

**Медицинский колледж при
АО «Южно-Казахстанской медицинской академии»**

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Основы Акушерства»

Специальность: 09110100 – «Стоматология»

Квалификация: 4S09110102 – «Дантист»

Курс: 3

Семестр: 5

Форма контроля: дифференциальный зачет

Общая трудоемкость всего часов/кредитов KZ: 1/24

Аудиторные: 12

Симуляционные: 12

Шымкент 2024 г.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		2стр из 100 страниц

Лекционный комплекс составлен на основе рабочей учебной программы по дисциплине «Основы Акушерства».

Преподаватель: Сламхан А.Е.

Специальность: 09110100 – «Стоматология»

Квалификация: 4S09110102 – «Дантист»

Лекционный комплекс составлен на заседании кафедры «Клинических дисциплин»

28 » 08 2024 г.

Протокол № 1

Заведующий кафедрой «Клинических дисциплин»



Коптеева А.К.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		Зстр из 100 страниц

№1

4.1. Тема: Организация акушерско-гинекологической помощи. Принципы организации работы. Деонтология в акушерстве и гинекологии.

4.2. Цель:

1. Знание об организации акушерско-гинекологической помощи.
2. Основные принципы деонтологии в акушерстве и гинекологии.

4.3. Тезисы лекции:

Одним из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом является – материнская смертность. В Республике Казахстан после введения регионализации, т.е. распределения организаций охраны материнства и детства по трем уровням оказания перинатальной помощи, показатели материнской смертности снизились с 75,8 на 100 тыс. живорожденных в 1990 году до 12,3 по итогам 2015 года, т.е. в среднем ежегодное снижение составило 3,4%, что заметно улучшило качество организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом. Ключевые слова: медицинская помощь, гинекологическая заболеваемость, здоровье населения, Республика Казахстан

Актуальность. Оказание лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам, новорожденным, гинекологическим больным имеет определенную специфику, отличаясь от общемедицинской практики. Основными задачами акушеров и гинекологов являются: уменьшение материнской заболеваемости и смертности; снижение перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности; работа по профилактике аборт, планированию семьи, лечению бесплодия; снижение гинекологической заболеваемости; оказание социально – правовой помощи женщинам. Наблюдение за беременными в Казахстане проводится с использованием активного диспансерного метода. Наблюдение за течением беременности представляет собой основу своевременного выявления отклонений от нормального течения беременности и оказания при этом адекватной терапии в поликлинике или в стационаре. Результаты наблюдения за течением беременности и данные лабораторного обследования фиксируются в индивидуальных картах, выписки из которых в сокращенном виде регистрируются в обменной карте, направляемой в родильное учреждение. Сведения о пребывании в стационаре, течении и исходах родов указываются в этой карте, которая вновь поступает к лечащему врачу амбулаторного звена. В процессе наблюдения каждая беременная должна быть осмотрена стоматологом, терапевтом, по показаниям эндокринологом и окулистом. Всем беременным в поликлинических условиях следует осуществлять пренатальную диагностику (выявление возможной врожденной и наследственной патологии плода). В женских консультациях и акушерско-гинекологических отделениях поликлиник проводится обследование гинекологических больных, имеются специалисты по бесплодию, по невынашиванию беременности, эндокринной патологии. Если подобных специалистов нет в женской консультации, то они должны быть в центральном для определенной территории учреждении. Одним из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения в целом является – материнская смертность (МС). Показатель МС — все случаи смерти женщин, наступившей в период беременности или в течение 42 дней после её окончания, независимо от продолжительности и локализации беременности, от какой-либо причины, связанной с беременностью или отягощённой ею или её ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины (МКБ-10), рассчитанные на 100 тыс. родов живыми детьми.

Коэффициент $МС = 100\,000 \times [\text{Число умерших беременных (с начала беременности)}]$

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		4стр из 100 страниц

рожениц и родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности]/Число живорождённых. Непосредственные причины МС – это акушерские кровотечения, эклампсия, экстрагенитальные заболевания, аборт, сепсис, акушерская эмболия, неадекватная инфузионно-трансфузионная терапия, отсутствие готовности ЦРБ к оказанию экстренной и неотложной помощи при акушерских ситуациях, низкое антенатальное наблюдение беременных, несоблюдение протоколов ВОЗ при гипертензивных состояниях и акушерских кровотечениях, несоблюдение принципов регионализации. С целью снижения материнской и перинатальной смертности пациенток с осложненной беременностью лучше госпитализировать в крупные родовспомогательные учреждения, где может быть оказана квалифицированная помощь. В РК организованы специализированные родильные дома, в которых концентрируются пациентки с: 1) сердечно-сосудистой патологией; 2) сахарным диабетом; 3) привычным невынашиванием; 4) резус-сенсibilизацией; 5) инфекционными заболеваниями; 6) почечной патологией. Подобная специализация имеет положительное значение, так как родильное учреждение превращается в своеобразный научно-методический центр по вышеуказанным заболеваниям и помощь беременным, роженицам, родильницам, новорожденным оказывается на высоком профессиональном уровне. В последнее время большую роль в снижении материнской и перинатальной смертности играют перинатальные центры, которые организованы в РК. Перинатальные центры оснащаются современной лечебно-диагностической аппаратурой и высококвалифицированными кадрами. В них концентрируются пациентки с особо серьезными осложнениями. В центрах организованы отделения реанимации и интенсивной терапии для женщин и новорожденных. В перинатальных центрах организуются отделения для экстракорпорального оплодотворения, генетического консультирования, а также отделение по планированию семьи - регуляции рождаемости.

Деонтология в акушерстве и гинекологии

Акушерство — самая древняя область медицины. В течение многих веков вырабатывались нормы поведения, которые определяли и определяют отношения между врачом, с одной стороны, и беременной, роженицей, родильницей, больной и ее родственниками — с другой. Они закреплялись в письменных трактатах, а также передавались из уст в уста от поколения к поколению. Те из них, которые многократно выверены жизнью, приобрели форму ценностей, нарушение которых считается предосудительным. К ним относится, например, принцип доминанты интересов матери, ребенка и их родственников. В современном обществе нормы взаимоотношений в акушерстве и гинекологии закрепляются юридически.

Особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии непосредственно связаны с особенностями нравственных переживаний женщин-пациенток.

Гинекологическая практика, в ходе которой возникает ряд проблем нравственного и социального характера, требует высокой морально-этической культуры медицинских работников. При гинекологическом обследовании проявление стыдливости у женщин совершенно естественно, и к этому нравственному явлению нужно относиться с должным уважением. Для установления хорошего контакта с больными необходимы тактичность и осторожность при беседе и обследовании. Тактичность врача предполагает сдержанную и спокойную реакцию на получаемую в ходе беседы информацию. При проведении манипуляций важно, чтобы медицинская сестра помогала врачу-гинекологу, особенно, если врач — мужчина. Важная задача в акушерско-гинекологической практике связана с преодолением *страха перед беременностью*. Внимание молодых женщин следует обратить на естественное природное предназначение женщины и ценность материнства. Следует

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		5стр из 100 страниц

объяснить возможные неблагоприятные последствия от применения противозачаточных средств и предупредить о вероятности побочных явлений от приема противозачаточных таблеток (тошнота, угнетение аппетита, неприятный вкус во рту, нежелательная полнота и др.).

Беременность и роды являются одними из значительных событий в жизни женщины. При зачатии возникают опасения за судьбу будущего ребенка: будет ли он здоров, не смогут ли возникнуть какие-либо аномалии в его физическом и психическом развитии и др. К концу беременности возникает тревога, связанная с предстоящими родами (страх боли, опасения смерти от различных осложнений, боязнь возможных разрывов промежности и др.).

Течение беременности зависит от многих факторов: от свойств личности женщины, социального положения, отношений в семье, социально-бытовых условий и др., о которых врач и медицинская сестра женской консультации должны иметь определенное представление и учитывать в ходе общения с пациентками.

В основе этичности взаимоотношений медицинского персонала с беременной женщиной лежат: готовность оказать помощь и проявить заботу и интерес к пациентке;

- - уважение к ценностным ориентациям беременной женщины, к ее восприятию жизни; умение принимать другие взгляды, понимать нежелательные или отрицательные формы поведения с выделением положительных тенденций;
- — умение сопереживать, т.е. умение поставить себя на место беременной женщины, так как сопереживание имеет решающее значение для установления доверительных отношений;
- — умение слушать и концентрировать внимание на том, что говорит пациентка.

Принципы этикета общения предполагают:

- 1) умение перенести внимание с себя на говорящего пациента, во время беседы не перебивать его вопросами, комментариями, интерпретациями, а терпеливо слушать, ожидая паузу или окончание высказывания;
- 2) устранение отвлекающих факторов: звонков, других людей, шума, работы, действий с какими-либо предметами (ручкой, бумагой), так как внимание должно быть сосредоточено на говорящем пациенте;
- 3) открытый взгляд (но не пристальное рассматривание) на пациента, что позволит тому понять, что он значим и то, что он говорит, важно;
- 4) стремление понять основной смысл слов пациента, его эмоции и чувства, не спешить с суждениями (поспешные выводы могут быть ошибочными и даже опасными);
- 5) необходимость понимания, о чем человек избегает говорить: в этом часто и заключается болезненная проблема;
- 6) старание не проявлять эмоциональные реакции (удивление, гнев, печаль), которые являются помехой в достижении доверия врачу.

Акушерка, медицинская сестра или врач должны учитывать чувства беременной женщины. Это имеет решающее значение для предотвращения конфликтов, обид и упреков в невнимательности со стороны персонала. Типичной ошибкой гинеколога на первом приеме является вопрос врача: «Вам направление на аборт?» — без предварительной беседы о состоянии и намерениях женщины при факте установления беременности. Из бесед с большим числом беременных и рожениц установлено, что радость в связи с подтверждением беременности омрачается воспоминаниями об этом вопросе на приеме у гинеколога. Каждой женщине с первых минут установления факта беременности необходима доброжелательная, заинтересованная поддержка, способствующая вынашиванию беременности и рождению здорового ребенка. Сложные нравственные переживания возникают у женщин, беременных от внебрачной связи (страх осуждения,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		бстр из 100 страниц

проблема воспитания ребенка без отца и др.). Эти женщины требуют особого внимания работников женской консультации. Необходимо учитывать все причины, по которым женщина может быть замкнута и не проявлять открытость: нежелание говорить о себе и своем положении, боязнь осуждения со стороны персонала, чувства стыда и вины. В таких случаях важно научиться понимать проявляемые и скрываемые чувства.

Формирование веры в благоприятный исход беременности, родов и дальнейшей жизни — задача врача и акушерки женской консультации и родильного дома.

В связи с этим особое внимание должно уделяться одной из сложных проблем акушерства — *боли в процессе родов*.

В целях устранения у беременных женщин опасений, связанных с предстоящими родами, читаются лекции, проводятся курсовые, индивидуальные или групповые собеседования, демонстрируются кинофильмы о родах и т.д., показываются гимнастические упражнения по нормализации дыхания, способствующие расслаблению мышц. Необходимо разъяснить женщине, что существенную помощь при родах она окажет себе сама, если будет выполнять все указания врача и акушерки.

К классическим этическим проблемам медицинской практики относится общение с женщиной, потерявшей ребенка. Медицинский персонал так же, как матери и родственники роженицы, настроен на благополучное разрешение родов, поэтому в трагических ситуациях и врачи, и медицинские сестры в той или иной степени тоже испытывают чувство вины, досады, печали, боли, подавленности и дискомфорта. Часто медицинский персонал старается не показывать своих эмоций, медики скрывают, что испытывают чувство вины и подавленности. Однако необходимо, чтобы женщина видела, что окружающие и заботящиеся о ней люди понимают ее и сочувствуют ее горю. В это время исключительно важно проявлять внимание к физическому состоянию пациентки, так как она пережила роды, но женщине чрезвычайно необходима и нравственная поддержка. Медицинскому персоналу не всегда легко общаться с женщиной, только что потерявшей ребенка: трудно найти слова, но простыми действиями, например, пожатием руки или легким объятием, можно сказать очень многое. Во время общения нужно просто терпеливо слушать роженицу, а если она замыкается, побуждать рассказывать о своих переживаниях, какими бы болезненными и противоестественными те не были.

К традиционным этическим проблемам гинекологии относится *искусственное прерывание беременности*. В настоящее время в законодательствах большинстве стран мира ограничено применение этой медицинской манипуляции. А в таких странах, как Израиль, Польша и ряде других, производство аборта запрещено.

В условиях демографического кризиса в стране врач должен действовать по принципу презумпции деторождения и естественных законов природы. Это означает, что при беседе с беременной женщиной врач должен предложить родить и не принуждать ее к аборту.

Женщину необходимо предупредить о возможных отрицательных последствиях аборта и предложить заполнить бланк документа «Информированное согласие на операцию — хирургический аборт». Принцип профессиональной солидарности и сотрудничества как основной принцип биомедицинской этики предполагает знание российским врачом подходов мирового медицинского сообщества к регулированию этических проблем аборта, которые выражены в специальном документе — Декларации Всемирной медицинской ассоциации «О медицинских абортах».

4. 4. Иллюстративный материал:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		7стр из 100 страниц

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Как осуществляется организация акушерско-гинекологической помощи в РК?
2. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 августа 2021 года № ҚР ДСМ-92. ?
3. Что вы знаете об организации акушерско-гинекологической помощи?
4. Основные принципы деонтологии в акушерстве и гинекологии?

Лекция №2

4.1. Тема: Анатомия и физиология женских половых органов. Женское тазовое дно и строение тазового дна.

4.2. Цель:

1. Особенности женских половых органов.
2. Анатомические особенности женского таза.

4.3. Тезисы лекции:

Половые органы (organa genitalia) женщины и мужчины имеют различия в строении, что связано с особенностями их функции. Женские половые органы служат для роста и созревания женских половых клеток (яйцеклеток) и вынашивания плода. В женских половых железах — яичниках — вырабатываются женские половые гормоны. Мужские половые органы предназначены для размножения и созревания мужских половых клеток (сперматозоидов) и выведения их в составе семенной жидкости (спермы). В мужских половых железах — яичках — продуцируются мужские половые гормоны.

В зависимости от расположения различают внутренние и наружные половые органы. У женщин к внутренним половым органам (organa genitalia feminina) относятся: яичники, матка с маточными трубами и влагалище, к наружным — большие и малые половые губы и клитор

Внутренние женские половые органы

Яичник (ovarium), правый и левый, является половой железой, в которой происходит рост и созревание женских половых клеток и вырабатываются женские половые гормоны. Находится яичник в полости малого таза у боковой ее стенки. Он имеет форму сплющенного овального тела. Размеры около 2,5 см, масса 5-8г. На яичнике различают медиальную и латеральную поверхности, трубный и маточный концы, свободный и брыжеечный края. К трубному концу яичника прикреплена одна из бахромок маточной трубы. От маточного конца яичника к матке идет собственная связка яичника. Своим брыжеечным краем яичник посредством небольшой складки брюшины — брыжейки яичника — прикреплен к заднему листку широкой связки матки; в области этого края в яичник входят сосуды и нервы. Снаружи яичник покрыт белочной оболочкой, состоящей из соединительной ткани, выстланной на поверхности кубическим эпителием. В яичнике различают два вещества мозговое и корковое.

У половозрелой девушки (женщины) происходят усиленный рост части первичных фолликулов, рост и созревание находящихся в них яйцеклеток. Зрелый фолликул называется везикулярным (пузырчатым) яичниковым фолликулом (граафов фолликул). Он имеет форму пузырька диаметром 6—12 мм и различим невооруженным глазом. Стенка везикулярного фолликула включает слой плотной соединительной ткани, кровеносные капилляры и зернистый слой, состоящий из клеток фолликулярного эпителия. Зернистые клетки растущего фолликула выполняют эндокринную функцию — вырабатывают и выделяют в кровь женский половой гормон эстрадиол.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		8стр из 100 страниц

Полость зрелого фолликула заполнена фолликулярной жидкостью. Внутри фолликула, на так называемом яйценосном холмике, находится яйцеклетка (овоцит первого порядка), окруженная слоем фолликулярных зернистых клеток — лучистым венцом. Регулярно, раз в 28 дней (лунный месяц), происходит разрыв одного очередного зрелого фолликула и током жидкости яйцеклетка выбрасывается из яичника. Этот процесс называется овуляцией. Выброшенная яйцеклетка попадает в маточную трубу, где быстро превращается в зрелую яйцеклетку, способную к оплодотворению. Полного развития и созревания достигнет поочередно небольшая часть фолликулов и находящихся в них яйцеклеток, а большинство из них подвергается атрезии (обратное развитие).

На месте лопнувшего фолликула из остатков его стенки образуется желтое тело, при этом зернистые клетки усиленно размножаются, увеличиваются в размерах и в них накапливается желтый пигмент — лютеин.

Желтое тело выполняет роль железы внутренней - секреции — продуцирует гормон прогестерон. Желтое тело беременности образуется при наступлении оплодотворения и функционирует длительное время. При атрофии желтого тела на его месте остается соединительнотканый рубец — беловатое тело.

У женщин старше 45—50 лет (иногда позднее) наступает так называемый климактерический период (климакс), во время которого изменяется деятельность яичников: созревание фолликулов, овуляция и образование желтых тел становятся нерегулярными, а затем прекращаются. Одновременно прекращаются и менструации.

Воспаление яичника — оофорит (от греч. oophoron — яичник).

Маточная труба (tuba uterina), правая и левая, имеет форму трубчатого органа длиной 10—12 см и служит для проведения яйцеклеток в матку (одно из названий трубы — яйцевод). Она находится в полости малого таза сбоку от матки, в верхнем отделе ее широкой связки. В маточной трубе различают несколько частей: маточную часть, перешеек, ампулу и воронку маточной трубы. Маточная часть находится в стенке матки. Перешеек — суженная часть трубы — лежит рядом с маткой и переходит в расширенную часть — ампулу. Воронка маточной трубы обращена к яичнику, края ее разделены на бахромки; самая большая из них называется яичниковой (прикрепляется к трубному концу яичника). Полость маточной трубы имеет форму канала с двумя отверстиями: маточное отверстие трубы открывается в полость матки, а брюшное отверстие трубы — в полость брюшины около яичника. Посредством брюшного отверстия полость брюшины у женщины через маточные трубы, матку и влагалище сообщается с внешней средой.

