный спермицидным кремом или желе у рожавших женщин – 26

У нерожавших женщин – 9

Диафрагма, заполненная спермицидным кремом или желе – 6

Презерватив мужской – 3

Презерватив женский (Reality) – 5

Таблетки только с прогестинами – 0,5

Комбинированные гормональные таблетки – 0,1

ВМС (Copper T 380) – 0,6

Депо-провера – 0,3



Норплант – 0,09

Выбор контрацептива является непростой задачей. Метод, эффективный для одной женщины, может привести к серьезным последствиям или наступлению беременности у другой. Метод, соответствующий стилю личной жизни человека, пациента или общественным нормам, может быть использован неправильно или непоследовательно. Во многих странах мира, в том числе и у нас, считают, что решение о выборе контрацептива должен принимать специалист по планированию семьи и только индивидуально. При этом супружеские пары должны в равной степени принимать участие в выборе противозачаточного средства и нести общую ответственность за его применение

На мировом рынке гормональные контрацептивы, которые содержат микродозы прогестинов, появились через 10 лет после введения в медицинскую практику комбинированных оральных контрацептивов.

Контрацептивный эффект у них осуществляется преимущественно путем локального влияния на периферические области репродуктивной системы, поэтому не отмечается системных побочных реакций. Эти препараты назначаются в непрерывном цикле с 1-го дня цикла по 1 таблетке в одно и то же время. Мини-пили влияют на цервикальную слизь, уменьшая ее количество в середине цикла и поддерживая высокую вязкость, и, таким образом, затрудняют прохождение сперматозоидов. Этот эффект появляется на второй час и прекращается через 20-22 часа после приема одной таблетки. Под влиянием мини-пили происходят неблагоприятные для имплантации морфологические и биохимические изменения эндометрия. Контрацептивный эффект влияния на функцию яичников колеблется от полной блокады овуляции до нормальной овуляции у 40% женщин (в последнем случае менструальный цикл остается неизменным). Отмечается лютеолитический эффект на желтое тело. В ряде случаев наступает аменорея или увеличивается продолжительность менструального цикла.

Эффективность мини-пили несколько ниже комбинированных оральных контрацептивов. Препараты, которые содержат только прогестины, являются наиболее эффективными и оптимальными противозачаточными средствами. Для старшего возраста (свыше 35 лет) мини-пили являются оптимальным противозачаточным средством; в более старшей возрастной группе женщины уже не считаются подходящими кандидатами для использования комбинированных ОК в

связи с повышенным риском развития побочных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Среди кормящих матерей эффективность противозачаточных таблеток, содержащих только прогестины, составляет почти 100%. Кроме этого, мини-пили не влияют на интенсивность лактации и представляют собой наиболее эффективное средство предотвращения беременности для кормящих матерей, в то время как комбинированные противозачаточные препараты уменьшают количество грудного молока и влияют на продолжительность лактации.

### **Посткоитальная контрацепция.**

На сегодняшний день довольно актуальным является поиск новых высокоэффективных контрацептивов разового использования, таких, как препараты, которые применяются после полового акта, то есть посткоитальных контрацептивов. Создание посткоитальных препаратов дало возможность предотвращения беременности при нарушении целостности презерватива во время полового сношения, экспульсии ВМС, пропуске приема противозачаточных таблеток, после «изнасилования» и т. д. Этот вид контрацепции предназначен также для женщин, которые имеют редкие половые сношения (не чаще 4 раз в месяц).

Главным механизмом действия посткоитальных контрацептивов является прерывистое выделение больших доз гормонов, которые десинхронизируют физиологические гормональные изменения при нормальном менструальном цикле.

**В настоящее время довольно широко используются такие методы посткоитальной контрацепции:**

- комбинированные оральные контрацептивы,
- прогестагены,
- даназол,
- мефипристон (RU-486),
- введение ВМС.

Наиболее типичный представитель — «Постинор», оральная противозачаточная таблетка, который содержит 0,75 мг левоноргестрела. Назначают по 1 таблетке в течение 1 часа после полового акта. Действие препарата продолжается до 3 часов. «Постинор» не рекомендуют использовать больше 4 раз за один менструальный цикл, в связи с риском возникновения кровотечения.

### **Пролонгированные контрацептивы.**

Это препараты длительного действия, содержащие прогестины.

К ряду новейших контрацептивов следует отнести шесть видов противозачаточных средств, которые отличаются способом введения прогестина в организм:

- депо-провера, пролонгированный инъекционный препарат, который содержит медроксипрогестерон – ацетат, продолжительность противозачаточного действия составляет 5 лет;

- инъекционный контрацептив, который содержит норэтистерон-энантат, который обеспечивает контрацепцию на протяжении 3 месяцев;

- инъекционные микросферы (норэтиндрон), которые оказывают содействие предотвращению беременности на протяжении 6 месяцев;

- норплант (левоноргестрел), представляющий собой препарат в виде имплантанта, который обеспечивает высокоэффективное предотвращение беременности на протяжении 5 лет;

- биodeградирующие имплантанты, которым является капронол (левоноргестрел), обеспечивает эффективную контрацепцию на протяжении 18 месяцев;

- влагалищные кольца, которые содержат левоноргестрел, норэтиндрон или прогестерон, обеспечивающие контрацепцию на протяжении 1-6 месяцев.