Стенка маточной трубы состоит из слизистой и мышечной оболочек и серозной оболочки с соединительнотканым подсерозным слоем. Слизистая оболочка покрыта мерцательным эпителием и образует продольные трубные складки. Мышечная оболочка представлена циркулярным и продольным слоями гладких мышечных клеток. Серозная оболочка — это часть брюшины, образующей широкую связку матки.

Необходимо отметить, что оплодотворение (соединение мужской половой клетки с женской) обычно происходит в маточной, трубе и здесь же протекают начальные стадии развития зародыша.

Воспаление трубы — сальпингит (от греч. salpinx — труба).

Матка (uterus) представляет собой полый мышечный орган, служащий для развития и вынашивания плода в период беременности и изгнания его наружу во время родов. Находится матка в полости малого таза между мочевым пузырем спереди и прямой кишкой сзади. Матка имеет грушевидную форму. Верхняя широкая ее часть называется дном, средняя — телом, а нижняя — шейкой матки. Место перехода тела матки в шейку сужено и

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		9стр из 100 страниц

называется перешейком матки. Шейка матки в свою очередь подразделяется на две части: влагалищную (вдается в полость влагалища) и надвлагалищную (находится выше влагалища). На матке различают переднюю — пузырную и заднюю — кишечную поверхности, правый и левый края. Тело матки по отношению к шейке расположено под углом, обращенным вперед.

В теле матки имеется щелевидное пространство — полость матки, а в шейке — канал шейки матки. Форма полости матки на фронтальном разрезе треугольная, в верхних двух углах ее находятся маточные отверстия труб, а в нижнем углу полость матки переходит в канал шейки (в акушерстве место перехода называют внутренним маточным зевом). Канал шейки матки открывается во влагалище отверстием, называемым отверстием матки (наружный маточный зев). Отверстие матки ограничено двумя утолщениями шейки — передней и задней губами матки. У нерожавшей женщины оно имеет округлую форму, а у рожавшей вид поперечной щели.

Стенку матки составляют три оболочки: внутренняя — слизистая, или эндометрий, средняя — мышечная, или миометрий, и наружная — серозная, или периметрий.

Слизистая оболочка матки покрыта цилиндрическим эпителием и содержит железы; в полости матки она сглажена, а в канале шейки образует небольшие складки, похожие на лист пальмы — пальмовидные складки. У девушек с наступлением половой зрелости и у небеременных женщин слизистая оболочка матки претерпевает каждые 28 дней (лунный месяц) цикл изменений, тесно связанный с процессами, происходящими в яичниках (овуляция и образование желтого тела). Ко времени поступления яйцеклетки в матку по маточной трубе слизистая оболочка матки разрастается и набухает. При оплодотворении яйцеклетки развивающийся зародыш погружается в такую разрыхленную слизистую оболочку, и с этого времени начинается беременность. Если оплодотворения не произойдет, поверхностная часть слизистой оболочки матки отторгается, при этом разрываются кровеносные сосуды и происходит кровотечение из матки — менструация. Обычно менструация длится 3—5 дней, после чего слизистая оболочка матки полностью восстанавливается и цикл повторяется.

Мышечная оболочка матки самая мощная, построена из гладкой мышечной ткани. Мышечные клетки располагаются в разных направлениях и переплетаются между собой. В мышечной оболочке большое количество кровеносных сосудов.

Серозная оболочка матки представлена брюшиной. Она покрывает всю матку, за исключением влагалищной и частично надвлагалищной частей шейки, и переходит с матки на другие органы и стенки малого таза. При этом между маткой и мочевым пузырем образуется выстланное брюшиной пузырно-маточное углубление, или карман, а между маткой и прямой кишкой — прямокишечно-маточное углубление.

По бокам от шейки матки под брюшиной находится околоматочная клетчатка — параметрий.

Матка имеет связочный аппарат, который в акушерстве рассматривают как подвешивающий и закрепляющий аппарат матки. Различают широкие, круглые и прямокишечно-маточные связки. Все они парные. Широкая связка матки состоит из двух листков брюшины, переходящих с пузырной и кишечной поверхностей матки на боковую стенку малого таза. В верхнем отделе этой связки находится маточная труба, а к заднему листку прикреплен при помощи своей брыжейки яичник. Круглая связка матки состоит из соединительной и гладкой мышечной ткани, имеет вид шнура, идет от края матки к глубокому паховому кольцу, проходит через паховый канал и заканчивается в толще больших половых губ и лобка. Прямокишечно-маточная связка состоит из пучков

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntýstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		
Лекции по предмету «Основы акушерства»		67-11 10стр из 100 страниц

соединительной ткани, идущих от шейки матки к прямой кишке и затем к крестцу. Вместе с этой связкой проходит прямокишечно-маточная мышца. У места начала круглой связки к матке прикрепляется собственная связка яичника.

Роль опорного, или поддерживающего, аппарата матки и других органов малого таза выполняют мышцы и фасции тазового дна.

Несмотря на наличие связочного аппарата, матка является сравнительно подвижным органом. Так, при опорожнении мочевого пузыря дно матки отклоняется вперед, а при наполнении его — назад.

Положение матки и ее размеры значительно изменяются при беременности. У беременной матка постепенно, по мере роста плода, увеличивается. К концу беременности дно матки достигает уровня середины расстояния между мечевидным отростком грудины и пупком. После родов матка уменьшается и принимает прежнее положение в полости малого таза. У нерожавшей женщины длина матки 7—8 см, масса около 50 г, у рожавшей — длина 8—9,5 см, масса около 100 г. В старости размеры и масса матки уменьшаются.

Влагалище (vagina) представляет собой мышечную, выстланную изнутри слизистой оболочкой трубку длиной 8—10 см. Верхним концом оно охватывает шейку матки, идет, вниз кпереди, по пути прободает мочеполовую, диафрагму и открывается отверстием влагалища в щелевидное пространство между малыми половыми губами — в преддверие влагалища. Отверстие влагалища у девственниц прикрывает по краям складка слизистой оболочки — девственная плева (hymen). При первом совокуплении девственная плева разрывается, из поврежденных сосудов происходит небольшое кровотечение. Обычно сохраняются остатки от разорванной плевы — лоскуты девственной плевы.

Впереди влагалища расположены мочевой пузырь и мочеиспускательный канал, а позади — прямая кишка. Между стенками влагалища и влагалищной частью шейки матки имеется углубление — свод влагалища. Выделяют переднюю, заднюю и боковую части свода влагалища; задняя его часть глубже передней. Стенка влагалища состоит из слизистой и мышечной оболочек. На слизистой оболочке имеются поперечные влагалищные складки.

Мышечная оболочка влагалища представлена гладкой мышечной тканью и вместе со слизистой оболочкой легко растяжима. Кнаружи от мышечной оболочки находится соединительная ткань, которая связывает влагалище с соседними органами. Верхний отдел задней стенки влагалища покрыт брюшиной.

При совокуплении во влагалище изливается семенная жидкость. Из влагалища сперматозоиды перемещаются по каналу шейки матки в полость матки, а из нее в маточные трубы. Во время родов влагалище является родовым путем, по которому плод выходит наружу.

Воспаление влагалища — кольпит (от греч. colpос — влагалище).

Наружные женские половые органы

Большая половая губа (labium majus pudendi), правая и левая, представляет собой складку кожи, покрывающую скопления жировой ткани. Большие половые губы ограничивают щелевидное пространство — половую щель. Впереди и позади большие половые губы соединяются между собой небольшими складками кожи — передней и задней спайками губ.

Малая половая губа (labium minus pudendi), правая и левая, представляет собой тонкую складку кожи, расположенную кнутри от большой половой губы. В толще малых половых губ находятся венозные сплетения и малые преддверные железы. Щель между малыми половыми губами называется преддверием влагалища.

Клитор (clitoris) представляет собой по форме небольшое пальцевидное возвышение, расположен впереди малых половых губ, кзади от передней спайки губ. В клиторе различают

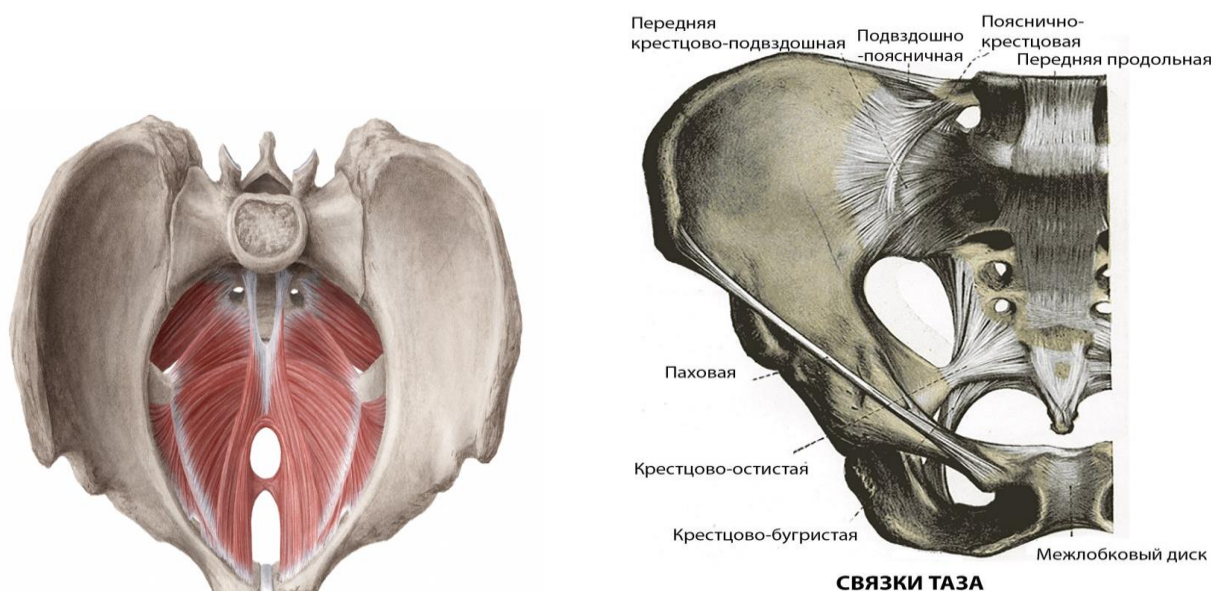
головку, тело и ножки. Он состоит из двух пещеристых тел — правого и левого, соответствующих пещеристым телам мужского полового члена, и содержит большое количество рецепторов. Раздражение рецепторов клитора вызывает чувство полового возбуждения.

Молочная железа (glandula mammaria), правая и левая, служит для вскармливания женщиной новорожденных. По развитию она является измененной кожной потовой железой, но в функциональном отношении связана с половыми органами. Наибольших размеров она достигает к концу беременности и в период кормления. Незадолго до родов из железы начинает выделяться секрет — молозиво. После родов секреторная деятельность железы усиливается, и к концу первой недели секрет принимает характер грудного молока.

В центре выпуклости железы имеется выступ — сосок молочной железы, окруженный околососковым кружком — участком пигментированной бугристой кожи. В коже околососкового кружка молочной железы имеются многочисленные гладкие мышечные клетки и чувствительные нервные окончания. Сокращение мышечных клеток сопровождается выпячиванием соска, а раздражение рецепторов при сосательных движениях ребенка рефлекторно стимулирует выделение молока.

Тело молочной железы состоит из 15—20 долей, а доли — из железистых долек. Помимо железистой ткани, в железе имеются соединительная (фиброзная) и жировая ткани. Выводные протоки долей железы называются млечными протоками. Они образуют вблизи соска молочной железы расширения — млечные синусы и открываются на вершущке соска воронкообразными млечными отверстиями. Жировая ткань находится как между долями железы, так и на ее поверхности, под кожей. Фиброзная ткань (соединительная) образует капсулу железы и перегородки между ее долями. Воспаление железы — мастит (от греч. *mastos* — грудная железа).

Анатомия тазового дна



Тазовое дно — это куполообразный слой мышц, отделяющий сверху полость таза от области промежности снизу. В полости таза расположены такие внутренние органы как мочевой пузырь, прямая кишка и матка (у женщин).

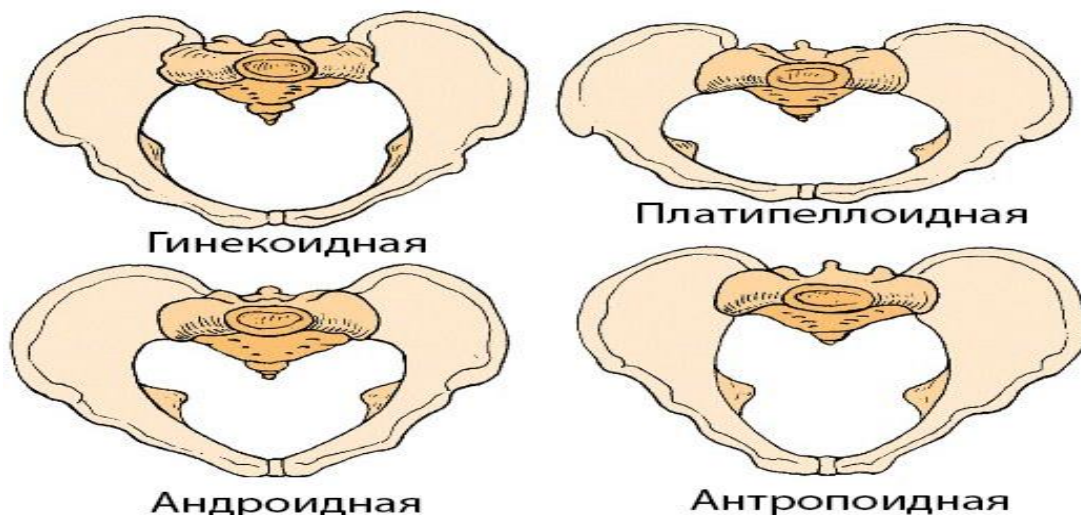
Мышцы тазового дна выполняют следующие основные функции:

1. Поддерживают органы брюшной и тазовой полости.

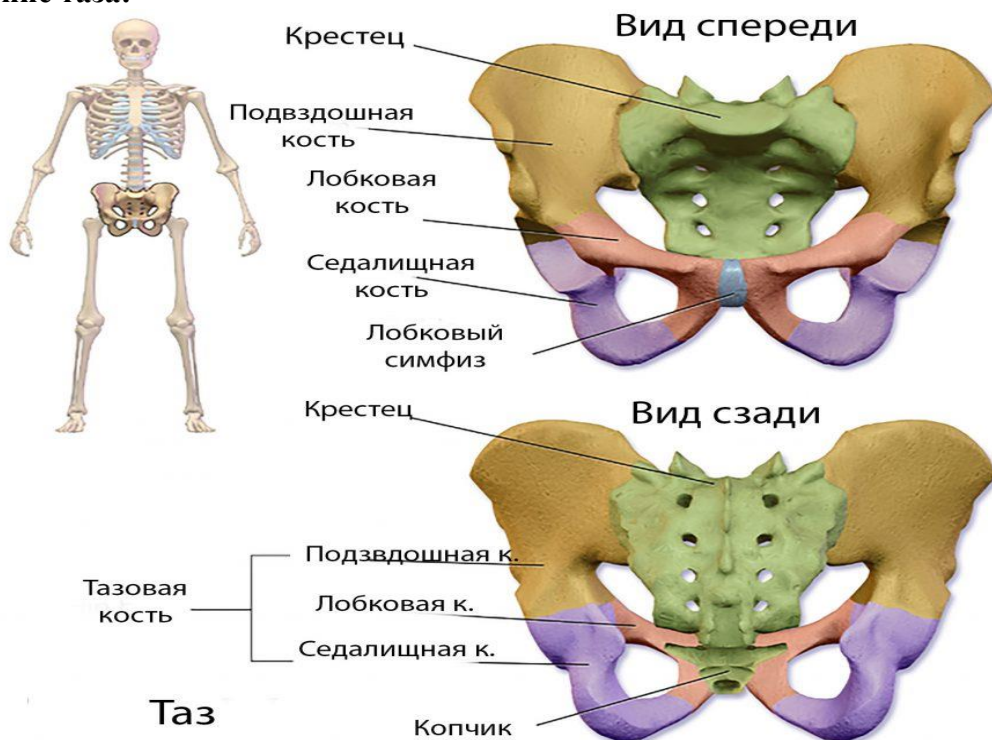
2. Контролируют удержание мочи и кала.
3. Обеспечивают возможность актов дефекации и мочеиспускания, влияют на сексуальную функцию и играют важную роль в процессе родов.

Полость таза (вид изнутри)

Формы таза



Строение таза:



- Таз состоит из двух тазовых (или безымянных) костей, крестца и копчика.
- Вход в малый таз расположен на уровне крестцового мыса и верхнего края лобковых костей.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		13стр из 100 страниц

- Выход из малого таза сформирован лобковой дугой, седалищными остями, крестцово-бугорной связкой и копчиком.
- Замкнутое пространство между входом и выходом называется истинным тазом, при этом плоскость входа находится под прямым углом к плоскости выхода.
- Женский истинный таз отличается от мужского тем, что он короче, имеет более гладкие поверхности, более широкий угол схождения нижних ветвей лобковых костей и более широкую плоскость выхода малого таза.
- Различают гинекоидную, андроидную, платипеллоидную и антропоидную формы женского таза.

Связки таза:

- Подвздошно-поясничная связка – спускается от поперечного отростка L5 к заднему краю внутренней губы гребня подвздошной кости; укрепляет пояснично-крестцовый сустав.
 - Латеральная пояснично-крестцовая связка.
 - Крестцово-бугорная связка — соединяет крестец и седалищные бугры.
 - Крестцово-остистая связка – от седалищной ости к латеральному краю крестца.
- Крестцово-подвздошные связки**
- Вентральная/передняя крестцово-подвздошная связка – от передне-боковой поверхности крестца к ушковидной поверхности подвздошной кости.
 - Дорсальная/задняя крестцово-подвздошная связка.
 - Верхняя порция (короткая задняя крестцово-подвздошная связка) – от поперечных отростков двух первых крестцовых позвонков к подвздошной бугристости.
 - Нижняя порция (длинная задняя крестцово-подвздошная связка) – от суставного отростка третьего крестцового позвонка к задней верхней подвздошной ости (ЗВПО).
 - Межкостная крестцово-подвздошная связка — лежит глубоко к задней крестцово-подвздошной связке и проходит между подвздошной и крестцовой бугристостями.

Крестцово-копчиковые связки

- Вентральная/передняя крестцово-копчиковая связка – от передней поверхности крестца к передней части копчика; а затем продолжается в переднюю продольную связку позвоночника.
- Дорсальная крестцово-копчиковая связка.
- Глубокая порция – изнутри крестцового канала на уровне пятого крестцового сегмента к задней поверхности копчика; затем продолжается в заднюю продольную связку позвоночника.
- Поверхностная порция – от свободного края отверстия крестцового канала к задней поверхности копчика, соответствует желтой связке позвоночника.
- Латеральная крестцово-копчиковая связка – от нижнего латерального угла крестца к суставному отростку первого копчикового позвонка.

Связки лобкового симфиза

- Верхняя лобковая связка – расположена между лобковыми бугорками.
- Нижняя лобковая связка (или дугообразная лобковая связка) — натянута между нижней ветвью лобковой кости и вплетается в волокнисто-хрящевой диск лобкового симфиза.
- Передняя лобковая связка.
- Задняя лобковая связка, которая является фиброзной мембраной, сливающейся с надкостницей.

Париетальная фасция таза – связки

- У женщин: лобково-пузырные связки — соединяет мочевого пузырь и лобковый симфиз.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		14стр из 100 страниц

- У мужчин: лобково-простатическая связка – соединяет мочевой пузырь и лобковый симфиз.
- Прямокишечно-маточные (plicae rectouterinae) складки – являются складками брюшины, а не связками.
- Маточно-крестцовые связки – прикрепляют верхнюю часть влагалища, верхнюю часть шейки матки и верх самой матки к третьему крестцовому позвонку.
- Кардинальные связки (они же связки Макенродта) – прикрепляют верх влагалища, шейку матки и саму матку к боковым стенкам таза.
- Круглые связки – прикрепляют матку к лобку.
- Широкие связки – прикрепляют матку к средней части подвздошной кости.
- Связка мочевого протока – присоединяет мочевой пузырь к пупку (образована из запустевших пупочных вен).

Поддерживающие связки пениса

- Связка, поддерживающая пенис – присоединяется к передней части межлобкового диска и делится на две части, вплетаясь в белочную оболочку полового члена.
- Пращевидная связка полового члена – простирается от нижней части белой линии живота, затем делится и охватывает половой член с боковых сторон.

Париетальная фасция таза – выстилает внутреннюю поверхность мышц тазового дна и стенок полости таза.

Висцеральная фасция таза – выстилает каждый тазовый орган.

Париетальная и висцеральная фасции, утолщаясь, образуют сухожильную дугу, которая проходит в непосредственной близости к внутренним органам, между лобком и крестцом.

Эндопельвикальная фасция * — переплетение волокон гладких мышц, связок, кровеносных сосудов и соединительно-тканых структур, которые расположены между париетальной и висцеральной фасциями. В ряде случаев эта ткань уплотняется, образуя волокнистые перегородки, которые разделяют и поддерживают внутренние органы.

* Анатомы чаще используют для этой фасции другое название – субсерозная, тогда как хирурги предпочитают обозначать эту часть брюшинной фасции как эндопельвикальную фасцию.

- Подчревный листок (уплотнение тазовой фасции) – разграничивает залобковое пространство и крестцово-копчиковую область. Является каналом для сосудов и нервов.
- Поперечная шейная (кардинальная) связка – часть подчревного листка; проходит от боковой стенки таза до шейки матки и влагалища. В толще фасции проходит маточная артерия, функция фасции – пассивная поддержка матки.
- Пузырно-влагалищная перегородка.
- Прямокишечно-пузырная перегородка.
- Прямокишечно-вагинальная перегородка.
- Тазовая диафрагма
- Крестцово-копчиковое сплетение

Нижний (наружный) слой – урогенитальный треугольник

- Луковично-пещеристая мышца (луковично-губчатая мышца промежности у мужчин).
- Седалищно-пещеристая мышца.
- Поверхностная поперечная мышца промежности.
- Наружный сфинктер прямой кишки.

Средний слой – мочеполовая диафрагма

Мочеполовая диафрагма, или, как ее еще называют, треугольная связка, — это прочный слой мышц, который расположен между лобковым симфизом и седалищными буграми и

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		15стр из 100 страниц

занимает переднюю часть выхода таза. Мочеполовая диафрагма расположена кнаружи и книзу от тазовой диафрагмы.

- Сфинктер мочеиспускательного канала.
- Мышца-сжиматель мочевого пузыря.
- Уретровагинальный сфинктер.
- Глубокая поперечная мышца промежности.
- Промежностная мембрана.

Верхний (внутренний) слой – тазовая диафрагма

Диафрагма таза представляет собой широкий, но тонкий слой мышечной ткани, который образует нижнюю границу брюшной и тазовой полости. Данный слой мышц и фасций имеет воронкообразную форму и простирается от лонного сочленения к копчику и по бокам таза.

- Мышца, поднимающая задний проход (лобково-копчиковая мышца, она же лобково-простатическая, лобково-влагалищная, лобково-анальная, лобково-ректальная, подвздошно-копчиковая).
- Копчиковая мышца.
- Грушевидная мышца.
- Внутренняя запирательная мышца.
- Сухожильная дуга мышцы, поднимающей задний проход.
- Сухожильная дуга тазовой фасции.

Сухожильный центр промежности — это фиброзно-мышечная структура, расположенная между наружными половыми органами и задним проходом. По бокам она крепится к нижним ветвям лобковых и седалищных костей с помощью глубокой поперечной мышцы промежности. Сухожильный центр не зря так называется: именно здесь пересекаются многие структуры промежности.

4. 4. Иллюстративный материал: акушерский фантом-кукла, скелет, муляжи: тазы, женские половые органы, плакаты

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Общее значение половых органов. 2. Внутренние органы малого таза у женщины, их взаимное расположение. 3. Название внутренних половых органов женщины. Где они находятся? 4. Название наружных половых органов женщины. 5. Значение яичников. 6. Латинское и греческое названия яичника. 7. Положение яичника. 8. Форма, поверхности, края и концы яичника. 9. Два вещества яичника. Из чего они состоят? 10. Виды фолликулов. 11. Значение маточных труб. 12. Длина и положение маточной трубы. 13. Значение матки. 14. Положение матки. 15. Части и поверхности матки, части шейки матки. 16. Полость матки: форма, отверстия. 17. Оболочки стенки матки, их название и строение. 18. Что выполняет роль поддерживающего аппарата органов малого таза? 19. Положение влагалища. Куда оно открывается? 20. Латинское и греческое названия молочной железы, ее положение. 21. Как называются выводные протоки долей молочной железы.

Лекция №3

4.1. Тема: Физиология беременности. Изменения в организме женщины во время беременности. Антенатальная защита плода.

4.2. Цель:

1. Понятие о физиологической беременности, изменения происходящие в организме.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		16стр из 100 страниц

2. Оплодотворение, развитие эмбриона.
3. Антенатальная охрана плода во время беременности.

4.3. Тезисы лекции:

Беременность – непростое время в жизни женщины. В этот период в ее организме происходят значительные физиологические изменения и гормональные сдвиги, которые позволяют обеспечить правильное развитие плода, а также подготовиться к предстоящим родам и кормлению.

Во-первых, на все органы и системы женщины ложится повышенная нагрузка. Если будущая мама здорова, организм легко справляется, однако в случае каких-либо отклонений повышается риск обострения хронических заболеваний, а также вероятность развития осложнений. Для профилактики этих нарушений беременная должна регулярно наблюдаться не только у гинеколога, но и у терапевта, а при необходимости – посещать более узких специалистов.

Во-вторых, в период беременности в организме женщины образуются новые структуры – плацента, плодные оболочки, пуповина, околоплодные воды. Они обеспечивают жизнедеятельность плода и его взаимосвязь с матерью. Состояние всех этих структур очень важно, поэтому регулярно оценивается врачом – прежде всего, с помощью УЗИ.

В-третьих, во время беременности меняются показатели крови, мочи и т.д. Поэтому не стоит ударяться в панику, если результаты анализов значительно отличаются от обычных «норм». Многие изменения вполне закономерны и соответствуют «нормам» для беременных. Грамотный и внимательный гинеколог сможет правильно расшифровать анализы и отличить вполне безобидные колебания от серьезных отклонений, требующих дополнительного вмешательства.

Физиология беременности.

Оплодотворение. Оплодотворением называется процесс слияния мужской и женской половых клеток с половинным набором хромосом с образованием полноценной клетки, зиготы, которая даёт начало новому организму.

Оптимальным сроком для оплодотворения считается **период овуляции**. Яйцеклетка попадает в ампулярную часть маточной трубы благодаря захвату её бахромками. В течение нескольких дней до овуляции и в период овуляции происходят изменения в слизи канала шейки и полости матки. Она становится более жидкой, образуется особая мукопротеиновая сеть, расположенная вдоль тела матки. По этим нитям происходит продвижение сперматозоидов. В цервикальной слизи происходит гибель значительного количества аномальных сперматозоидов, постоянно присутствующих в семенной жидкости. Во время продвижения сперматозоида из влагалища в трубы завершаются процессы, повышающие их способность к оплодотворению.

На поверхности яйцеклетки образуется воспринимающий бугорок. Сперматозоиды выделяют ферменты, способствующие увеличению проницаемости лучистого венца и прозрачной оболочки яйцеклетки. Ядро сперматозоида, участвующий в оплодотворении продвигается на встречу ядру яйцеклетки и сливается с ним. Происходит взаимная ассимиляция ядерного материала обеих клеток, в результате которой происходит образование ядра зиготы. Зигота, обладающая двойной наследственностью, приобретает способность к активному размножению и дифференцировке. В ней происходит резкое усиление обмена веществ. С момента оплодотворения начинается беременность.

Развитие зародыша. В течении 6-7 дней после оплодотворения зигота продвигается по маточной трубе в матку и начинает делиться с образованием бластомеров. Бластомеры значительно меньше материнской клетки, потому зародыш в стадии деления незначительно

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		17стр из 100 страниц

больше её в размерах. Зародыш на этой стадии называется морула. В центре морулы находятся более крупные и тёмные клетки – эмбриобласты. Из эмбриобласта образуются в дальнейшем ткани зародыша. По окружности морулы находятся светлые и мелкие клетки – трофобласт, который обеспечивает имплантацию и питание зародыша. Постепенно между эмбриобластом и трофобластом появляется жидкость и морула переходит в стадию бластоцисты. Попадая в матку, бластоциста внедряется в функциональный слой эндометрия чаще на передней или задней стенке на уровне труб. В течение 40 часов зародыш полностью погружается в слизистую оболочку и дефект над ним зарастает. Из слизистой образуется первичная оболочка плаценты. Трофобласт образует ворсинчатую оболочку, или хорион, ворсинки которого идут в глубь функционального слоя эндометрия. Постепенно в ворсинки хориона врастают сосуды зародыша, по которым происходит обмен веществ. Непосредственно зародыш окружает водный слой – амнион.

С 3 недели беременности начинается **стадия плацентации** которая заканчивается с установлением плодово-плацентарного кровообращения на 13 неделе. Основную массу плаценты составляют ворсины хориона. Они свободно омываются кровью матери, и через их стенки происходит диффузия питательных веществ и кислорода в систему кровообращения плода. Далее, по сосудам пуповины, они поступают к плоду. Кроме того, плацента является мощной железой внутренней секреции и выделяет в кровоток матери гормоны и биологически активные вещества, способствующие нормальному протеканию беременности. Плацента является компонентом иммунобиологической защиты плода (плацентарный барьер). Однако этот барьер проницаем для ряда токсических веществ – алкоголь, наркотики, никотин, соли тяжёлых металлов, некоторые лекарственные вещества, вирусы краснухи и т.д.

Развитие плода. После того, как завершилась имплантация, начинается закладка основных органов и систем.

Нервная система начинает формироваться в первые недели внутриутробного периода. С конца второго месяца беременности у плода появляются двигательные рефлексы на раздражение нервных окончаний. К 5-му месяцу формируется спинной мозг, к 6-7 заканчивается развитие головного мозга, однако функция коры мозга развивается после рождения.

Эндокринная система начинает формироваться на 1-2 месяце беременности и заканчивается в первой половине.

Кроветворение плода начинается вскоре после имплантации, но кроветворная система формируется постоянно со 2-го месяца. На 4-м месяце появляется кроветворная функция селезёнки, появляется кровообращение в печени. Гемоглобин плода обладает повышенной способностью поглощать кислород.

Кровообращение плода. Зачаток сердца образуется на второй неделе, а формирование заканчивается на втором месяце беременности. Вместе с сердцем возникает и формируется сосудистая система. Анатомическими особенностями сердечно-сосудистой системы плода является наличие овального отверстия между предсердиями и артериального (баталлова) протока между легочной артерией и аортой. Сердцебиение плода выслушивается с 18-20 недель беременности.

Изменения в женском организме во время беременности: Во время беременности в организме женщины происходят значительные физиологические изменения, которые обеспечивают правильное развитие плода, подготавливают организм к предстоящим родам и кормлению. В этот непростой период нагрузка на все органы и системы организма женщины значительно увеличивается, что может привести к обострению хронических

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		18стр из 100 страниц

заболеваний и развитию осложнений. Именно поэтому следует как можно раньше встать на учет в женской консультации, пройти всех необходимых специалистов и сдать анализы. Это позволит принять адекватные профилактические меры и подготовиться к родам.

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

Артериальное давление. Артериальное давление при нормально протекающей беременности практически не меняется. Наоборот, у женщин, имеющих его повышение до или в ранние сроки беременности, в середине беременности оно обычно стабилизируется и находится в пределах 100/60-130/85 мм.рт.ст. Это обусловлено снижением тонуса периферических кровеносных сосудов под действием гормона прогестерона. Однако в последнем триместре беременности артериальное давление может повышаться, достигая очень высоких значений. Высокое артериальное давление (140/90 мм.рт.ст. и выше) является одним из признаков позднего токсикоза беременных. Это состояние очень опасно и может потребовать экстренного родоразрешения.

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

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

Под влиянием гормона прогестерона тонус мочевого пузыря снижается, что может приводить к застою мочи. В этих условиях облегчается занос инфекции в мочевые пути, поэтому у беременных нередко возникает обострение пиелонефрита. Об инфекции мочевыводящих путей свидетельствует появление в анализах мочи лейкоцитов — более 10—12 в поле зрения. Кроме того, беременная матка, слегка поворачиваясь вправо, может вызывать затруднение оттока мочи из правой почки. В этом случае повышается риск гидронефроза, то есть расширения лоханки и чашечек вследствие чрезмерного накопления в них мочи.

Органы пищеварения. У многих женщин в первые 3 месяца беременности наблюдаются изменения в органах пищеварения: появляется тошнота и нередко рвота по утрам (признаки

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		19стр из 100 страниц

раннего токсикоза), меняются вкусовые ощущения, появляется тяготение к необычным веществам (глина, мел). Как правило, эти явления проходят к 3-4 месяцу беременности, иногда в более поздние сроки. Под влиянием гормонов плаценты снижается тонус кишечника, что часто приводит к запорам. Кишечник отодвигается беременной маткой вверх, желудок также смещается кверху и сдавливается, при этом часть его содержимого может забрасываться в пищевод и вызывать изжогу (особенно во второй половине беременности). В таких случаях рекомендуется прием антацидных препаратов (например, Маалокс, Ренни), прием пищи за 2 ч до сна и положение в кровати с приподнятым головным концом. Печень во время беременности работает с большей нагрузкой, так как обезвреживает продукты обмена самой женщины и плода.

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

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

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

Положение матки меняется в соответствии с ее размером. К концу 3 месяца беременности она выходит за пределы таза, а ближе к родам достигает подреберья. Матка удерживается в правильном положении связками, которые утолщаются и растягиваются во время беременности. Боли, возникающие по сторонам живота, особенно во время изменения положения тела, зачастую вызваны натяжением связок. Кровоснабжение наружных половых органов усиливается, во влагалище и на половых губах могут появиться варикозное расширенные вены (такие же варикозные вены могут появляться также на нижних конечностях и в прямой кишке).

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

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

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		20стр из 100 страниц

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

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

Также у беременных могут возникать различные опасения и страхи. В этот период женщина может быть обеспокоена изменениями во внешности, потерей привлекательности, взаимоотношениями с мужем. Близкие родственники (особенно муж) должны стать надежной опорой беременной и постараться обеспечить женщине психологический комфорт. При выраженной тревоге, депрессивном состоянии беременной рекомендуется обратиться за советом к специалисту.

Гормоны и беременность. Известно, что во время беременности в организме происходит достаточно много перемен, причем многие из них обусловлены гормональными изменениями. Как же меняются эти показатели?

Прежде всего, повышается уровень **прогестерона** — гормона, который подготавливает матку к беременности, а также способствует удержанию имплантировавшегося эмбриона. Прогестерон вырабатывается желтым телом — структурой, образующейся на месте лопнувшего во время овуляции фолликула («мешочка», в котором созревала яйцеклетка). Прогестерон поддерживает в центральной нервной системе доминанту, своего рода «установку на беременность», стимулирует развитие молочных желез, а также подавляет иммунитет, препятствуя отторжению плодного яйца. Это замечательный гормон, без него вынашивание беременности было бы невозможным. Однако прогестерон способствует задержке солей и жидкости в организме, угнетающе действует на психику (усиливает раздражительность, ухудшение настроения), иногда вызывает головные боли.