**Механизм действия указанных контрацептивов подобен действию прогестина в комбинированных ОК:**

- угнетение овуляции;
- уплотнение цервикальной слизи, которая усложняет продвижение сперматозоидов;
- атрофические изменения в эндометрии;
- преждевременный лютеолиз.

### **Тема № 126**

#### **Современные методы контрацепции. ВМС**

К идее внутриматочной контрацепции гинекологи возвратились вновь в начале минувшего века, когда в 1909 г. немецкий гинеколог Richter предложил с целью контрацепции вводить в полость матки две-три скрученные в кольцо шелковые нити. Через 20 лет, в 1930 г., немецкий гинеколог Грефенберг видоизменил это кольцо, введя в него провод из серебра или меди. Тем не менее сложности, связанные с введением и удалением этого кольца, а также его жесткость, которая вызывала боль внизу живота и кровотечения, ограничивали применение

этого вида контрацепции. И только в 60-х годах благодаря применению в медицинской практике инертной и гибкой пластмассы были созданы полиэтиленовые ВМС типа спирали и петли. Благодаря небольшой толщине, легкости и форме, которая напоминает форму полости матки, даже при продолжительном пребывании в матке они не образуют пролежней, обеспечивают нормальный отток крови во время менструации, легко удаляются.

В настоящее время существует около 50 видов ВМС. Все они делятся на два типа: нейтральные (немедикаментозные) — химически инертные, изготовленные из неадсорбированного материала, чаще из полиэтилена с импрегнацией сульфата бария для рентгенконтрастности, и медикаментозные — с постоянным выделением химически активных веществ (медь, серебро, золото, прогестерон). Добавление последних к ВМС преследует основную цель — повысить эффективность ВМС и уменьшить отрицательное влияние на организм.

По данным ВОЗ, внутриматочной контрацепцией в мире пользуются свыше 100 миллионов женщин детородного возраста. Эффективность внутриматочной контрацепции, по данным ВОЗ, достигает 98,3%.

#### **Типы ВМС.**

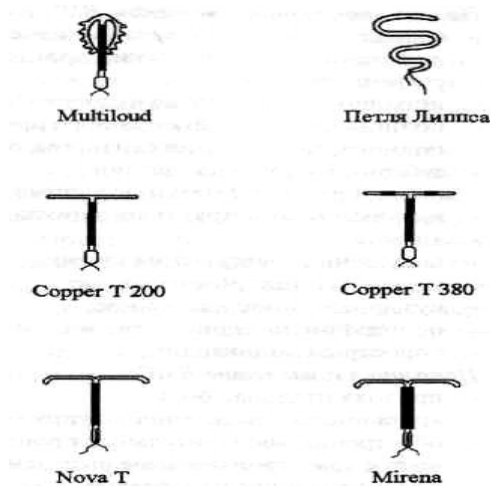
**Петля Липпса** — основной представитель нейтрального типа ВМС. Ее изобретатель — Jack Lippes (1962 г.).

**Copper-T** является наиболее распространенным в настоящее время видом ВМС

**Nova T**

**Multiloud – 375, MuTiloud – 250**

**Mirena** — внутриматочная система с левоноргестрелом («Levonova» — торговая марка северных стран). Данная ВМС имеет T-форму (как в «Nova T»), на вертикальном плече которой расположен цилиндр с гормоном. Левоноргестрел выделяется с постоянной скоростью — 20 мкг в сутки. Цель: разработки данной методики контрацепции состоит в том, чтобы соединить положительные особенности, присущие как (Ж, та и ВМС, содержащим медь. Эффективность и минимальные объемы менструальных кровотечений, характерные для гормональных контрацептивов, и местный эффект, высокую восприимчивость контрацептива, характерную для внутриматочных средств. Период контрацептивной эффективности составляет 5 лет. Индекс Перла составляет 0,1 за пять лет.



**Рис 5.1. Виды внутриматочных спиралей**

Механизм действия этих контрацептивов окончательно не выяснен. **Выдвигая гипотезы о механизмах действия ВМС, можно сделать вывод, что они в основном действуют:**

- **на сперматозоиды** — тормозят

миграцию сперматозоидов из влагалища в фаллопиевы трубы;

- **на оплодотворенную яйцеклетку** — ускоряют переход оплодотворенной яйцеклетки через фаллопиевы трубы в матку;

- **фертилизация** — тормозят процесс оплодотворения яйцеклетки, вызывает лизис (гибель) бластоцисты и/или препятствуют имплантации вследствие развития местных воспалительных процессов (в виде реакций на инородное тело);

Возможно, вызывают абортное влияние ВМС путем механического отторжения имплантированной бластоцисты от эндометрия; увеличивают образование местных простагландинов; повышают пролиферативно-секреторные процессы в эндометрии (характерно для ВМС, которые содержат прогестерон), таким образом, повышая риск имплантации ВМС;

- **эндометрий** — вызывают уменьшение активности карбоногидразы и, возможно, щелочной фосфатазы, что объясняется конкурирующей реакцией между медью и цинком. Медь тормозит поглощение эстрогенных гормонов эндомิโอцитами и внутриклеточные реакции эстрогенов на миометрий. ВМС, которые содержат прогестерон или левоноргестрел, приводят к атрофии эндометрия при продолжительном их применении.

Контрацептивный эффект спиралей повышается с увеличением их размера и площади контакта с эндометрием. По сравнению с полиэтиленовыми, ВМС с металлическими элементами более эффективны, реже дают осложнения и дольше могут находиться в матке, не требуя замены.