Повышается во время беременности и уровень **эстрогенов**. Их вырабатывают совместно надпочечники плода (здесь синтезируются предшественники эстрогенов) и плацента (в ней из предшественников образуются собственно эстрогены). Эстрогены стимулируют рост матки, принимают участие в родовом акте, способствуют удалению из организма лишней жидкости (действуют как естественное мочегонное), расслабляют сосуды, способствуя нормализации повышенного артериального давления.

С 10 недели беременности плацента начинает активно вырабатывать гормоны. Среди многочисленных гормонов плаценты особо следует отметить **хорионический гонадотропин (ХГЧ) и соматомаммотропин**.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) — гормон, по структуре похожий на вырабатываемый гипофизом тиреотропный гормон, стимулирующий функцию щитовидной железы. Под его воздействием концентрация гормонов щитовидной железы повышается. Усиление секреции гормонов щитовидной железы влечет за собой, помимо прочего, ускорение обмена веществ, что способствует обновлению всех клеток организма, в том числе улучшению состояния кожи и волос.

Хорионический соматомаммотропин — стимулирует рост молочной железы. Именно благодаря этому гормону (а также прогестерону) молочная железа увеличивается в размерах, грудь приобретает более «пышные» формы. Однако действие этого гормона может «заодно» привести к увеличению, например, длины стопы (вплоть до изменения размера обуви).

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		21стр из 100 страниц

Факторы роста — особые вещества, вырабатываемые плацентой и стимулирующие обновление собственных тканей организма (например, соединительной ткани, эпителия). Благодаря факторам роста кожа и соединительная ткань груди и живота «во всеоружии» встречают необходимость растяжения.

Гормоны надпочечников — минералокортикоиды и глюкокортикоиды. Их выработка (секреция) стимулируется специфическим гормоном гипофиза со сложным названием «адренокортикотропный гормон» (АКТГ). Повышение уровня АКТГ (а вслед за ним и гормонов надпочечников) — это реакция организма на любой стресс, которым для организма, например, является и беременность. АКТГ сам по себе способствует усилению пигментации кожи. Минералокортикоиды регулируют водно-солевой обмен, задерживая в организме соли и жидкость. Среди эффектов, вызываемых ими, назовем подавление иммунитета (что мешает отторжению плода), гиперпигментацию кожи, истончение волос, образование растяжек — стрий (за счет истончения кожи), усиление роста волос на теле.

Перечисленный выше перечень гормонов и эффект, производимый ими, нельзя назвать полным. Однако уже на основании приведенных данных становится понятно, что гормоны, концентрация которых в крови повышается во время беременности, оказывают подчас противоположное действие. В конечном итоге их влияние на внешность и здоровье женщины можно уподобить картине, состоящей из множества оттенков и полутонов. Степень выраженности «положительных» и «отрицательных» эффектов зависит и от наследственности, и от состояния здоровья женщины на момент зачатия, и от особенностей течения той или иной конкретной беременности.

Показатели крови во время беременности. Получив на руки анализ крови, беременная женщина иногда ужасается, сравнив свои результаты и результаты «нормы». Однако ничего страшного в этом нет: дело в том, что во время беременности действуют свои «нормы». Между тем, анализы крови изобилуют страшными и непонятными названиями, и чтобы не пугаться неизвестности, имеет смысл разобраться с терминами.

Общий анализ крови. Беременность отражается на результатах общего анализа крови. Такие показатели как гемоглобин и гематокрит могут снижаться во второй половине беременности, а лейкоциты, наоборот, могут повышаться.

Коагулограмма — это показатели свертываемости крови. При нормальном течении беременности активность свертывающей системы крови повышается. Уже на 3-м месяце беременности повышается уровень фибриногена, достигающий максимальных значений к моменту родов. Гинекологи рекомендуют контролировать данный показатель 1 раз в триместр, при наличии отклонений — 1 раз в неделю.

Также повышается активность внутреннего механизма свертывания крови, при этом в анализе отмечается укорочение активированного частичного тромбопластинного времени (АЧТВ).

Изменяются во время беременности и другие звенья системы свертывания крови, в частности, активность вещества, препятствующего свертыванию крови — антитромбина III. По мере развития беременности происходит постепенное снижение активности этого показателя. В тоже время волчаночный антикоагулянт в норме не должен вырабатываться у беременной.

Изменения в коагулограмме беременной — это естественный физиологический процесс, связанный с появлением маточно-плацентарного круга кровообращения. Дело в том, что организм беременной готовится к увеличению объема крови во время вынашивания ребенка и к возможной кровопотере во время родов.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		22стр из 100 страниц

Биохимический анализ крови при беременности обычно отмечается снижение общей концентрации белка в плазме крови. Это связано с частичным разведением крови из-за увеличения ее общего объема, но может происходить также в результате задержки жидкости в организме, нарушения гемодинамики, повышения проницаемости сосудов во время беременности.

Что касается белковых фракций, то в первый и во второй триместр беременности уменьшается уровень альбумина. В третьем триместре отмечается увеличение альфа-1-глобулиновой фракции, альфо-фетопротейна. Альфа-2-глобулиновая фракция также может повышаться за счет белков, связанных с беременностью (начинают повышаться с 8-12 недели беременности и достигают максимума в III триместре). Бетта— и гаммаглобулины также увеличиваются.

Незначительные изменения С-реактивного белка, наблюдаемые чаще в ранние сроки беременности, могут быть реакцией организма на процессы усиленного деления клеток при росте и развитии малыша.

Изменение объема циркулирующей крови (ОЦК) и кровоснабжения почек приводит к изменениям выделительной функции почек. Происходит задержка и накопление азотистых веществ, при этом уровень мочевины снижается, особенно в поздние сроки беременности. Показатели креатинина снижаются максимально в I-II триместре (его концентрация может снижаться почти в 1,5 раза), что связано с ростом мышц массы матки и ребенка. Уровень мочевой кислоты чаще снижен за счет усиления кровоснабжения почек. Но даже небольшие нарушения в работе почек могут привести к повышению данного показателя, и это расценивается как возможный симптом интоксикации.

Существенно изменяется во время беременности **жировой обмен**. Так как усиливаются обменные процессы в организме, увеличиваются показатели холестерина, ЛПВП.

Аntenатальная охрана плода (лат. ante перед, до + natalis относящийся к рождению) — комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, проводимых с целью обеспечения нормального внутриутробного развития организма от зачатия до рождения. Направлен на устранение факторов, отрицательно влияющих на формирование и развитие зародыша и плода, предупреждение врожденной патологии, снижение перинатальной смертности (смертность плода и новорожденного в период с 28-й недели беременности до 7-х суток жизни).

В связи с тем, что на формирование зародыша и его дальнейшее развитие большое влияние оказывает состояние здоровья родителей (в частности, состояние их репродуктивной системы). Antenатальная охрана плода должна начинаться с подготовки к беременности, особенно в тех случаях, когда возможно ее неблагоприятное течение. Так, до беременности должны пройти обследование супружеские пары, имеющие риск рождения генетически неполноценного ребенка, женщины с привычным невынашиванием беременности и мертворождениями в анамнезе, женщины с экстрагенитальными заболеваниями (болезни сердца, почек, крови и др.) должны быть обследованы акушером-гинекологом совместно с терапевтом (при необходимости также врачами других специальностей) для решения вопроса о целесообразности беременности и об оптимальной подготовке к ней.

Аntenатальная охрана плода во время беременности может быть успешной при тесном сотрудничестве медработников, беременной и ее родственников. Необходимыми условиями - являются тщательное медицинское обследование, систематическое профилактическое наблюдение с первых недель беременности в женской консультации (в сельской местности — на фельдшерско-акушерском пункте), патронаж, строгое выполнение беременными рекомендаций врача (или акушерки), касающихся питания, труда, отдыха и др. Большое

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		23стр из 100 страниц

значение для антенатальной охрана плода имеют выявление у беременной факторов риска в отношении развития антенатальной патологии и рациональное ведение беременности в соответствии со степенью риска в каждом конкретном случае.

Факторы риска условно делят на 5 групп. К ним относят: 1) неблагоприятные социально-биологические факторы: возраст беременной моложе 18 и старше 30 лет при первых родах, профессиональные вредности (вибрация, перегревание, переохлаждение, длительное пребывание на ногах, ядохимикаты и др), вредные привычки (употребление алкоголя, курение), неполноценное питание, отрицательные эмоции и др.; 2) отягощенный акушерско-гинекологический анамнез: искусственные и самопроизвольные аборт, преждевременные роды, мертворождения, осложненное течение предыдущих родов, пороки развития у детей, бесплодие в течение 2-5 лет, пороки развития матки, опухоли матки и яичников, послеоперационный рубец на матке и др.; 3) наличие экстрагенитальных заболеваний (инфекционных, сердечнососудистых, эндокринных, болезней крови, почек и др.); 4) осложнения во время беременности: токсикозы, кровотечения, фетоплацентарная недостаточность, резус- и АВО-сенсibilизация вследствие несовместимости крови матери и плода по резус-фактору и системе АВО, многоводие, маловодие перенашивание, тазовое предлежание плода и др., а также многократное применение медикаментов во время беременности; 5) нарушение состояния плода (признаки гипотрофии или гипоксии плода).

Для рационального решения проблем акушерской тактики ведения беременности и родов важную роль играет своевременная оценка состояния плода на всех этапах внутриутробного развития: выслушивание сердцебиения плода, измерение высоты стояния дна матки (при гипотрофии плода рост матки замедляется), ультразвуковое исследование (при физиологически протекающей беременности до 22-й недели и в 30—32 нед., при осложненной — чаще), кардиотокография, амниоскопия, исследование околоплодных вод, полученных с помощью амниоцентеза, и др.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 20 слайдах, муляжи развития зародыша, новорожденного.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие изменения происходят в организме женщины во время беременности?
2. Что такое прием при антенатальном наблюдении?
3. Какие первые изменения при беременности?
4. Какие гормональные изменения происходят во время беременности?

Лекция №4

4.1. Тема: Основы перинатологии

4.2. Цель:

1. Организация перинатальной помощи.
2. Основные задачи перинатологии.

4.3. Тезисы лекции:

Перинатология - наука о развитии плода и новорожденного. Она определяет основную цель акушерства - сохранить здоровье матери и помочь ей родить здорового ребенка. Перинатальная охрана охватывает вопросы защиты в течение внутриутробного развития до родов (антенатальная охрана), в родах (интранатальный период) и после родов (ранний постнатальный период).

Методы оценки состояния плода современном акушерстве. Внедрение в клиническую практику различных методов оценки состояния плода способствовало значительному

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»	67-11	
Лекции по предмету «Основы акушерства»	24стр из 100 страниц	

снижению перинатальной смертности, которая является одним из основных показателей уровня развития медицинской помощи. Антенатальная диагностика осуществляется в двух направлениях: • оценка особенностей анатомического развития плода (с помощью эхографии и эхоскопии); • изучение его функционального состояния (с использованием эхокардиографии, амниоскопии, гормональных исследований). Эхография (ультразвуковое исследование) отличается высокой информативностью, безвредна для матери и плода. Исследование производится при подозрении на многоплодную беременность, многоводие, пузырный занос, неразвивающуюся беременность, патологию плаценты (предлежание, частичная преждевременная отслойка и плацентарная недостаточность), синдром задержки развития плода, врожденные пороки развития, для определения гестационного возраста. В настоящее время УЗИ проводится всем беременным в сроки 14-16, 18-20, 24-26 недель беременности для выявления внутриутробных пороков развития (ВПР) плода. Эхокардиография позволяет неинвазивно видеть любой «срез» работающего сердца, изучать работу клапанов, выявлять пороки. Данные УЗИ и регистрации сердечной деятельности используются при оценке внутриутробного состояния плода, что называется «биофизическим профилем плода». Обычно оцениваются 5 параметров. Максимальная оценка - 10 и 12 баллов. Нестрессовый тест. НСТ 2 - это 5 и более акцелераций (ускорений ритма) амплитудой не менее 15 ударов в минуту, продолжительностью не менее 15 с, связанных с движением плода за 20 мин наблюдения. НСТ 1 - 2 - 4 акцелерации с амплитудой не менее 15 ударов в минуту, продолжительностью - не менее 15 с, связанных с движением плода за 20 мин наблюдения. НСТ 0 - 1 акцелерация или ее отсутствие за 20 мин наблюдения. Дыхательные движения плода (ДДП). ДДП 2 - не менее 1 эпизода ДДП продолжительностью 60 с за 30 мин наблюдения. ДДП 1 - не менее 1 эпизода ДДП продолжительностью от 30 до 60 с за 30 мин наблюдения. ДДП 0 - ДДП продолжительностью менее 30 с или их отсутствие за 30 мин наблюдения. Двигательная активность плода. ДА 2 - не менее 3 генерализованных движений за 30 мин наблюдения. ДА 1 - 1 или 511 2 генерализованных движения за 30 мин наблюдения. ДА 0 - отсутствие генерализованных движений. Тонус плода. Т 2 - 1 эпизод и более разгибания с возвратом в сгибательное положение позвоночника и конечностей за 30 мин наблюдения. Т 1 — не менее 1 эпизода разгибания с возвратом в сгибательное положение либо конечностей, либо позвоночника за 30 мин наблюдения. ТО — конечности в разгибательном положении. Объем околоплодных вод (ООВ). ООВ 2 - воды четко определяются в матке, вертикальный диаметр свободного участка 2 см и более. ООВ 1 — вертикальный размер свободного участка вод более 1 см, но менее 2 см. ООВ 0 — тесное расположение мелких частей плода, вертикальный диаметр свободного участка вод менее 1 см. Степень зрелости плаценты (СЗП). СЗП 2 - 0, I и II степень зрелости. СЗП 1 — плацента расположена по задней стенке и трудна для исследования. СЗП 0 - соответствует III степени зрелости плаценты. **Допплерэхография** - это исследование кровотока в системе «мать-плацента-плод». Допплерэхокардиографическое исследование позволяет оценить антенатально внутрисердечную гемодинамику плода. С помощью цветной доплерографии можно оценить направление, скорость и турбулентность кровотока. Наибольшую практическую ценность цветная доплерэхокардиография имеет в пренатальной диагностике врожденных пороков сердца с 15-16 недель беременности. Диагностическим критерием нарушения плодоплацентарного кровообращения является снижение диастолического кровотока в аорте плода и артерии пуповины. Изменение кровотока в аорте плода носит вторичный характер и отражает истощение компенсаторно-приспособительных механизмов плода. К критическим показателям плодоплацентарного кровотока относятся нулевые или отрицательные значения диастолического компонента кровотока в артерии

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		25стр из 100 страниц

пуповины и аорте плода, что свидетельствует о декомпенсированной фетоплацентарной недостаточности. Это может привести к антенатальной гибели плода. Обоснованным является немедленное родоразрешение. Для оценки сердечной деятельности плода используют инструментальные методы - **электрокардиографию (ЭКГ), фонокардиографию (ФКГ)**. Различают прямую и непрямую ЭКГ плода. Непрямая ЭКГ используется в антенатальном периоде после 32 недель беременности при наложении электродов на переднюю брюшную стенку беременной женщины. Прямая ЭКГ записывается во время родов при открытии шейки матки на 3 см и более, электрод накладывается на головку плода. ЭКГ и ФКГ плода позволяют выявить различные нарушения ритма - от единичных экстрасистол до полной блокады или мерцательной аритмии, что дает возможность оценки состояния плода. Нормальная ФЭКГ плода определяется как 0 степень. Изменения I степени (незначительные) характерны для нормально протекающей беременности и свидетельствует о лабильности сердечной деятельности плода. Изменения II степени (умеренные) свидетельствуют о некотором нарушении внутриутробного состояния плода. Изменения III степени (выраженные) свидетельствуют о значительном нарушении сердечной деятельности всех функций миокарда плода. При IV степени отсутствуют компенсаторные и приспособительные реакции. Изменения эти необратимы. При III и IV степенях нарушений наблюдаются антенатальная гибель плода и тяжелое состояние новорожденных. Кардиотокография плода является одним из ведущих методов оценки состояния плода в ante- и интранатальном периодах. **Кардиотокография (КТГ)** - синхронная запись сердцебиения плода и маточных сокращений - позволяет оценить характер сердечной деятельности плода и активность матки у матери. В клинической практике наибольшее распространение получили наружные датчики, применение которых не имеет противопоказаний и лишено каких-либо осложнений. Полученная информация должна рассматриваться вместе с клиническими данными. Наружный ультразвуковой датчик помещают на переднюю брюшную стенку матери в месте наилучшей слышимости сердечных тонов плода. Использование КТГ обосновано с 32 недель беременности. Исследование проводится в положении беременной женщины на левом боку в течение 40-60 мин. Кардиотокограммы характеризуются следующими показателями. Базальный ритм - средняя частота сердцебиения плода, сохраняющаяся неизменной за период 10 мин и более (ударов в минуту). Вариабельность - отклонение от среднего уровня базальной ЧСС в виде осцилляций. Описывается чаще только амплитудой осцилляций. Амплитуду осцилляций определяют по величине отклонения от базальной ЧСС, частоту - по количеству пересечений осцилляций линией, соединяющей середину амплитуд. Стабильность базального ритма - ритм, при котором не выявляется медленных акцелераций. Медленные колебания частоты сердечных сокращений - акцелерации (учащение), децелерации (урежение). Акцелерации - повышение сердечного ритма на 15 уд./мин и более продолжительностью не менее 10 с. Децелерации - урежение ЧСС плода на 15 уд./мин и более продолжительностью 10 с и более. Различают 3 основных типа децелераций: ранние (DipI), поздние (DipII) - запаздывают на 30-60 с; переменные (Dip III). Объективная оценка состояния плода возможна только на основании учета всех основных показателей. С целью унификации оценки данных антенатальной КТГ предложена балльная система оценки (шкала W. Fischer и др., 1973; Г.М. Савельевой и др., 1984). Оценка 8-10 баллов - нормальное состояние плода, 5-7 баллов - начальные признаки нарушения сердечной деятельности плода, 4 балла и менее - выраженные изменения состояния плода. Для оценки состояния плода и резервных возможностей фетоплацентарной системы используются функциональные пробы (атропиновый, эуфиллиновый тесты, проба с нагрузкой, задержкой дыхания). При

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		26стр из 100 страниц

проведении антенатальной КТГ наиболее распространены стрессовый (окситоциновый) и нестрессовый тесты. Сущность окситоцинового теста состоит в изучении реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращения матки, вызванные введением раствора окситоцина. Отсутствие реакции или появление медленных децелераций свидетельствует о фетоплацентарной недостаточности. Окситоциновый тест противопоказан при угрозе прерывания беременности, рубце на матке, патологии прикрепления плаценты. Высокоинформативен нестрессовый тест. Суть его заключается в реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его движения. В норме движения плода сопровождаются кратковременным ускорением базального ритма (медленные акцелерации). В этом случае тест считается положительным, что является критерием благополучного состояния плода. Сомнительным считается тест, если в ответ на движения плода акцелерации возникают менее чем в 80 % случаев. Отрицательным считается тест при отсутствии реакции сердечной деятельности плода на его движения, что свидетельствует о напряженности и истощении компенсаторных реакций. Ложноотрицательный тест наблюдается в период физиологического покоя плода. Критериями нормального состояния плода в интранатальном периоде являются показатели КТГ: базальный ритм ЧСС - между 110 и 150 уд./мин, амплитуда вариабельности базального ритма - от 5 до 25 уд./мин. Патологическими показателями КТГ в родах считают базальный ритм менее 100 и более 170 уд./мин, вариабельность базального ритма - менее 5 уд./мин на протяжении 40 мин наблюдения, выраженные вариабельные децелерации, длительные децелерации, поздние децелерации, синусоидальный тип кривой.