#### **Противопоказания к введению ВМС:**

- воспалительные заболевания женских половых органов;
- инфекционно-токсические процессы, которые сопровождаются повышением температуры;

- истмико-цервикальная недостаточность;
- полипы канала, лейкоплакия и эрозия шейки матки;
- полипоз, гиперплазия слизистой оболочки матки;
- туберкулез половых органов;
- пороки развития матки, внутриматочные синехии;
- нарушения менструального цикла;
- анемия;
- нарушения свертывания крови;
- множественная миома матки;
- пузырьный занос в анамнезе;
- подозрение на злокачественные новообразования половых органов;
- подострый эндокардит. *Показания к удалению ВМС:*
- продолжительная боль;
- кровянистые выделения по типу мено- или метроррагии;
- обострения воспалительных процессов половых органов;
- частое самопроизвольное выпадение ВМС;
- желание женщины забеременеть;
- окончание срока использования ВМС.

#### **Осложнения.**

- кровянистые выделения, кровотечения и анемия имеют место в 5-15% случаев (необходимо исключить другие причины кровотечений);
- боль (следует исключить внематочную беременность);
- экспульсия ВМС — частичная или полная — происходит в 2-8% случаев (характеризуется появлением боли, кровянистых выделений, удлинением нитей);
- воспалительные заболевания половых органов (эндомиометрит, аднексит, пельвиоперитонит и др.) — от 1,5 до 10%;
- перфорация матки, имплантация (проникновение) ВМС в стенку матки и перфорация шейки матки — от 0,04 до 1,2%.

#### **Тема № 127**

#### **Современные методы контрацепции. Биологический методы контрацепция**

Издавна мужчины и женщины делали попытки использовать разнообразные механические приспособления для предотвращения беременности. Но с распространением христианства такой способ защиты был предан забвению, и лишь

в XVI веке снова открыт прославленным итальянским врачом и анатомом Габриэлем Фаллопием. Он искал надежное средство защиты от сифилиса, который в то время, подобно эпидемии чумы, быстро распространялся по Европе. Тогда Фаллопий и предложил при половом сношении надевать на пенис полотняный мешочек, смоченный специальным лекарством. С течением времени полотняные мешочки Фаллопия были усовершенствованы. Во Франции их стали изготавливать из тонких кишок овцы и экспортировать в разные страны Европы. С 1840 г. после изобретения вулканизированной резины началось массовое производство презервативов из синтетических материалов.

Его применение просто и предупреждает попадание спермы во влагалище и матку. Но именно у молодых и неопытных пар часто случаются ошибки в применении презервативов. Показатель «контрацептивных неудач» колеблется от 3 до 10%. Но, несмотря на относительно высокий процент отказов, презерватив рекомендуется в особенности тогда, когда нет постоянного партнера или партнеры часто меняются. Презервативы защищают не только от нежелательной беременности, они также имеют важную роль в предотвращении распространения заболеваний, которые передаются половым путем (простого герпеса, папилломовируса человека, гонореи, трихомониаза, гепатита В, сифилиса, хламидиоза), в том числе и ВИЧ. Кроме того, следует указать, что презервативы являются относительно недорогими и легкодоступными контрацептивами (распространение презервативов происходит не только через аптеки, но и через торговую сеть).

**Кроме того, презервативы используют:**

- для поддержки эрекции;
- для лечения иммунологического бесплодия (временное предотвращение попадания соответствующих антигенов во влагалище);
- в редких случаях аллергических реакций на сперму;
- может предотвратить развитие интраэпителиального рака.

Противопоказаний для применения презерватива фактически нет, за исключением повышенной чувствительности кожи половых органов одного из партнеров к резине.

Наибольшей популярностью презервативы пользуются в Японии (43% супружеских пар), а также в скандинавских странах. В США этот показатель равняется 10%.

В последнее время находят все большее применение **женские презервативы**. В США они имеют название «Reality», а в Канаде и Европе — «Femidom». Возможность предотвращать инфицирование во время полового акта у женских презервативов выражена меньше по сравнению с мужскими презервативами.

#### **Барьерные противозачаточные средства и спермициды.**

К этой группе контрацептивов относятся приспособления, которые препятствуют попаданию сперматозоидов в полость матки. Среди барьерных методов предотвращения беременности широкое распространение получили химические вещества спермициды, которые инактивируют сперматозоиды во влагалище до того, как они успевают проникнуть в верхние отделы половых путей. История применения Препаратов, разрушающих сперматозоиды, уходит в далекое прошлое. В 1880 г. появляются первые спермициды, в состав которых входят хна и масло какао. В 50-х годах XX века в качестве спермицидных средств получили распространение грамицидиновая паста и паста с ацетилпиридинит-хлоридом, таблетки трацептина, лютенурина, галоскорбина и др. Эффективность указанных препаратов невысока, процент контрацептивных неудач достигает 15%.

Современные спермициды состоят из двух компонентов:

1. Химического вещества (непосредственно действующего на сперматозоиды).
2. Носителя.

В качестве активного ингредиента используют ноноксинол-9 (Концептрон, Делфен, Патентекс), октоксилон (Кромекс, Орто-Гинол), менфегол (Нео-сампун) и хлорид бензалкониума (Фарматекс, Алпагель). Кроме активного компонента, спермициды отличаются носителем, функция которого состоит в дисперсии химического вещества во влагалище, обволакивании шейки матки.