Амниоскопия применяется для изучения состояния околоплодных вод и плода во время беременности. Заключается в трансцервикальном осмотре нижнего полюса плодного пузыря. Амниоскопия производится с 37 недель. Для проведения исследования применяют амниоскоп длиной 20-25 см, диаметром 12-20 мм в зависимости от раскрытия шейки матки. В асептических условиях в цервикальный канал вводят амниоскоп и включают осветительную систему. При неосложненном течении беременности обнаруживается достаточное количество светлых, прозрачных околоплодных вод с наличием белой сыровидной смазки. Недостаточное количество вод, меконий и зеленоватая окраска указывают на гипоксию плода. Показания: подозрение на внутриутробную гибель плода, его гемолитическую болезнь, хроническую фетоплацентарную недостаточность, аномалии сердечной деятельности плода, перенашивание беременности и др. Осложнения: разрыв плодных оболочек, кровянистые выделения в результате травматизации слизистой оболочки цервикального канала или сосудов в месте отслоения плодных оболочек, инфицирование родовых путей, возникновение преждевременных родов. Противопоказания: предлежание плаценты, воспалительные заболевания влагалища и шейки матки. Метод амниоцентеза заключается в пункции амниотической полости с целью получения околоплодных вод для исследования. Существует несколько способов забора околоплодных вод: трансабдоминальный, трансвагинальный, трансцервикальный. Производят амниоцентез начиная с 16 недель беременности. Изучают биохимический и бактериологический состав вод, их кислотно-основное состояние. Применяют метод для оценки зрелости легких плода, при подозрении на латентную внутриутробную инфекцию, врожденные аномалии развития плода, гемолитическую болезнь, генетические заболевания, перенашивание беременности, хроническую гипоксию плода. Метод фетоскопии основан на взятии крови из сосудов пуповины и плаценты, прицельной биопсии кожи плода. Производят в сроке 16-20 недель беременности специальным эндоскопическим прибором. Показания: диагностика различных аномалий развития и врожденных заболеваний плода. Осложнения: излитие околоплодных

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		27стр из 100 страниц

вод, прерывание беременности. Кровотечение и инфицирование крайне редки. Применяется редко в связи с возможностью прерывания беременности. Новый метод диагностики внутриутробного состояния плода - кордоцентез. Основан на изучении различных параметров крови плода, полученной путем пункции пуповины под ультразвуковым контролем. Показания: пренатальная диагностика болезней крови, инфицирования плода, обменные нарушения, кариотипирование плода, гипоксия плода. Исследование крови путем кордоцентеза является единственным точным методом определения тяжести анемии у плодов с резус-сенситизацией во II триместре беременности. При исследовании содержания гормонов плаценты и фетоплацентарного комплекса в биологических жидкостях можно диагностировать нарушения состояния плода в условиях различных осложнений беременности или экстрагенитальной патологии. Данные гормонального исследования имеют особое значение после 30 недель беременности. Чем ниже экскреция эстриола, тем более выражены гипоксические сдвиги в организме плода. Снижение экскреции эстриола происходит до появления клинических признаков гипоксии плода. Определены критические и угрожающие величины экскреции эстриола. Критические величины экскреции эстриола указывают на наличие изменений плода, несовместимых с жизнью (4-6 мкмоль/сут - до 35 недель беременности, менее 10 мкмоль/сут - после 35 недель, ниже 2-3 мкмоль/сут свидетельствует о гибели плода). Резко снижается экскреция эстрогенов у плодов с уродствами развития ЦНС. Исследование содержания хориомаммотропина в крови имеет большую ценность в диагностике внутриутробной гипоксии плода. Критическими являются величины менее 3,8 мг/л при сроке беременности 35 недель и более. Повышение уровня альфа-фетопротеина (а-ФП) в крови матери наблюдается при аномалиях развития нервной трубки плода (анэнцефалия, менингомиелоцеле), при беременности у женщин, отнесенных к группе высокого риска (поздний гестоз, сахарный диабет, гемолитическая болезнь плода, недостаточность плаценты), в случае непосредственной угрозы для плода.

Медико-генетическое консультирование. Успехи в области профилактики наследственных заболеваний связаны с широким внедрением в практику здравоохранения медико-генетического консультирования и пренатальной диагностики. Основными задачами медико-генетического консультирования являются: установление точного диагноза заболевания; определение типа наследования этого заболевания в данной семье; расчет величины риска повторения заболевания в семье; объяснение смысла медико-генетического прогноза обратившимся. Медико-генетическое консультирование беременных женщин осуществляется через медико-генетические центры, которые обеспечивают методическое руководство и по определенным показаниям осуществляют непосредственное обследование. При консультировании используются различные методы обследования супругов и их родственников. Методы пренатальной диагностики - клинико-генеалогический, цитогенетический. Клинико-генеалогический метод - метод сбора и анализа родословной позволяет предположить причину и вид наследственной патологии, что является основанием для более углубленного специального обследования с целью уточнения формы возможного порока, типа его наследования и определения степени генетического риска. Цитогенетическим методом можно определить кариотип (хромосомный набор) человека и половой хроматин (тельца Барра). В пренатальной диагностике используются неинвазивные (УЗИ, гормональные исследования, определение а-фетопротеина, бактериологические, бактериоскопические) и инвазивные (амниоцентез, биопсия хориона, биопсия кожи и др.) методы исследования. Неинвазивные методы используются как скрининговые при обследовании всех женщин. УЗИ проводится всем беременным не менее трех раз (10-12, 20-22 и 30-32 недели беременности), а по показаниям и чаще. С его помощью возможно

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		28стр из 100 страниц

определить ряд пороков (анэнцефалия, грыжи, поликистоз, омфалоцеле, гастрошизис и др.) уже в конце I - начале II триместра с точностью до 100 %. С увеличением сроков беременности частота выявления ВПР возрастает. Определение а-фетопротеина в сыворотке крови производится на 12-й неделе беременности. Повышение его содержания позволяет определить группы риска женщин по ряду ВПР ЦНС (анэнцефалия, болезнь Дауна, spina bifida и др.). Определение уровней гормонов (эстриола, хориогонина, плацентарного лактогена) и обследование на инфекцию выполняется по соответствующим показаниям. Биопсия хориона производится при изменениях кариотипа у супругов, наличии в семье ребенка с ВПР (гемоглинопатия, хромосомная патология, сцепленная с полом, возраст беременной старше 35 лет). В подобных ситуациях во II триместре может выполняться плацентоцентез. Более широко используется амниоцентез трансабдоминальным методом в 16-20 недель беременности. Исследование околоплодной жидкости возможно определить кариотип плода, а-фетопротеин, уровни гормонов, анализ ДНК и т. д. Полученные результаты позволяют диагностировать хромосомную патологию, аутосомно-рецессивные и сцепленные с полом наследственные заболевания. В более ранние сроки беременности (I триместр) при исследовании околоплодной жидкости возможно диагностировать гиперплазию коры надпочечников и хромосомную патологию. При исследовании крови плода, полученной с помощью кордоцентеза (пункция сосудов пуповины) после 15-16 недель беременности, выявляются наследственные иммунодефицитные состояния, болезни крови, метаболические нарушения и др. Из других инвазивных методов исследования плода следует отметить эмбриоскопию с использованием гибкой стекловолоконной оптики (возможна с самых ранних сроков беременности), фетоскопию, биопсию кожи. На основании результатов проведенных исследований плода определяется генетический риск — пенетрантность или вероятность проявления наследственной патологии (по анализу генетических закономерностей или эмпирически в зависимости от вида порока). Наследственные пороки развития разделяются на мультифакториальные (генетический риск до 5%); полигенные; моногенные с аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным типами наследования и заболевания, сцепленные с полом (генетический риск 25-50 %); хромосомные болезни (риск в зависимости от характера поражения хромосом, вида порока и возраста женщины, например, для болезни Дауна от 1:700 до 35 лет до 1:40 после 40 лет, а при структурных изменениях хромосом - от 2 до 2 %). Генетический риск до 5 % (низкий) не считается противопоказанием к деторождению в данной семье; от 6 до 20 % (средний) - рождение детей допустимо с учетом индивидуальных особенностей, вида порока и возможностей пренатальной диагностики; риск свыше 20% (высокий) является противопоказанием к деторождению в данной семье. Показания к медико-генетическому консультированию: • воздействие неблагоприятных факторов внешней среды; • возраст беременной женщины старше 35 лет; • неблагополучный анамнез (рождение детей с наследственной патологией или другими пороками развития, выкидыши, мертворождения, смерть ребенка в ранний неонатальный период по невыясненным причинам, угроза прерывания беременности в ранние сроки); • наличие у одного из супругов наследственной патологии; • применение лекарств в ранние сроки беременности. Таким образом, медико-генетическое консультирование является одним из видов специализированной помощи населению, цель которой - предупреждение появления в семье больных с наследственной патологией.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация на 12-14 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что изучает Перинатология?

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		29стр из 100 страниц

2. Основные задачи перинатологии?
3. Внутриматочная гипоксия плода? Методы обследования?
3. Внутриутробное инфицирование плода?

Лекция №5

4.1. Тема: Диагностика ранних и поздних сроков беременности.

4.2. Цель:

1. Ознакомиться с биохимическими, физиологическими и анатомическими изменениями, сопровождающими беременность.
2. Научиться характеризовать сомнительные, вероятные и достоверные признаки беременности, используемые для диагностики беременности в ранние и поздние сроки.
3. Научиться собирать акушерский анамнез и производить общее и специальное акушерское обследование женщины для диагностики и ведения беременности

4.3. Тезисы лекции:

Ранняя диагностика беременности очень важна не только для акушеров-гинекологов, но и для врачей различных специальностей, так как биохимические, гормональные, физиологические и анатомические изменения, сопровождающие беременность, могут существенно влиять на течение экстрагенитальных заболеваний. Диагностика беременности, особенно ранних сроков, иногда представляет значительные трудности, так как некоторые эндокринные заболевания, стрессы, а также прием лекарственных препаратов могут имитировать состояние беременности. В дальнейшем затруднения возникают, как правило, при установлении срока беременности. Признаки беременности, описанные в классических учебниках по акушерству, в настоящее время при широком внедрении УЗИ в определенной мере утратили свое значение. Признаки беременности, основанные на субъективных или объективных данных, делят на сомнительные, вероятные и достоверные. К сомнительным признакам относятся проявление общих изменений, связанных с беременностью; различного рода субъективные ощущения:

- тошнота, рвота, особенно по утрам, изменение аппетита, а также пищевые пристрастия;
- непереносимость некоторых запахов (духи, табачный дым и др.);
- нарушения функции нервной системы: недомогание, раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения, головокружение и др.;
- учащение мочеиспускания;
- напряжение молочных желез;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, в области сосков;
- появление полос (рубцов) беременности на коже живота, молочных желез и бедер;
- увеличение объема живота.

Вероятные признаки беременности определяются в основном объективными изменениями половых органов, начиная с I триместра: • прекращение менструаций (аменорея) у здоровой женщины репродуктивного возраста; • появление молозива у нерожавших при надавливании на соски; • цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки; • увеличение матки, изменение ее формы и консистенции. Выявление цианоза влагалища и шейки матки, а также изменение величины, формы и консистенции матки возможно при специальном гинекологическом исследовании: осмотр наружных половых органов и входа во влагалище, осмотр стенок влагалища и шейки матки при помощи зеркал, а также при двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании. Из признаков, указывающих на изменение формы и консистенции матки в связи с беременностью, важнейшими являются

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		 SKMA 1979 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		30стр из 100 страниц

следующие: } Увеличение матки заметно уже на 5-6 неделе беременности. Матка становится округлой, увеличенной, мягковатой, к концу 8-й нед. размеры матки соответствуют размерам гусиного яйца, в конце 12-й нед. дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше.

} Симптом Горвица-Гегара. Консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Признак беременности Горвица-Гегара. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности и четко определяется через 6-8 нед от начала последней менструации.

} Признак Снегирева. Для беременной матки характерна изменчивость консистенции. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения уплотняется и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь принимает мягкую консистенцию.

} 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.

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

} 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.

} Признак Чедвика. В первые 6-8 нед беременности отмечается цианотичность шейки матки. К вероятным признакам беременности относится задержка менструации и положительный результат иммунологических тестов на беременность.

В практике широко используется определение уровня субъединицы ХГ в сыворотке крови, которое позволяет установить беременность через несколько суток после имплантации плодного яйца. Оценка уровня b-субъединицы ХГЧ в динамике позволяет клиницисту определить локализацию и перспективы для ранней беременности.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), гормон продуцируемый хорионом и выделяющийся с мочой женщины – является биологическим и серологическим маркером беременности. Концентрация ХГЧ возрастает с увеличением срока беременности, как в крови, так и в моче женщины. Этот гормон можно определить несколькими методами. Благодаря высокой специфичности и чувствительности, предпочтения отдают методу ИФА содержания ХГЧ в крови (определяет ХГЧ через 5-7 дней после имплантации).

Используются также экспресс-методы (тест полоски) для определения беременности в домашних условиях (диагностируют беременность через 1-2 недели после имплантации), основаны на изменении цвета полоски при положительной реакции после погружения ее в утреннюю порцию мочи. Радиоиммунный метод определения ХГЧ позволяет диагностировать наступление беременности еще до задержки очередной менструации.

Высокие концентрации гонадотропина могут иметь место и при некоторых патологических состояниях (пузырный занос, хорионэпителиома, плацентарный полип, опухоли яичников), небольшие концентрации (рак молочной железы, легких). Поэтому данные реакции должны учитываться в совокупности признаков, полученных в результате обследования пациентки. Для потенциально жизнеспособной маточной беременности до 6-7 недель беременности, действуют следующие правила: • среднее время удвоения величины ХГЧ составляет 1,4-2,1 дней • у 85% пациенток каждые 48 часов уровень ХГЧ увеличивается на 66% и более, у

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		31стр из 100 страниц

15% - на 53-66% (более 48 часов зафиксирован самый медленный прирост уровня ХГЧ на 53%). Маточная беременность обычно визуализируется при УЗ исследовании, когда плодное яйцо больше или равно 3 мм. Это соответствует величине ХГЧ: - 1500-2000 МЕ/л при трансвагинальном сканировании или - примерно 6500 МЕ/л - при трансабдоминальном сканировании, которое должно применяться только при невозможности провести трансвагинальное сканирование. Наиболее достоверную информацию для диагностики беременности получают с помощью УЗИ. При трансабдоминальном сканировании беременность можно установить с 4-5 нед, а при трансвагинальной эхографии - на 1-1,5 нед раньше. В ранние сроки беременность 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). Сердечную деятельность плода при УЗИ можно обнаружить с 5-6 нед беременности, двигательную активность эмбриона с 7-8 нед. Во второй половине беременности появляются признаки, свидетельствующие о наличии плода в полости матки, - это достоверные или несомненные признаки беременности: 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 половины беременности в виде ритмичных ударов, повторяющихся 120-140 раз в минуту. Иногда удается 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, обычно определяются во второй половине беременности. Сами беременные ощущают движение плода – первородящие с 20-й недели, а повторнородящие с 18-й недели, но эти ощущения к достоверным признакам не относятся, так как они могут быть ошибочными. Женщина может принять за движение плода перистальтику кишечника. Распознавание беременности требует всестороннего обследования пациентки: лишь тщательно собрав анамнез, выслушав субъективные жалобы, произведя осмотр и пальпацию живота, молочных желез, исследование наружных и внутренних половых органов, врач может на основании всей суммы предположительных и вероятных признаков поставить диагноз беременности. Кроме того, в сомнительных случаях, наличие беременности уточняют при УЗИ (достоверный признак). Диагноз беременности является точным даже при наличии только одного достоверного признака.

4. 4. Иллюстративный материал: таблицы, муляжи, слайды, демонстрирующие: 1. Анатомические изменения у женщины во время беременности; 2. Высоту стояния дна матки в различные сроки беременности; 3. Признаки Гентера, Пискачека, Снегирева, симптом ГорвицаГегара; 4. Приемы Леопольда; 5. Измерение наружных размеров большого таза; 6. Измерение диагональной конъюгаты.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Как проводится диагностика ранних сроков беременности и ее значение?
2. Какие методы диагностики беременности?
3. Как подтвердить беременность на ранних сроках?

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		32стр из 100 страниц

4.1. Тема: Методы обследования беременных. Наружное акушерское исследование.

4.2. Цель:

1. Освоить приемы наружного акушерского исследования.
2. Знание об основных методах менингококковой инфекции.

4.3. Тезисы лекции:

- Сбор анамнеза
- Объективное обследование беременной
- Акушерское обследование беременной

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 или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное акушерское обследование.

Сбор анамнеза. Первый визит беременной к акушеру-гинекологу, как правило, происходит в поликлинических условиях (женская консультация, перинатальный центр), однако иногда беременность устанавливают в стационаре. При первом обращении беременной следует провести опрос с тщательным сбором анамнеза (общего и акушерско-гинекологического), провести общий и акушерско-гинекологический осмотр, при необходимости использовать дополнительные методы исследования. Построение опроса беременной сводится к определенному плану. Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода. Все сведения, собранные при опросе женщины, фиксируют в диспансерной карте беременной (в женской консультации) или истории родов (в родильном доме) и в электронной базе данных лечебного учреждения.

При опросе выясняют следующие сведения:

- ▶ паспортные данные беременной (имя, фамилия, отчество, возраст). В акушерстве важно выяснение возраста женщины, так как у очень юных (до 18 лет) и возрастных (свыше 35 лет) первородящих нередко возникают осложнения течения беременности и родов, причем у последних чаще, чем у молодых (16-20 лет). Чаще встречаются дети с аномалиями развития у родителей старшего репродуктивного возраста (старше 37-40 лет);
- ▶ адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически);
- ▶ семейное положение (в зарегистрированном браке, незарегистрированном, одинокая);
- ▶ причина обращения за медицинской помощью, т.е. жалобы. Это не относится к женщинам, которые пришли в женскую консультацию встать на учет. Нередко женщины предъявляют жалобы на изменение вкуса, тошноту, рвоту и другие расстройства, которые могут сопровождать ранние сроки беременности. Также предъявляют жалобы на кровянистые выделения из половых путей, что может быть симптомом многих осложнений (таких как самопроизвольный выкидыш, внематочная беременность, пузырный занос, предлежание плаценты и т.д.). Нередки жалобы, характерные для токсикоза первой половины беременности, на нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, тем более если еще до беременности имелись заболевания этих органов и систем;
- ▶ условия труда, профессия. При наличии профессиональной вредности в целях исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		33стр из 100 страниц

беременной и плод следует решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. При необходимости женщине нужно уменьшить физические нагрузки, сменить вредное производство и работу в ночное время суток на более легкую (это право ей дано по закону, и все работодатели об этом осведомлены), принять меры к созданию наиболее благоприятных условий для жизни и развития плода. Последний аспект включает полноценный отдых, правильное и полноценное питание, снижение воздействия стрессов и т.д.;

- условия жизни: число людей, проживающих с беременной, материальная обеспеченность, жилищные условия, наличие животных в квартире;
- наследственные и другие перенесенные заболевания. Наследственные заболевания отражаются на росте и развитии плода, передаются ему. Выясняют, не было ли в семье беременной и ее мужа передающихся наследственным путем психических заболеваний, болезней крови, нарушений обмена веществ, генетически обусловленных аномалий развития, многоплодной беременности, СД, онкологических заболеваний и т.д. Заболевания, перенесенные в детстве (ветряная оспа, краснуха, корь, коклюш, эпидемический паротит, скарлатина; рахит, ревматизм, дифтерия, дизентерия, вирусный гепатит, туберкулез), нередко отражаются на здоровье и репродуктивной функции. К примеру, перенесенный в детстве рахит ведет к деформации таза, которая осложняет течение родов. В свою очередь, перенесенные корь, краснуха, туберкулез, а также ревматизм, тонзиллит, повторяющиеся ангины и другие инфекционные заболевания нередко вызывают отставание физического и полового развития и могут стать причиной полового инфантилизма;
- перенесенные в зрелом возрасте неинфекционные, инфекционные, в частности гинекологические, заболевания, особенно хронические заболевания гениталий (хронический сальпингоофорит, заболевания шейки матки и т.д.) и других органов. Перенесенные и имеющиеся хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, легких, почек и других органов, а также токсоплазмоз, генитальный герпес, CMV-инфекция, онкологические заболевания могут отразиться на течении беременности и родов. Кроме того, беременность и роды могут вызывать новые эпизоды обострения хронических заболеваний или нарастание их тяжести;
- перенесенные переливания препаратов крови, аллергические реакции, операции, травмы (сотрясения головного мозга, переломы и др.);
- эпидемиологический анамнез (выезд за пределы региона проживания, контакт с животными, укусы насекомых, клещей, контакт с кондиционерами, употребление некачественной пищи и воды и др.);
- привычные интоксикации (курение табака, употребление алкоголя, наркотиков);
- возраст и состояние здоровья мужа, группа и резус-принадлежность его крови, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

Затем необходимо собрать подробные сведения о менструальной и половой функции. Выясняют, в каком возрасте появилась первая менструация (менархе), через какой промежуток времени менструации стали регулярными (установились), длительность менструального цикла, продолжительность менструального кровотечения, количество теряемой крови, болезненность во время менструации, характер изменений менструального цикла после начала половой жизни, родов, аборт. Для расчета срока гестации и вычисления предполагаемой даты родов необходимо уточнить дату начала последней менструации.

Половая функция. Выясняют время начала половой жизни, в каком по счету браке состоит

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		34стр из 100 страниц

женщина, нет ли кровянистых выделений и болей при половых контактах, использовались ли и какие методы контрацепции до наступления беременности, каков был интервал от начала регулярной половой жизни до наступления беременности. Отсутствие беременности в течение 1 года и более после начала половой жизни без применения методов контрацепции расценивают как первичное бесплодие.

Гинекологические заболевания. Важно получение информации о перенесенных гинекологических заболеваниях, которые могут отразиться на течении беременности, родов и послеродового периода (заболевания шейки матки, методы их лечения, миома матки, эндометриоз, гиперпластические процессы эндометрия, опухоли и опухолевидные заболевания яичников и др.). При наличии рубца на матке после КС, миомэктомии, ушивания перфорационного отверстия на матке (возникшего в ходе искусственного прерывания беременности) уточняют срок перенесенной операции, вид КС (корпоральное или в нижнем маточном сегменте), особенности течения послеоперационного периода. Помимо опроса необходимо получение выписки из лечебного учреждения с детальным описанием проведенной операции. Например, после миомэктомии крайне важно получить сведения о доступе оперативного вмешательства (лапаротомический, лапароскопический), со вскрытием полости матки или без него и т.д. Выясняют жалобы на выделения из половых путей (обильные, скудные), их характер (гнойные, слизистые, творожистые, кровянистые и т.д.), что может указывать на гинекологические заболевания. Важно выяснить сведения о ИППП (сифилис, гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, папилломавирусная инфекция), а также о ВИЧ-инфекции.

Репродуктивная функция: число предыдущих беременностей, продолжительность, течение, многоплодные беременности, исходы (роды и аборты), интервалы между беременностями, осложнения в родах, осложнения после родов и аборт, масса новорожденного (новорожденных), развитие и здоровье имеющихся в семье детей. Собирают также сведения об имевшихся прерываниях беременности: самопроизвольный выкидыш или искусственный аборт, на каком сроке гестации произошли, наличие после них заболеваний и т.д. Не менее важен сбор сведений о преждевременных родах. Осложнения предыдущих беременностей и родов, короткий интервал между беременностями повышают риск осложнений. Различают следующие понятия:

- Primigravida - первобеременная женщина;
- multigravida - повторнобеременная женщина;
- nullipara - женщина, в анамнезе которой были беременности, но родов (даже преждевременных) не было;
- primipara - первородящая женщина (в анамнезе могли быть беременности, но родов не было);
- multipara - повторнородящая женщина.

У повторнородящих женщин необходимо выяснять подробные сведения об особенностях течения предыдущих беременностей и родов. При наличии осложнений беременности (ПЭ, угрожающее прерывание и т.д.) собирают подробные сведения о них, так как это имеет значение в прогнозировании течения и исхода настоящей беременности и предстоящих родов. Выясняют, были ли роды своевременными, преждевременными, запоздалыми, самопроизвольными или оперативными (КС, акушерские щипцы, ВЭП, плодоразрушающие операции). Выясняют, в каком родовспомогательном учреждении происходили роды. При оперативном родоразрешении уточняют показания к нему, при КС - плановое или экстренное, особенности течения послеоперационного периода, на какие сутки пациентка была выписана из родовспомогательного учреждения.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		35стр из 100 страниц

Осложнения и хирургические вмешательства в предыдущих родах, мертворождения или смерть ребенка после рождения указывают на возможные аномалии родовых путей, заболевания беременной и другие нарушения. В связи с наличием патологических родов можно ожидать возникновения осложнений при настоящей беременности и родах (таких как неправильная родовая деятельность, приращение плаценты, кровотечения, разрыв матки и т.д.). Особое внимание при сборе акушерского анамнеза уделяют состоянию новорожденного (гестационный возраст, масса, длина тела, оценка по шкале Апгар, реанимационные мероприятия и их объем, перевод на этап выхаживания и интенсивная терапия), а также выясняют особенности нервно-психического и физического развития ребенка на момент опроса. При неблагоприятном исходе родов выясняют, на каком этапе произошла гибель плода или новорожденного: во время беременности (антенатальная гибель), во время родов (интранатальная гибель), в раннем постнатальном периоде (первые 7 сут жизни - 168 ч - постнатальная гибель). Необходимо уточнить возможную причину гибели плода/новорожденного (асфиксия, ВУИ, пороки развития и хромосомные аномалии, ГБП, тяжелая ПН и др.). Таким образом, акушерский анамнез дает ценную информацию для прогнозирования акушерских осложнений, особенностей течения беременности и родов, позволяет выделить пациенток группы высокого риска, нуждающихся в особом внимании и более тщательном наблюдении.

Объективное обследование беременной

После сбора анамнеза пациентки приступают к объективному исследованию, которое начинают с осмотра.

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог. При выявлении у беременной экстрагенитальной патологии терапевт или врач-специалист дает заключение о возможности вынашивания беременности и в случае необходимости произвести дополнительные исследования или направить в стационар. Повторные осмотры терапевт проводит на сроке 30 и 37- 38 нед беременности, а стоматолог - в 24 и 33-34 нед. Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов, при каждом посещении консультации беременной. Например, при высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов, методе родоразрешения.

По показаниям проводят медико-генетическое консультирование.

Объективное обследование беременной (роженицы) складывается из общего обследования и специального акушерского исследования. Общее обследование проводят по органам и системам. Проводят лабораторные исследования: анализ мочи, клинический анализ крови, определение группы крови и резус-принадлежности, биохимический анализ крови, коагулограмму, анализ на TORCH-инфекции: Т - токсоплазмоз (toxoplasmosis), О - другие инфекции (other) (вирусные гепатиты, сифилис, хламидиоз, листериоз, туберкулез, уреа- и микоплазмоз, гонорея, группа β -стрептококков), R - краснуха (rubella), С - цитомегаловирус (cytomegalovirus), Н - герпес (herpes). Большое значение имеет выяснение состояния психики беременной, ее отношения к предстоящим родам, так как от этого зависит эффект психопрофилактической подготовки к родам.

Осмотр беременной. Осмотр нередко позволяет получить очень ценные данные для диагноза.

Объективное исследование беременной включает:

- термометрию;

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		36стр из 100 страниц

- ▶ антропометрию (измерение роста, определение массы тела);
- ▶ измерение АД на обеих руках;
- ▶ определение типа телосложения;
- ▶ осмотр кожного покрова;
- ▶ осмотр и пальпацию молочных желез;
- ▶ осмотр и пальпацию живота;
- ▶ пельвиометрию;
- ▶ пальпацию лонного сочленения;
- ▶ исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, нервной и эндокринной систем;
- ▶ исследования, проводимые врачами других специальностей.

Рост беременной необходимо точно измерить. При низком росте (150 см и ниже) у женщин нередко наблюдаются признаки инфантилизма (сужение таза, гипоплазия матки и др.). У женщин высокого роста наблюдаются другие особенности таза (широкий, мужского типа). Определение ростовесовых показателей - необходимое условие для диагностики ожирения и выявления скрытых отеков. Чем раньше выполнена антропометрия, тем более достоверными будут данные для сравнения по мере прогрессирования беременности. При определении массы тела следует учитывать не только ее абсолютные значения, но и рассчитывать индекс массы тела (ИМТ), который в норме составляет 18-25 кг/м², по следующей формуле:

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{масса тела в килограммах}}{(\text{рост в метрах})^2}$$

Телосложение. Тип телосложения - один из вариантов нормы конституции человека.

Поскольку тип телосложения характеризует лишь один из вариантов нормы конституции, число типов телосложения зависит от способа определения нормы. Наиболее часто выделяют следующие типы: астенический (или гипостенический), нормостенический, гиперстенический.

Гипостенический тип конституции (телосложения) характеризуется относительно низким расположением диафрагмы, вытянутой сверху вниз грудной клеткой (и относительно уменьшенной окружностью), вытянутой шеей, узкими плечами, длинными и тонкими конечностями, обычно значительно выше среднего ростом. Мышечная масса слабо развита. Количество жировой ткани обычно ниже среднего. Особенности внутреннего строения обусловлены вытянутой грудной клеткой - сердце обычно небольшое, форма сердца удлинённая, каплеобразная, легкие также удлинённые, всасывательная способность ЖКТ понижена.

Нормостенический тип телосложения характеризуется хорошим (значительно лучшим, чем у гипостенического типа телосложения) развитием мышечной массы и, как следствие, прочным и развитым костным скелетом. Количество жировой ткани примерно соответствует средним показателям. Особенности внутреннего строения - грудная клетка выпуклая, плечи широкие, длина конечностей пропорциональная. Все характеристики соответствуют средним.

Гиперстенический тип телосложения характеризуется высоко расположенной диафрагмой, относительно большим по размерам сердцем, обычно ростом относительно массы тела ниже среднего, грудной клеткой округлой формы - сплюсненной сверху вниз, обычно короткой шеей. Особенности внутреннего строения обусловлены округлой грудной клеткой. Количество жировой ткани обычно выше среднего. В крови высокое содержание холестерина. Всасывательная способность ЖКТ высокая.

Деформация позвоночника и нижних конечностей, анкилозы суставов и другие изменения в

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		37стр из 100 страниц

костной системе свидетельствуют о возможном изменении формы таза и его сужении. Изменения в костях и суставах нередко появляются вследствие рахита, полиомиелита, туберкулеза, которые могли отрицательно повлиять на другие органы и системы. При осмотре выявляются дополнительные видимые признаки инфантилизма (недоразвитие молочных желез, недостаточное развитие волос в области наружных половых органов), недостаточная половая дифференцировка (широкие плечи, узкий таз, рост волос по мужскому типу) и прочие особенности развития, при которых беременность нередко протекает с осложнениями. Выраженное истощение или ожирение нередко бывают признаком нарушения обмена веществ, эндокринных и других заболеваний. Осложнения беременности и родов возникают у таких женщин чаще, чем обычно.

Кожный покров. Пигментация лица, белой линии, сосков и околососковых кружков, полосы беременности позволяют предполагать наличие беременности. Бледность кожи и видимых слизистых оболочек, цианоз губ, желтушность кожи и склер, отеки служат признаками ряда серьезных заболеваний. Расчесы, гнойники на коже требуют специального обследования. К объективным признакам бывшей беременности и родов относятся понижение тонуса мышц передней брюшной стенки, наличие striae gravidarum.

Гормональные нарушения регуляции репродуктивной системы могут привести к недоразвитию молочных желез, недостаточной выраженности оволосения в подмышечной области и на лобке или, напротив, чрезмерному оволосению на лице, нижних конечностях, по средней линии живота. Кроме гирсутизма при осмотре можно выявить черты маскулинизации - широкие плечи, мужское строение таза. Следует оценить выраженность подкожно-жировой клетчатки.

Молочные железы. Оценивают их развитие, состояние сосков (нормальные, плоские, втянутые), наличие отделяемого (молозива) из сосков.

Измерение АД. Важно проводить на обеих руках и как можно раньше во время беременности, так как в поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и ПЭ усложняется. Обязательно следует установить значение АД до беременности (так называемое рабочее АД), 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 повышение 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 ПЭ невысоки.

Осмотр живота. Во второй половине беременности осмотр иногда позволяет выявить отклонения от нормального ее течения. При нормальной беременности и правильном положении плода живот имеет овоидную (яйцевидную) форму; при многоводии он шарообразен, увеличивается очень резко, не соответственно сроку беременности, его размеры превышают норму для предполагаемого срока беременности; при поперечном положении плода живот приобретает форму поперечного овала. Форма живота может изменяться при узком тазе. При перерастянутости или расхождении мышц передней брюшной стенки (как правило, у повторнородящих) живот может быть отвислым.

Акушерское обследование беременной

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

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

Наружное акушерское исследование включает осмотр, пальпацию живота беременной и

лонного сочленения, измерение наружных размеров таза (пельвиометрию), определение размеров матки, измерение окружности живота и ВДМ, аускультацию сердечных тонов плода. Методы акушерского обследования зависят от срока беременности.

Акушерские измерения. Получение данных о форме и внутренних размерах малого таза основано на определении наружных размеров таза (пельвиометрия) и параметров крестцового ромба (ромба Михаэлиса). Измерение размеров таза чрезвычайно важно, так как их уменьшение может приводить к существенным отклонениям в течении родов. Измерение размеров таза проводят при помощи специального инструмента - тазомера. Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговицы. Измерение проводят в положении женщины на спине с вытянутыми и сомкнутыми ногами. Акушер располагается справа от беременной, лицом к ней. Тазомер берут таким образом, чтобы кончики его ветвей находились между большим и указательным пальцем обеих рук. Указательными пальцами пальпируют те опознавательные точки, расстояние между которыми необходимо измерить, прижимают к ним концы ветвей тазомера и по шкале определяют искомый размер.

► Distantia spinarum - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25-26 см) (рис. 1.3).

► Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28-29 см).