Спермицидные вещества выпускаются в виде шариков, кремов, желе, свечей, пены или в виде пенящихся таблеток и свечей, а также влагалищных губок. Спермициды, которые пенятся, и влагалищные губки представляют также механическое препятствие для сперматозоидов. Кремы и желе могут быть использованы в объединении с другими барьерными методами контрацепции. Индекс Перла, по данным разных авторов, колеблется от 3 до 7

**Спермициды рекомендуется использовать:**



- в случаях наличия противопоказаний для других противозачаточных средств;
- при нерегулярных половых сношениях;
- при замене спирали;
- в период кормления грудью (спермициды, которые содержат хлорид бензалкониума);
- если женщина имеет слишком редкие половые связи, и нет смысла пользоваться постоянным контрацептивом;
- если женщина старше 40 лет;
- у очень молодых девочек, имеющих эпизодические сексуальные связи;
- у женщин, предрасположенных к заражению болезнями, передающимися половым путем.

Противопоказаниями к применению являются: воспалительные процессы половых органов; гипертрофия и эрозия шейки матки, опущение и выпадение матки и влагалища, зуд половых органов, аллергические реакции на компоненты спермицидов. В настоящее время нет убедительных доказательств о неблагоприятном влиянии спермицидов на плод, тем не менее, мы все же не рекомендуем использовать спермициды при задержке менструации (возможной беременности).

#### **Естественные методы контрацепции.**

Этот метод относится к традиционным и основаны на существовании дней, когда женщины физиологически стерильны, и при половом акте без применения противозачаточных средств беременность не наступает.

Суть физиологического метода контрацепции состоит в воздержании от половых связей в периовуляторные дни или применении в этот период других противозачаточных средств. Неудобство состоит в том, что трудно точно определить момент овуляции. Для этого предложены четыре способа: календарный, цервикальный, температурный и симптотермальный.

#### **Преимущества метода:**

- не имеет объективных побочных эффектов,
- подходит тем парам, которые отвергают другие способы контроля рождаемости,
- одобрен католической церковью (единственный метод). *Недостатки:*

- партнеры могут не придерживаться временной абстиненции,
- требует тщательного обучения,
- признаки и симптомы различны у разных женщин и от одного цикла к другому,
- частота наступления беременности выше, чем при применении других методов контрацепции.

### **Хирургическая стерилизация.**

Большинство супружеских пар до 30-35 лет уже имеют желаемое количество детей, но женщина остается способной забеременеть до 45-47 лет, а мужчина еще дольше, и таким образом супружеские пары должны на протяжении продолжительного времени использовать эффективный метод контрацепции. Не удивительно, что в этом случае, многие супружеские пары прибегают к хирургической стерилизации, которая представляет собой наиболее эффективный метод предотвращения беременности.

В настоящее время добровольная хирургическая стерилизация — довольно распространенный метод планирования семьи. Приведем несколько цифр о распространенности данного метода.

#### **Процент женщин, которые используют хирургическую стерилизацию:**

Китай	30,
США	17,
Бразилия	27,
Великобритания	14,
Мексика	19.

#### **Процент мужчин, которые используют хирургическую стерилизацию:**

Китай	9,
США	11,
Великобритания	14.

Надо иметь в виду, что хирургическая стерилизация — необратимый процесс, и при решении вопроса об ее использовании необходимо максимально информировать о ней супружеские пары.

Трубная стерилизация может проводиться после родов или во время кесарево сечения, а также путем лапароскопии или трансвагинально. Суть состоит в

наложении клемм, перевязке, пересечении или удалении части маточной трубы или погружения яичника в брюшину.

Вазектомия состоит в перевязке семивыводных канальцев с целью блокады пассажа семени из яичек и выполняется амбулаторно под местной анестезией.

### **Прерванные половые сношения.**

Прерванные половые сношения (*coitus interruptus*) относятся к традиционным методам контрацепции и широко применяются среди супружеских пар ряда стран. Например, в Турции и Польше ими пользуются приблизительно 30% всех замужних женщин, в Италии — около 29%, а во Франции — 17%. На Украине распространенность этого метода колеблется от 15 до 20%.

Суть данного метода состоит в том, что половые сношения прерываются к моменту эякуляции, которая происходит вне половых органов женщины.

Главным недостатком является довольно высокий показатель контрацептивных неудач, который достигает 16-18%. Это можно объяснить тем, что еще до эякуляции происходит выделение незначительной части жидкости (секрет, накопленный в железах Купера или внешней части уретры), которая часто содержит сперматозоиды последнего эякулята. Вероятность наступления беременности возрастает при повторном половом сношении. Следует учесть, что выполнение данного метода контрацепции требует большого самоконтроля со стороны мужчины, который, в свою очередь, приводит к неполному удовлетворению и женщину.

## **Тема №128**

### **Понятие о репродуктивном периоде. Роль ВКМ в оздоровлении женщин фертильного возраста.**

**Семья** – важнейшая культурная ценность, наша «крепость», опора, предмет заботы, источник счастья и страданий. Молодые супружеские пары согласовывают рождение детей со своими потребностями и возможностями. Они стремятся не только родить здорового ребенка, но и обеспечить ему высокий уровень жизни.

В стремлении ограничить рождаемость лежит сознательное решение подчинить своей воле, своему уму процессы продления рода. При этом супружеские пары обращаются к методам планирования семьи.