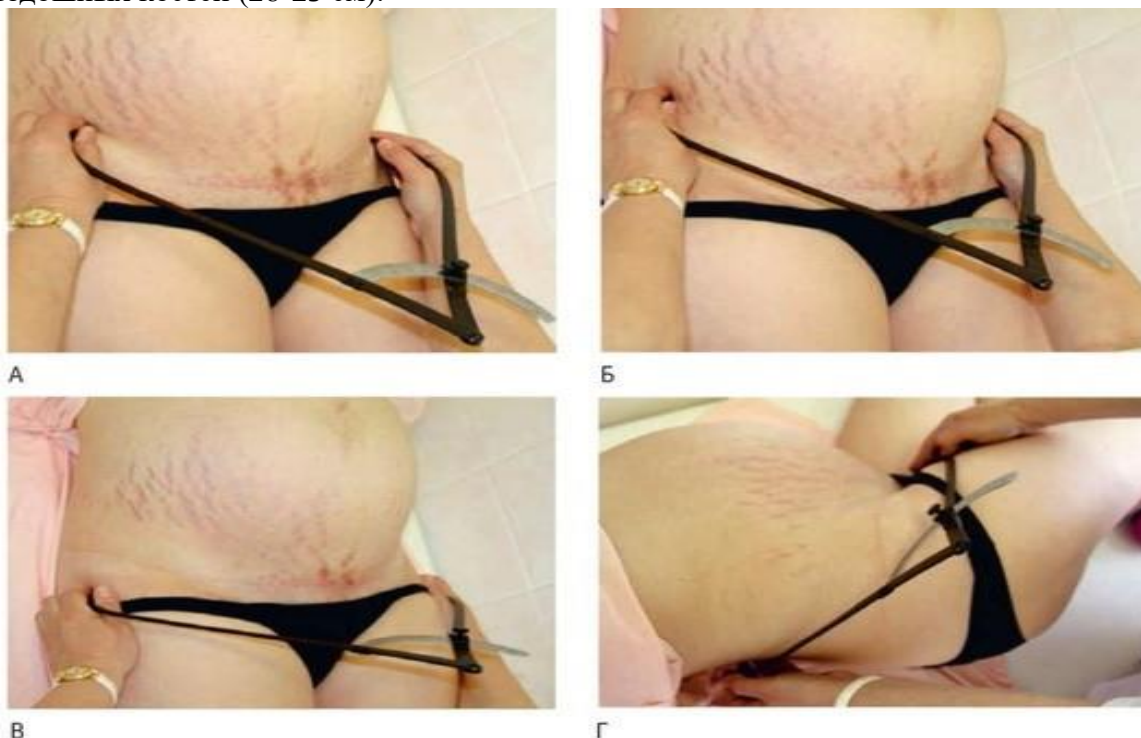


Рис. 1.3. Измерение наружных размеров таза: А - distantia spinarum; Б - distantia cristarum; В - distantia trochanterics Г - conjugata externa

► Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31-32 см).

► Conjugata externa - расстояние между верхненаружным краем симфиза и надкрестцовой

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		39стр из 100 страниц

ямкой (20-21 см). Для определения данного размера беременную укладывают на бок. Нижележащая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, вышележащая нога вытянута. Кончик одной из ветвей устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, кончик другой ветви тазомера помещают между большим и указательным пальцами другой руки и с указательным пальцем скользят по остистым отросткам поясничных позвонков по направлению к крестцу, пальпируя надкрестцовую ямку сразу под выступом остистого отростка V поясничного позвонка.

Наружная конъюгата имеет важное значение - по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты (прямого размера входа в малый таз). Для определения истинной конъюгаты (conjugate vera) из наружной конъюгаты нужно вычесть 9 см ($ИК = НК - 9 \text{ см}$). Разница между наружной и внутренней конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому эта разница не всегда точно соответствует 9 см.

Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса) - площадка по задней поверхности крестца, ограниченная сверху остистым отростком V поясничного позвонка, по бокам - задними верхними остями подвздошных костей, снизу - верхушкой крестца (место схождения линий больших ягодичных мышц). При нормальной форме и размерах таза ромб приближается к форме квадрата со сторонами по горизонтали - 10 см, по вертикали - 11 см. Форма ромба косвенно позволяет судить о форме таза. Уменьшение вертикальных размеров может свидетельствовать об укорочении прямых размеров таза, уменьшение горизонтальных - об укорочении поперечных размеров таза. При кососмещенных тазах левая и правая половины ромба несимметричны и могут значительно различаться по величине.

Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате. Диагональная конъюгата (conjugate diagonalis) представляет собой расстояние между нижним краем симфиза и наиболее выступающей частью мыса крестца (12,5-13 см). Определяется при влагалищном исследовании следующим образом: во влагалище вводят два пальца; стараются, низко опуская локоть, достигнуть кончиком среднего пальца правой руки того места, где последний непосредственно соприкасается с нижним краем лонного сочленения. После этого пальцы выводят и тазомером или сантиметровой лентой определяют расстояние от метки на указательном пальце до конца ногтевой фаланги среднего пальца (рис. 1.4). При нормальных размерах малого таза палец не достигает мыса. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5 см (или индекс Соловьева).



Рис. 1.4. Измерение диагональной конъюгаты

Также необходимо определить угол наклона таза - угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта (измеряется тазоугломером в положении женщины стоя); обычно он равен $45-55^{\circ}$; 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 $90-100^{\circ}$.

Информативно измерение размеров выхода таза (рис. 1.5). Прямой размер выхода таза измеряют следующим образом: один конец тазомера располагают на середине нижнего края симфиза, другой - на вершечке копчика. Из полученной величины вычитают 1,5 см (толщина костей и мягких тканей). В норме прямой размер выхода таза равен 9,5 см. Поперечный размер выхода таза измеряют при положении беременной в гинекологическом кресле. Сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями измеряют расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров. К полученной величине прибавляют 1,5 см (толщина мягких тканей). В норме поперечный размер выхода малого таза составляет 11 см.

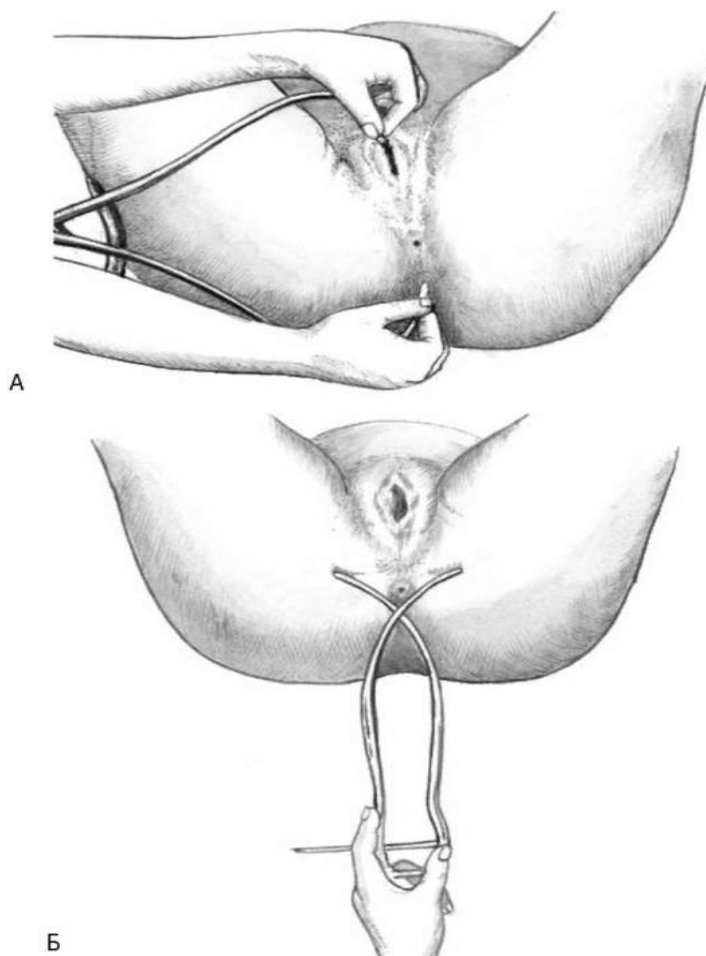


Рис. 1.5. Измерение размеров выхода таза: А - прямой размер, Б - поперечный размер

Наиболее важно уже при первом осмотре определить conjugate vera (истинную конъюгату), т.е. прямой размер входа в малый таз. Достоверные данные может дать рентгенопельвиометрия, однако в связи с ограничениями применения этого метода в настоящее время по-прежнему используют косвенные методы определения истинной конъюгаты:

- ▶ из значения conjugate 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). На основании сопоставления данных измерений индекса Соловьева ($\frac{1}{10}$ окружности кисти в области лучезапястного сустава) (рис. 1.6) и истинной конъюгаты предлагают вычитать из величины диагональной конъюгаты $\frac{1}{10}$ 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 осями подвздошных костей одной и той же стороны (14-15 см и больше); если боковая конъюгата составляет 12,5 см и меньше, родоразрешение через естественные родовые пути 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.

Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка (в конце нормальной беременности она равна 90-100 см) (рис. 1.7, А) и ВДМ - расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки. Нулевой конец сантиметровой ленты размещают на уровне верхнего края лонного сочленения, протягивают ленту вдоль белой линии живота, фиксируя результат на уровне дна матки ребром ладони (рис. 1.7, Б). ВДМ изменяется на протяжении беременности, что позволяет использовать данный показатель для определения срока гестации (табл. 1.1).

Причины увеличения окружности живота и ВДМ:

- крупный плод;
- многоводие;
- многоплодие;
- нарушение жирового обмена;
- неправильные положения плода (ТП, косое или поперечное положение плода).



Рис. 1.7. Измерение окружности живота (А) и высоты стояния дна матки (Б)

Таблица 1.1. Высота стояния дна матки над лоном в различные сроки беременности

Срок беременности, нед	Высота стояния дна матки над лоном, см
12	На уровне верхнего края лонного сочленения
16	6
20	12
24	18-20
28	24-26
32	28-30
36	34-36
40	34-35

Определение массы плода (МП):

МП = ОЖ × ВДМ (метод Жордания);

МП = (ВДМ - УК) × 155,

где УК - условный коэффициент, равный при массе беременной до 90 кг - 11, свыше 90 кг - 12; 155 - специальный индекс);

МП = масса матери до беременности / 20 (метод Якубовой); МП = (ВДМ + ОЖ + рост матери + масса матери) × 10 (метод Ланковица).

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 околоплодных вод, предлежащую часть, а затем по мере прогрессирования беременности членорасположение плода, его положение, позицию и вид. Пальпацию живота проводят в положении беременной лежа на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, что несколько ослабляет напряжение мышц передней брюшной стенки и облегчает пальпацию матки и расположенного в ней плода.

При пальпации живота используют так называемые приемы наружного акушерского исследования (приемы Леопольда-Левицкого).

Первый прием наружного акушерского исследования (первый прием Леопольда) (рис. 1.8). Цель его применения - определение ВДМ, формы дна матки (при пороках ее развития) и части плода, находящейся в дне. Акушер становится справа от беременной, лицом к ней. Ладонные поверхности обеих рук, ногтевыми фалангами друг к другу, кладет на дно матки, сближая их между собой. Руки акушера должны достаточно плотно охватывать дно матки с прилегающими областями маточных углов. Если в дне матки пальпируется широкая, мягкая часть, вероятнее всего, это ягодицы (тазовый конец) плода, а предлежание плода - головное. И наоборот, если в дне пальпируется твердая подвижная часть (головка плода) - ТП.

Второй прием наружного акушерского исследования (второй прием Леопольда) (рис. 1.9) - определение позиции и вида позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек). Акушер непосредственно после выполнения первого приема опускает обе руки со дна матки на ее боковые стенки до уровня пупка и несколько ниже.



Рис. 1.8. Первый прием Леопольда **Рис. 1.9.** Второй прием Леопольда

При этом с одной стороны исследующая рука ощущает спинку плода, определяемую в виде плотного упругого образования с гладкой, широкой, выгнутой поверхностью. С другой стороны под пальцами определяются мелкие части плода в виде мелких подвижных бугорков, которые во время исследования могут совершать активные движения.

Если спинка плода пальпируется слева - позиция плода первая, если справа - позиция вторая. Спинка, повернутая кпереди, означает передний вид позиции плода, кзади - задний вид позиции плода.

В процессе проведения второго приема Леопольда возможно определить возбудимость матки. Возбудимость повышена, если в ответ на пальпации матка напрягается. Можно определить повышенное количество околоплодных вод по симптому флюктуации - одна рука воспринимает толчок противоположной.

Третий прием наружного акушерского исследования (третий прием Леопольда) (рис. 1.10) - определение характера предлежащей части и ее отношения ко входу в малый таз. Правой рукой охватывают часть плода, находящуюся над входом в малый таз. Если над лонным сочленением пальпируется округлая и плотная часть плода, это может свидетельствовать о головном предлежании, если мягкая и широкая - о ТП плода. После этого осторожными движениями пытаются сместить предлежащую часть вправо и влево. В случае, когда предлежащая часть подвижна, она находится над входом в малый таз, если неподвижна - прижата ко входу в малый таз.



Рис. 1.10. Третий прием Леополяда



Рис. 1.11. Четвертый прием Леополяда

Четвертый прием наружного акушерского исследования (четвертый прием Леополяда) (рис. 1.11) - уточнение данных, полученных после применения третьего приема наружного акушерского исследования (степень вставления головки, выраженность симптома баллотирования). При выполнении данного приема акушер меняет свое положение по отношению в пациентке: он становится спиной к ней и лицом к ногам беременной или роженицы, располагает обе руки по сторонам нижнего отдела матки и осторожно, постепенно скользит по боковой поверхности предлежащей части вниз, проникая между ней и боковыми отделами входа в малый таз, пальпируя предлежащую часть. Если пальцы обеих рук свободно сводятся под предлежащей частью, она находится над входом в малый таз. Если предлежащая часть подвижна над входом в малый таз, пальцы обеих рук удастся почти целиком подвести под нее, особенно у многорожавших женщин. При этом также определяется наличие или отсутствие симптома баллотирования, характерного для головки. Для этого ладони обеих рук плотно прижимают к боковым отделам головки плода, затем правой рукой производят толчок в области правой половины головки. При этом головка отталкивается влево и передает толчок левой руке. При головном предлежании при помощи данного пальпаторного приема возможно определение степени вставления головки плода в малый таз:

- пальцы обеих рук свободно сводятся под головкой - головка находится над входом в малый таз;
- пальцы обеих рук при движении их навстречу друг другу не полностью сходятся из-за плотно фиксированной головки плода - головка либо прижата ко входу в малый таз, либо находится малым сегментом в плоскости входа в малый таз;
- пальцы обеих рук при движении их навстречу друг другу расходятся - головка находится большим сегментом в плоскости входа 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 (рис. 1.12), 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 плода (где она наиболее тесно прилегает к стенке матки), ближе к головке. Исключение составляет лицевое предлежание плода - в этой ситуации сердцебиение плода четче выслушивается со стороны грудной клетки плода. При затылочных предлежаниях наиболее четкая аускультация возможна ниже пупка, слева - при первой позиции, справа - при второй. При ТП сердечные тоны плода выслушиваются на уровне пупка или несколько выше также в зависимости от позиции: при первой - слева, при второй - справа. При поперечных положениях сердцебиение определяют на уровне пупка, ближе к головке плода (рис. 1.13). При многоплодной беременности сердцебиения плодов обычно выслушиваются отчетливо в разных отделах матки. Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритмичность и ясность.



Рис. 1.13. Место наилучшего выслушивания сердечных тонов плода

Во время родов (по мере продвижения плода по родовому каналу) точки аускультации смещаются ближе к симфизу. Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным. ЧСС в норме 120-160 в минуту. Снижение ЧСС ниже 120 в минуту расценивают как брадикардию, повышение более 160 в минуту - как тахикардию. Подсчет производят не менее 30 с. Повышение или понижение ЧСС плода, выраженная аритмия, глухость сердечных тонов могут свидетельствовать о гипоксии плода. В ответ на функциональную нагрузку (схватка, самопроизвольные движения плода) ЧСС плода в норме, как правило, повышается на 10-20 в минуту. В родах в момент схватки может отмечаться снижение ЧСС плода также на 20-30 в минуту, связанное с временным ухудшением снабжения плода кислородом и нарастанием концентрации в его крови углекислого газа. В норме ЧСС возвращается к исходным

значениям в течение 30-40 с. Если частота ритма не восстанавливается до исходных величин до момента начала следующей схватки, это можно рассматривать как признак гипоксии плода. Помимо сердечных тонов плода при аускультации могут выслушиваться посторонние шумы. Со стороны матери: пульсация брюшного отдела аорты; «маточный шум», возникающий в извитых и расширенных маточных сосудах; кишечные шумы. Со стороны плода: шум сосудов пуповины, толчки плода.

Помимо акушерского стетоскопа, для аускультации сердечных тонов плода можно применять фетальные мониторы, работающие на основе эффекта Допплера.

Внутреннее акушерское исследование включает осмотр наружных половых органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное 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; мочевого пузыря и кишечник опорожнены; исследование производят с соблюдением всех правил асептики.

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.

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

Осмотр шейки матки при помощи зеркал. При исследовании используют ложкообразные или створчатые зеркала, металлические или из пластика.

Створчатое зеркало (зеркало Куско) 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. Отмечают окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища (при беременности определяется характерный цианоз), 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. Важным критерием бывших родов служит форма наружного зева шейки матки, который у рожавших имеет форму продольной щели, а у нерожавших - округлую или точечную (рис. 1.15 А, Б). У рожавших женщин могут быть рубцовые изменения после разрывов шейки матки (рис. 1.15, В-Д), влагалища и промежности.

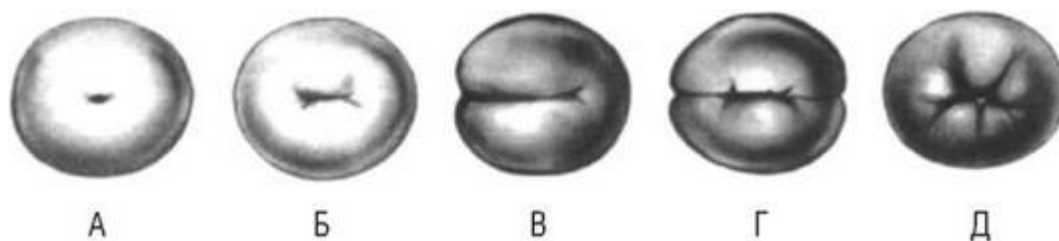


Рис. 1.15. Формы наружного зева шейки матки: у нерожавших (А); у рожавших (Б); рубцово-деформированная (В-Д)

Хороший доступ для осмотра шейки матки и влагалища создается при использовании

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		48стр из 100 страниц

ложкообразных зеркал. Вначале вводят заднее зеркало, располагают его на задней стенке влагалища и слегка надавливают на промежность; затем параллельно ему вводят переднее зеркало (плоский подъемник), которым поднимают переднюю стенку влагалища. После осмотра шейки матки и стенок влагалища зеркала извлекают и приступают к влагалищному исследованию.