Многие женщины в качестве метода регулирования рождаемости используют аборт. Несмотря на религию и законодательные запреты, следует

признать тот факт, что аборт существуют, и там, где они запрещены или ограничены, жизнь, и здоровье женщин часто находятся в опасности. Каждый год в мире проводится около 50 млн. абортов. Причем из 500 тыс. случаев материнской смертности значительная часть смертельных случаев возникает вследствие криминального аборта.

Деятельность государственной службы и общественных организаций по сохранению репродуктивного здоровья женщин нашей республики и планировании семьи определяется законодательством Республики Узбекистан.

В настоящее время объявлено постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № ПП-1096 **«О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формирование здорового поколения»**. В целях дальнейшего усиления и повышения эффективности проводимой в стране работы по реализации об общегосударственных мер по развитию и укреплению системы родовспоможения и охраны здоровья матери и ребенка. Созданию в каждом областном центре и крупных городах перинатальных и скрининг центров, обеспечивающих необходимые условия для рождения и воспитания здорового ребенка. Осуществления медицинскими учреждениями и общественными организациями широкого комплекса мер, в том числе разъяснительных мер в семье и обществе, по укреплению репродуктивного здоровья, формированию физически и духовно развитого поколения.

Согласно данной программе начата разработка и осуществление в каждой области, районе и населенном пункте указанной программы мер, обеспечения систематического контроля за их безусловным выполнением. Для реализации этих задач привлечены Министерство здравоохранения совместно с Министерством народного образования, Министерство высшего и среднего специального образования Республики Узбекистан, Комитет женщин Узбекистана хокимиятами областей, городов и районов, Фондами «Соглом авлод учун» и «Махалля» другими общественными организациями.

Наряду с большими позитивными сдвигами, достигнутыми в целом по республике по улучшению репродуктивного здоровья населения, охране здоровья матерей и детей, рождению и воспитанию здорового поколения, имели места серьезных упущений и отсутствие должного внимания этому направлению работы со стороны руководителей. Созвана Правительственная комиссия по разработке и реализации Программы мер по дальнейшему усилению и повышению

эффективности проводимой работы по укреплению репродуктивного здоровья населения, рождению здорового ребенка, формированию физически и духовного развитого поколения .

В связи с этим создан указ Президента Республики Узбекистан И.А.Каримова во исполнение Постановления Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года № ПП-1096 « **О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребенка, формирование здорового поколения**». Которая гласить проведения разъяснительной работы среди населения для повышения осведомленности по вопросам формирования здоровой семьи и воспитания здоровых детей. Оказания практической и методической помощи специалистам первичного звена здравоохранения для обеспечения рождения здорового поколения, укрепления здоровья женщин фертильного возраста, подростков, детей.

В средствах массовой информации широко освещены вопросы контрацепции, формирования здоровой семьи с целью доведения до сознания населения принципов «Здоровая мать – здоровый ребенок».

### **Тестовые вопросы**

#### **1. На какой день после родов развивается ранний метроэндометрит?**

\* На 3-4 день

На 6-7 день

На 10 день

На 12-13 день

#### **2. Сколько фаз имеется в течение перитонита?**

\*2

3

5

7

#### **3. На какой день операции кесарева сечения развивается перитонит на фоне пареза кишечника?**

\* На 7-8 день

На 1-2 день

На 15-16 день

На 10-11 день

**4. Сколько форм послеродового мастита вы знаете?**

\*3

2

1

0

**5. Какой метод лечения является эффективным при метроэндометрите?**

\*Антибактериальная терапия

Ампутация матки

Физиотерапия

Выскабливание полости матки

**6. Укажите основные принципы лечения мастита в инфильтративной стадии.**

\*Оперативное лечение

Антибиотикотерапия

Инфузионная терапия

Физиотерапия

**7. Что является профилактикой гнойно-септических заболеваний при кесаревом сечении, произведенного по поводу длительного безводного периода?**

\*Интраоперационное введение антибиотиков

Дренирование полости матки

Физиотерапия

Гормонотерапия

**8. Среди возбудителей послеродового перитонита большое распространение получил:**

\*Стафилококк

Стрептококк

Синегнойная палочка

Кишечная палочка

**9.Причинами субъинволюции матки является:**

\*Дефект последа

Возраст женщины

Преждевременные роды

Эндометрит

**10.При нагрубании молочных желез не следует делать?**

\*Хирургическое лечение

Кормление ребенка

Сцеживание молока

Массаж молочных желез

**11.Укажите основные симптомы сепсиса.**

\*Температура 39-40 градусов

Повышение А/Д

Полиурия

Полидепсия

**12.Перечислите изменения в крови при гнойно-септических заболеваниях.**

\*Лейкоцитоз, ускорение СОЭ

Увеличение тромбоцитов

Снижение СОЭ

Увеличение Нб

**13.Кормление к грудью не прекращают:**

\*Все выше указанное

При серозном мастите

При лактостазе

При инфильтративном мастите

**14. На какой день чаще развивается гнойный мастит у рожениц?**

\*На 2-3 недели

На 1-2 сутки

Через 40 дней

На 5-6 сутки

**15. У 65% новорожденных с ранним сепсисом признаки заболевания проявляются в течении...**

\*24 часа

48 часов

72 часа

Более 72 часов

**16. Ранний сепсис вызывается**

\*E. Colli

Staphylococcus aureus

Candida

Klebsiella

**17. Кто более подвержен сепсису?**

\*Недоношенные и инфицированные

Переношенные

Здоровые

Нет правильного ответа

**18. Причины возникновения перитонита в послеродовом периоде?**

\*Все выше перечисленное

Осложнения после кесарева сечения

Обострение воспалительного процесса придатков матки

Сепсис

**19. Что характерно для второй фазы перитонита?**



\*Все выше перечисленное

Подавление защитных механизмов

Нарушение гемодинамики

Нарушение циркуляции

**20. Острая форма эндометрита возникает?**

\*На 2-5 день

На 2-3 недели

Через 40 дней

Через 9 месяцев

**21. Маститы делятся на...**

\*Все выше перечисленное

Серозные

Гнойные

Инфильтративные

**22. Когда может возникнуть септицимия?**

\*Через 3-4 дня

Через сутки

Через 1-2 недели

Через 39 дней

**23. С какого дня начинается стертая форма эндометрита?**

\*С 7-9 дня

С 1-2 дня

С 3-4 недели

С 2-3 недели

**24. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины**

\*со всем перечисленным

отягощенным акушерско—гинекологическим анамнезом

с хроническим воспалительным процессом гениталий

с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)

### **25. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются**

\*во всем перечисленном

в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания

в локальном воздействии на очаг инфекции

в повышении неспецифической реактивности организма

### **26. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена**

\*ассоциацией микроорганизмов

золотистым стафилококком

грамотрицательной флорой

анаэробами

### **27. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов**

\*лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов

температура тела роженицы 38° С и выше

тахикардия до 100 ударов в минуту

все перечисленное

### **28. В полость матки инфекция чаще всего проникает**

\*благодаря пассивному транспорту

через цервикальный канал

с помощью трихомонад

с помощью сперматозоидов

**29. Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют**

\*все перечисленное

димексид

настойку календулы

лидазу

**30. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки**

\*все перечисленное

ознобы

появление жидкого стула

появление резей при мочеиспускании

**31. Бактериоды наиболее чувствительны к действию**

\*всего перечисленного

эритромицина

линкомицина

метронидазола

**32. Условия, способствующие развитию лактационного мастита**

\*снижение иммунологической защиты организма

лактостаз

трещины сосков

все перечисленное

**33. К группе риска по развитию послеродового мастита относится**

\*все перечисленное

мастит в анамнезе

мастопатия

наличие послеродового эндометрита

**34. При послеродовом мастите чаще бывает поражение**

\*ничего из перечисленного

двустороннее

у повторнородящих

нижне-внутреннего квадранта

**35. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит**

\*от всего перечисленного

от возраста женщины

от анатомических особенностей гениталий

от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии

**36. При проведении химической провокации у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют**

\*все перечисленное

раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%

раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой

10% раствор хлористого натрия

**37. Димексид обладает следующим действием**

\*верно все перечисленное

анальгезирующим

противовоспалительным

облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей

**39. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют**

\*все перечисленное

нистатин

клион-Д

настой календулы

**40. Сколько этапов в развитии СПЗ**

\*4

1

3

2

**41. Что является входными воротами инфекций при СПЗ**

\*раневая поверхность родовых путей

кровь

лимфа

околоплодные воды

**42. День развития послеродовой язвы**

\*2-3

1-ый

4-ый

5-ый

**43. К группе риска по развитию воспалительных послеродовых заболеваний относятся женщины**

\*со всем перечисленным

с отягощенным акушерско—гинекологическим анамнезом

с хроническим воспалительным процессом гениталий

с экстрагенитальными воспалительными заболеваниями (тонзиллит, пиелонефрит)

**44. Принципы лечения послеродовых воспалительных заболеваний заключаются**

\*во всем перечисленном

в выборе антибиотика с учетом формы и локализации заболевания

в локальном воздействии на очаг инфекции

в повышении неспецифической реактивности организма

**45. Госпитальная инфекция чаще всего обусловлена**

\*ассоциацией микроорганизмов

золотистым стафилококком

грамотрицательной флорой

анаэробами

**46. Диагностические критерии подострого эндометрита после родов**

\*лохии с примесью крови на 5-е сутки после родов

температура тела родильницы 38° С и выше

тахикардия до 100 ударов в минуту

все перечисленное

**47. В полость матки инфекция чаще всего проникает**

\*благодаря пассивному транспорту

через цервикальный канал

с помощью трихомонад

с помощью сперматозоидов

**48. Для внутриматочного диализа при хроническом эндометрите используют**

\*все перечисленное

димексид

настойку календулы

лидазу

**49. Клинические симптомы, которые всегда предшествуют перфорации гнойного воспалительного образования придатков матки**

\*все перечисленное

ознобы

появление жидкого стула

появление резей при мочеиспускании

**50. Бактероиды наиболее чувствительны к действию**

\*всего перечисленного

эритромицина

линкомицина

метронидазола

**51. Условия, способствующие развитию лактационного мастита**

\*все перечисленное

лактостаз

трещины сосков

снижение иммунологической защиты организма

**52. К группе риска по развитию послеродового мастита относится**

\*все перечисленное

мастит в анамнезе

мастопатия

наличие послеродового эндометрита

**53. При послеродовом мастите чаще бывает поражение**

\*ничего из перечисленного

двустороннее

у повторнородящих

нижне-внутреннего квадранта

**54. Локализация первичного очага у больной с гонореей зависит**

\*от всего перечисленного

от возраста женщины

от анатомических особенностей гениталий

от нарушения правил асептики при инвазивных методах диагностики в гинекологии

**55. При проведении химической провокации у больных с хроническим сальпингоофоритом применяют**

\*все перечисленное

раствор азотнокислого серебра 0.5% и 2-3%

раствор Люголя, разведенный дистиллированной водой

10% раствор хлористого натрия

**56. Димексид обладает следующим действием**

\*верно все перечисленное

анальгезирующим

противовоспалительным

облегчает проникновение лекарственного препарата вглубь тканей

**57. Для лечения кандидозного кольпита у беременных применяют**

\*все перечисленное

нистатин

клион-Д

настой календулы

**58. Лечение кольпита у беременной следует проводить**

\*верно d) и c)

в I триместре беременности

во II триместре беременности

в III триместре беременности

**59. Особенности клинического течения туберкулеза тела матки**

\*верно b) и d)

как правило, отмечается сочетание с туберкулезом придатков

тело матки, как правило, увеличено

имеется нарушение менструальной функции

**60. Тяжесть клинических проявлений послеродового эндометрита зависит**

\*от вирулентности бактериальной флоры

от степени микробной обсемененности матки

от реактивности организма



верно b) и c)

**61. Акушерский перитонит чаще всего возникает после**

\*кесарева сечения

родов

раннего самопроизвольного выкидыша

искусственного аборта

**62. Факторы риска развития послеродовой септической инфекции заключаются в наличии у роженицы**

\*всего перечисленного

урогенитальной инфекции

сахарного диабета

невосполненной кровопотери

**63. Половой путь передачи инфекции характерен в основном**

\*верно b) и d)

для хламидий

для вируса простого герпеса

для трихомонады

**64. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов**

\*верно все перечисленное

преобладание ассоциаций микроорганизмов

возрастание числа анаэробов и вирусов

наличие хламидий и микоплазм

**65. Этиопатогенетический подход в диагностике воспалительных заболеваний женских половых органов заключается в определении**

\*всего перечисленного

возможного начала воспалительного процесса

возбудителя заболевания

функционального состояния яичников

**Диагностические методы определение истмико-цервикального недостаточности ...**

\*гистеро сальпингография

Функциональные диагностические тесты

УЗИ

кольпоскопия

**Место расположение Бартолиновых желез**

\*внутри больших половых губ

внутри малых половых губ

влагалищ у входа части

на клитор

**Не диагностирует гистеросальпингография**

\* гипофункцию яичников

Недостаток развития матки

Эндометриоз

Закрытие матки трубки

**Срамная артерия – не кровя снабжает**

\*шейку матки

Влагалище

Наружные половые органы

Средине

**Влагалища покрыта**

\*многоклеточный плоский эпителий

железистый цилиндрический эпителий

кубическим эпителием

бокалообразные клетки эпителия

**Нормальные топографическая анатомия матки (неправильный ответ)**

\* матка находится под тупым углом от шейки матки

Матка согнута вперед

вверх матки направлен к симфизу

внешняя часть шейки матки направлена кзади стенки влагалище

**Какой тест проводится для определения эндокринной функции яичника**

\* тест эстроген- прогестерон

Тест прогестерона

Проведены адренкортикотропные гормоны

хорион гонадотропин

тест ФСГ

**Жидкая часть влагалищных выделений**

\* образуется из трансудата кровяных и лимфатических сосудов

Образуется за счет желез секреции

За счет **слияния** секреция шейки матки

Образуется за счет влаги в спринцевание

**Как можно диагностировать гормональную функцию яичника**

\*цитологический контроль влагалищных мазок

кульдоскопия

гистеросальпингография

исследования бимануальные

**Что не входит в подвешивающий аппарат матки**

\*связки, подвешивающие яичника

Круглые связки матки

широкие связки матки

**Диагностический метод оценивающих функциональные состояния**

**яичников**

\* цитология выделение эндометрия

гистеросальпингография

ФКГ

УЗИ матки и придатков матки

**Что нужно для диагностики УЗИ матки и придатков**

\*полнота мочевого пузыря

1-2 степень чистоты флора влагалища

Освобождение прямой кишке

**Какие гормоны вызывают пролиферацию эндометрия**

\*эстрогены

ФСГ

прогестерон

ЛТГ

**Не принимаемый метод определение проводимости маточных труб**

\*кольпоскопия

пертубация

гистеросальпингография

хромогидротубация

**Маточная артерия началось**

\*внутренняя подвздошная артерия

Из артерии почки

Из артерии живота

Из артерии яичника

**Запрещается гистероскопия**

\*при беременности

Определение цели субмикозное миоме

Определений цели эндометрические полипы

В целых проверки влияния мер проведенного лечения

**Что такое дни менструального цикла?**

\*начала циклические процессы

Окончания циклические процессы

Ничего не показать

Беременность

**Что такое Менархе?**

\*первичная менструация

Начала менструации после родов

Начала полового развития

Сначала появления грудных желез

**В какой части располагается корковый центр менструального цикла?**

\*височной части

Лобовой части

енса кисмида

тепа кисмида

**СТГ вырабатывается**

- \*ацидофильные клетки
- Базофильные клетки
- Хромофильные клетки
- Все ответы правильные

**Что происходит при воздействии ФСГ?**

- \*созревания фолликул в яичниках
- С помощью желтого тела вырабатывается прогестерон
- Выявление фазовая секреция матки
- При овуляции

**Что происходит при воздействии ЛГ?**

- \* С помощью желтого тела вырабатывается прогестерон
- созревания фолликул в яичниках
- Выявление фазовая секреция матки
- При овуляции

**Что происходит при воздействии ЛТГ?**

- С помощью желтого тела вырабатывается прогестерон
- созревания фолликул в яичниках
- Выявление фазовая секреция матки
- При овуляции

**Что накапливается в задней доли гипофиза? а) ФСГ б) ЛГ в) вазопрессин г) окситоцин д) АКТГ**

- \*в,г
- а,б
- г,д
- а,д

**Функция матки... выберите неправильный ответ.**

- \*участвует в половом акте
- участвует в менструальном цикле
- как родовой канал
- как плода вместилища

**Что находится в 1-ой реакции влажанищного мазка?**

- \*базальные клетки и лейкоциты
- Базальные промежуточные клетки и лейкоциты
- Ороговевающие клетки
- промежуточные клетки

**Что находится во 2-ой реакции влажанищного мазка?**

- \*парабазальные клетки и в малом количестве промежуточные клетки
- базальные клетки и лейкоциты
- Ороговевающие клетки
- промежуточные клетки

**Что находится в 3-ой реакции влажанищного мазка?**

- \* промежуточные клетки и в малом количестве парабазальные клетки
- Ороговевающие клетки
- базальные клетки и лейкоциты
- поверхностные клетки

**Что находится в 4-ой реакции влажанищного мазка?**

- промежуточные и ороговевающие клетки
- базальные клетки и лейкоциты
- промежуточные клетки и в малом количестве парабазальные клетки

поверхностные клетки

**какой процент КПИ в фазе овуляции?**

\*70-80%

30%

40%

50%

**Какие клетки появляются в норме после овуляции?**

\* промежуточные клетки

поверхностные клетки

парабазальные клетки

базальные клетки

**на какой день менструального цикла проводится ГСГ?**

\*6-8 день

17-18 день

9-11 день

25 день

**Колпоскопия является ...**

\*эндоскопический метод

Рентгенологический метод

Цитологический метод

метод рутин

**Что входит в метод эндоскопии** а) ГСГ .....б) пертубация....в)

гистероскопияг...г) кульдоскопия...д) УЗИ

\*в,г

а,б,в

г,д

г,б

**35. Какие клетки встречаются при 4- типе цитология влагалища?**

\* Ороговевающие клетки

базальные клетки

парабазальные клетки

промежуточные клетки

**36. гистероскопия не проводится**

\*при беременности

Определение субмукозной миоме

Определение полипов эндометрия

В целях проверки влияния мер проведенного лечения

**37. Противопоказания для проведения гистероскопии**

\* 3-4 степень чистоты влагалища

1-2 степень чистота влагалища

признаком декомпенсации с раковые болезни

Полнота

**38. Противопоказания при диагностическом выскабливании полости матки**

\*острый эндометрит

Для оценки функции яичников

**39. Выделение влагалища обладает**

\*кислотной средой

Щелочной средой  
Нейтральной средой  
слабощелочной средой

**40. Что не принимается при определении проводимости маточных труб?**

\*кольпоскопия  
пертубация  
гистеросальпингография  
хромогидротубация

**41. Нужно при обследовании УЗИ?**

\*полнота мочевого пузыря  
1-2 степень чистоты флора влагалища  
Освобождение прямой кишки

**42. Что принимается при определении проводимости маточных труб?**

\*гистеросальпингография  
кульдоскопия  
пункция через задний свод  
УЗИ

**43. Где вырабатывается вазопрессин и окситоцин?**

\*в гипоталамусе  
В гипофизе  
В эпифизе  
В яичнике  
Надпочечная железа

**44. Цель ГСГ включает все, кроме...**

\*определение развития секреторная фаза  
Определение проводимости труби  
Определение маточные опухолевые болезни  
Определение истмико-цервикальное недостаточности

**45. При каком давлении проводится гидротубация?**

\*180 мм ртутного ст.  
260 мм ртутного ст.  
100 мм ртутного ст.  
50 мм ртутного ст.

**46. Давления манометра при трубочной проводимости.**

\*Падает  
Не изменяет  
Повышает

**47. Какое контрастное вещество используется при гистеросальпингографии**

\*Йодолипол  
Трентал  
Кордиамин  
Корвалол

**48. Какие препараты не используются при лечении гидротубации**

\*кальций хлорид  
лидаза 64ЕД  
пенициллин 1 млн  
гидрокартизон 50 млн

**49. Какой метод принимается при определении проводимости маточных труб?**

\*гистеросальпингография

кульдоскопия

пункция через задний свод

Лапороскопия

**50. Противопоказания при введении воздуха маточных труб**

\* 4-й степень чистоте влагалища

Не являет острый воспаленный процесс

Не являющий цикл менструации и пред менструаций

**51. Какие методы не входят эндоскопическими исследованиям?**

а)ГСГ.....б)Пертубация.....в)Гистероскопия.....г)Кульдоскопия.....д)УЗИ

\*а,б,д,

а,б,в

г,д

а,д

г,б

**52. Кольпоскопия – какой метод исследования?**

\*Эндоскопический

Рентгенологический

Метод Рутина

Цитологический метод