Влагалищное исследование производят с тщательным выполнением правил асептики и антисептики. Для этого перед исследованием проводят антисептическую обработку рук врача и наружных половых органов женщины. При влагалищном исследовании беременная лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены. Отмечают особенности строения наружных половых органов, тип и характер оволосения, наличие патологических изменений в области наружных половых органов (отек, варикозное расширение вен, рубцы, гнойнички).

I и II пальцами левой руки раздвигают большие и малые половые губы и осматривают половую щель, вход во влагалище, клитор, наружное отверстие уретры, промежность. Затем осторожно вводят во влагалище II и III пальцы правой руки (I палец отведен кверху, IV и V прижаты к ладони). Исследование производят в определенном порядке:

- ▶ определяют ширину просвета и эластичность стенок влагалища, выявляют, нет ли рубцов, опухолей, перегородок и других патологических изменений;
- ▶ исследуют форму наружного зева шейки матки (круглая/щелевидная) и его состояние (закрыт, пропускает кончик пальца, цервикальный канал проходим для 1-2 пальцев);
- ▶ в ходе пальпации шейки матки определяют ее форму (коническая, цилиндрическая), длину, консистенцию (плотная, мягкая), расположение (по проводной оси таза, отклонена кзади, кпереди);
- ▶ определяют наличие/отсутствие плодного пузыря;
- ▶ пальпируют предлежащую часть (ягодицы, головка, ножки) плода и ее отношение ко входу в малый таз (подвижна/прижата);
- ▶ определяют опознавательные точки предлежащей части (швы и роднички на головке плода; крестец, межвертельная линия, стопы плода при ТП);
- ▶ исследуют внутреннюю поверхность крестца, симфиза и боковых стенок таза с целью выявления деформации костей (выступы, экзостозы, опухоли, уплощения крестца, неподвижность крестцово-копчикового соединения);
- ▶ измеряют диагональную конъюгату;
- ▶ определяют характер выделений из половых путей (слизистые, кровянистые, гнойные; светлые/мекониальные околоплодные воды).

4. 4. Иллюстративный материал: манекен-симулятор роженицы. Тазомер, сантиметровая лента, стетоскоп. Зеркала.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что относят к наружным методам акушерского исследования?
2. Какие существуют методы диагностики беременности?
3. Как проводится объективное обследование беременной?
4. Как собирать акушерский анамнез?

Лекция №7

4.1.Тема: Беременность и экстрагенитальная патология. Гестоз беременности. Виды, клиническая картина и диагностика

4.2. Цель:

1. Раскрытие темы экстрагенитальная патология.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		49стр из 100 страниц

2. Понятие гестозов, виды, осложнения.

4.3. Тезисы лекции:

Экстрагенитальные заболевания – это заболевания, не связанные с беременностью и гинекологическими заболеваниями. Экстрагенитальная патология при беременности приводит к возникновению материнской и перинатальной заболеваемости. Раннее выявление факторов риска позволяют своевременно принять меры по предупреждению возникновения осложнений, а при рациональном ведении беременности своевременно оказать медицинскую помощь на ранних стадиях возникших осложнений. К наиболее часто встречающимся заболеваниям, выявляемые у беременных, можно отнести анемию. Среди анемий беременных 75-90% составляют железодефицитные анемии. **Железодефицитная анемия (ЖДА)** – заболевание, при котором снижено содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и депо вследствие недостаточного поступления его в организм на фоне дефицита белка. Заболевание классифицируют по степени тяжести: легкая степень анемии характеризуется снижением гемоглобина от 110 -90 г/л; средняя степень - от 89 до 70 г/л; тяжелая - 69 г/л и ниже. Анемия может возникнуть в связи с неправильным питанием или при заболеваниях, ведущих к недостаточному усвоению железа. У беременных с железодефицитной анемией чаще наблюдаются поздний гестоз, угроза прерывания беременности, задержка роста и гипоксия плода, преждевременные роды, склонность к инфекционным осложнениям. Клиническая картина складывается из симптомов, связанных с недостатком гемоглобина и вызванных дефицитом железосодержащих ферментов. Первая группа симптомов связанные с недостатком гемоглобина: слабость, головокружения, головная боль, сердцебиение, одышка, обмороки, снижение работоспособности, бессонница. Симптомы характерные для железодефицитной анемии: извращение вкуса, выпадение волос, ломкость ногтей, бледность и сухость кожи и слизистых оболочек. При тяжелой степени анемии наряду с жалобами у женщины развивается ряд отклонений в организме: снижение артериального давления, учащение пульса, отмечается тахикардия. Лечение беременных с ЖДА включает адекватную диету, богатую железом и белками, железосодержащие лекарственные средства, витамины, микроэлементы.

Заболевания сердечно-сосудистой системы отягощают течение беременности и ухудшают течение заболевания. Наиболее часто встречаются сочетание беременности и пороков сердца, артериальной гипертензии, заболевания вен (варикозное расширение вен, тромбоз, флебит). Обычно у таких беременных течение беременности осложняется угрозой прерывания, гестозами, кровотечениями, отслойкой плаценты, нарушением мозгового кровообращения, острой почечной недостаточностью. Беременных с сердечно-сосудистой патологией за время беременности обследуют и при необходимости госпитализируют в стационар: - в сроке до 12 недель для проведения обследования и решения вопроса о возможности прерывания беременности. - в сроке 28-32 недель - в период наибольшей нагрузки на сердечнососудистую систему, проводят тщательное обследование и коррекцию проводимой терапии, лечение осложнений беременности. - за 2 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению. Пациентку госпитализируют с соблюдением охранительного режима, обеспечивающий правильный распорядок дня, рациональное сбалансированное питание, тщательный уход при экстремальных условиях и при возникших осложнениях оказать неотложную помощь. Заболевания мочевыделительной системы и беременность. Среди всех экстрагенитальных заболеваний беременных заболевания мочевыделительной системы занимают третье место после анемий и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Из заболеваний мочевой системы при беременности наиболее часто встречается пиелонефрит.

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		50стр из 100 страниц

Пиелонефрит – это неспецифический инфекционно-воспалительный процесс в почке с преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек.

Гестационный (лат. gestatio - ношение на себе) пиелонефрит – острое заболевание, впервые выявленный во время беременности у здоровой женщины, не имевшей в анамнезе хронический пиелонефрит. Возбудители пиелонефрита: кишечная палочка, реже - протей, стафилококки, стрептококки. Пути распространения инфекции: гематогенный, восходящий. В клиническом течении различают: острый и хронический пиелонефрит. При обострении процесса начало острое, сопровождается повышением температуры, ознобами, головными болями, тошнотой, рвотой, появляются боли в поясничной области с иррадиацией в нижние отделы живота, в наружные половые органы, уменьшение количества мочи, цвет мочи мутный. Осложнения беременности: угроза прерывания беременности, преждевременные роды, преэклампсия, анемия, хроническая гипоксия плода, задержка роста плода, внутриутробное инфицирование. Лечение проводится в стационаре, применяется антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, назначается диетотерапия, обильное питье низкоминерализованных вод, сон на здоровом боку, рекомендуется положение коленно-локтевое 3-4 раза в день для улучшения оттока мочи. После родов такие женщины нуждаются в длительном диспансерном наблюдении.

Беременность при сахарном диабете. Сахарный диабет (СД) – заболевание, характеризующееся недостаточностью инсулина в организме. В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета: - СД I типа – инсулинозависимый, - СД II типа - инсулинонезависимый - Гестационный сахарный диабет - это заболевание, характеризующееся гипергликемией, впервые выявленной во время беременности. Встречается у 1 - 14% всех беременностей. У 10% женщин с ГСД остаются нарушения углеводного обмена после родов. У 50% женщин перенесших ГСД в течении 10-15 лет развивается сахарный диабет 2 типа. Возможные осложнения для плода: пороки развития сердечно-сосудистой и нервной систем; макросомия плода (крупный плод); гиперинсулинемия, которая может приводить к гипогликемии у новорожденного. Возможные осложнения для будущей матери: • нарушение нормального течения беременности; • крупный плод; • развитие тяжелого токсикоза и/или гестоза; • многоводие; • замершая беременность; • инфекции половых путей; • кетоацидоз и другие. Жалобы при ГСД могут длительное время, а то и вовсе, отсутствовать. Иногда наблюдаются: • жажда; • повышенный аппетит при сохранении или уменьшении массы тела; • сильная утомляемость; • увеличение объема мочи, частые мочеиспускания.

Резус-несовместимость. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода — несовместимость крови матери и плода по системе резус или АВ0. Резус-конфликт беременных — это несовместимость белков крови матери и плода. Появляется, если резус-фактор у матери отрицательный, а у отца положительный резус. Вероятность конфликта составляет 50%, риск увеличивается при повторных беременностях. Резус-фактор — это белок (антиген), который находится на поверхности эритроцитов. Белок был обнаружен учеными в начале XX века у марышек резусов. В человеческой популяции белок обнаруживается у 85% людей. Их называют положительными (Rh+). У 15% людей этого белка нет, их называют отрицательными (Rh—). Если эритроциты, с резус-белком попадают в организм человека с резус (-) кровью, возникает резус-конфликт. Он заключается в образовании антител против белка, из-за этого разрушаются эритроциты, несущие на себе резус-белок. При беременности несовместимость матери и плода возникает только в одном случае — если у матери кровь Rh (-), а кровь плода Rh (+). Риск

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		51стр из 100 страниц

развития конфликта составляет 50%. Образовавшиеся антитела проникают через плацентарный барьер в кровяное русло плода и вызывают гемолиз эритроцитов плода, что в свою очередь приводит к анемии и гипербилирубинемии. Гипербилирубинемия значительного влияния на состояние плода не оказывает, т.к. печень матери берет на себя функцию обезвреживания образующего билирубина. Для развития первичного иммунного ответа достаточно попадание 50-75 мл эритроцитов, а для повторного – 0,1 мл.

Сенсибилизация матери усиливается по мере продолжающегося действия антигена. После родов эта защита теряется, поэтому новорожденный страдает от анемии и от желтухи. При анемии у плода развивается тканевая гипоксия и сердечная недостаточность, результатом чего могут быть водянка, асцит, гидроторакс, гепатомегалия, эритробластоз (гемолитическая анемия). Изосерологическая несовместимость крови матери и плода – гуморальный иммунный ответ резус – отрицательной матери на эритроцитарные антигены резус-положительного плода, при котором образуются антирезусные антитела. Эти антитела вызывают гемолиз эритроцитов, что приводит к гемолитической болезни плода и новорожденных. Оценка резус-иммунизации беременной - если мать и отец резус-отрицательные, нет необходимости в дальнейшем динамическом определении уровней антител; - информация о предыдущих титрах антител является важным моментом для решения вопроса о том, имела ли иммунизация до настоящего времени; - определение антител Jg G (неполные антитела) с титром; - резус-сенсибилизация определяется при титре 1:4 и более; - критический уровень антител 1:16 – 1:32 и выше; - риск для плода является значимым при титре антител 1:16 и более, что указывает на необходимость амниоцентеза; - определение антител у неиммунизированных беременных: до 32 недель – 1 раз в месяц с 32 по 35 неделю – 1 раз в 14 дней с 35 недели – 1 раз в 7 дней - в случае обнаружения резус-антител, беременную следует вести как пациентку с резус-иммунизацией; - при отсутствии изоиммунизации анти-Rho-(D)-иммуноглобулин вводят на 28-ой неделе беременности и в первые 48 часов после родов; - при отсутствии профилактики на 28 неделе гестации антирезус – иммуноглобулин вводят 1 дозу (200 МКГ) в/м однократно родильнице желательно в течение первых 2 часов после родов, после аборта сразу, при внематочной беременности – по окончании операции. 1 доза (200 МКГ) – физиологические роды; внематочная беременность; аборт до 12 недель; 2 дозы (400 МКГ) – отслойка плаценты в родах; ручное обследование полости матки; кесарево сечение. Профилактика резус-иммунизации - при первой беременности введение анти Rh (D) иммуноглобулина 100 МКГ (500 МЕ) в 28 и 34 недели беременности. В течение первых 72 часов при Rh – положительном ребёнке и отсутствии антител – 100 МКГ анти Rh (D) иммуноглобулина; - если профилактика во время беременности не проведена – вводят 300 МКГ анти Rh (D) иммуноглобулина в первые 72 часа после родов, при рождении Rh – положительного ребёнка; - при прерывании беременности до 13 недель доза анти Rh (D) иммуноглобулина составляет 75 МКГ; при сроке свыше 13 недель – 300 МКГ; Мероприятия при ГБН направлены на решение следующих задач: лечение анемии, выведение неконъюгированного билирубина, удаление анти-резус антител. Беременность и инфекционные заболевания. Инфекционные заболевания при беременности неблагоприятно воздействуют на организм и могут привести к тяжелым поражениям плода вплоть до его инвалидизации или даже гибели.

Туберкулез. Среди болезней, вызываемых бактериями, особое внимание привлекает туберкулез. Инфекция распространяется в первую очередь, среди людей живущих в местностях с неблагоприятными экологическими, социально-бытовыми и санитарно-эпидемиологическими условиями. Туберкулезный процесс может возникнуть или

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		52стр из 100 страниц

обостриться во время вынашивания ребенка. Раннее выявление туберкулеза у беременных женщин даёт возможность предупредить развитие запущенных форм болезни, а систематическое лечение в стационаре позволяет сохранить беременность. При соответствующем наблюдении и лечении дети у таких женщин обычно рождаются здоровыми, поэтому вопрос о пролонгировании беременности и лечении решается акушером и фтизиатром. От женщин, страдающих туберкулезом, в 80% случаев рождаются практически здоровые дети. Из осложнений следует выделить такие состояния: дефицит массы тела; замедление роста; родовые травмы. Врожденный туберкулез встречается достаточно редко. Такая патология выявляется в первые месяцы жизни младенца. Заражение происходит через плаценту в процессе внутриутробного развития. Инфицирование ребенка также может произойти в родах, в том числе при наличии генитального туберкулеза у матери. Случаи врожденного туберкулеза возникают при диссеминированных формах заболевания и распространении микобактерий за пределы легочной ткани. Заражение плода чаще всего происходит у женщин, не получивших прививку от туберкулеза в детском и подростковом возрасте. Симптомы врожденного туберкулеза достаточно разнообразны. При инфицировании на ранних сроках беременности в большинстве случаев происходит выкидыш. На поздних сроках тяжелое поражение внутренних органов плода может привести к его гибели. Если беременность сохраняется, то дети часто рождаются раньше срока с выраженными признаками внутриутробной гипоксии.

Стрептококковые инфекции представляют опасность для здоровья матери и ребенка, часто локализуется на коже и слизистых оболочках. Очаги хронической инфекции у беременных, например при тонзиллите, синуситах, воспалительных заболеваниях мочеполового тракта могут стать причиной следующих осложнений: - во время беременности – прерывание беременности, хориоамнионит, инфекция мочевыделительных органов, эндометрит, послеродовый сепсис; - при заражении плода возможно мертворождение, в неонатальный период может развиваться воспаление легких у новорожденного, сепсис; заболевание с поздним началом клинически наиболее часто протекает как менингит.

Токсоплазмоз у беременных часто протекает в хронической форме. Источники инфекции – домашние и дикие животные, а также птицы. Особую опасность представляют кошки. Токсоплазма проникает к плоду через плаценту и в зависимости от продолжительности внутриутробного патологического процесса ребенок поражается по-разному: чем раньше заразился плод, тем тяжелее нарушения. У родившихся живыми детей могут наблюдаться аномалии развития, патология зрения, изменения во внутренних органах. При выявлении токсоплазмоза проводится специфическое лечение при беременности.

Гепатиты. Акушерские осложнения обычно наблюдаются при тяжелых острых парентеральных гепатитах. У таких пациенток чаще усугубляется течение гестозов, преждевременно начинаются роды, отмечается преждевременное излитие околоплодных вод, возможна преэклампсия в родах, гипоксия плода. Возбудители гепатитов В, С, реже — D способны передаваться от матери плоду через плаценту, в родах, при кормлении грудью. Диагностика и лечение проводится по общим принципам. При экстрагенитальной патологии медицинская сестра должна знать особенности ухода за беременной, уметь выполнять назначения врача, оказать доврачебную помощь при неотложной ситуации. Она должна помнить о том, что именно на фоне экстрагенитальной патологии наблюдаются наиболее тяжелые акушерские осложнения. Медицинская сестра участвует в обследовании беременных, при лечении данных беременных в стационаре, ведет диспансерное

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		53стр из 100 страниц

наблюдение. Она должна вести санитарно-просветительную работу, снабжать беременную информационным материалом. Особое значение здесь имеет медицинская этика и деонтология.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация 20-22 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Чем опасен гестоз при беременности?
2. Почему возникает гестоз у беременных?
3. Как понять что у беременной гестоз?
4. Что такое экстрагенитальная патология?

Лекция №8

4.1. Тема: Роды. Причины начала родов. Клиническое течение родов. Безопасное материнство. Техника родов через влагалища.

4.2. Цель:

1. Ведение родов. Этапы родовой деятельности
2. Принципы безопасного материнства.

4.3. Тезисы лекции:

Безопасное материнство – это международная программа, начатая ВОЗ в 1987 году. Основной целью данной программы является разработка современной концепции оказания высококачественной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам для снижения материнской смертности. Программа базируется на глубоких контролируемых научных исследованиях и опыте, накопленном за последние десятилетия, и применяется даже в беднейших странах мира.

Протоколы диагностики и лечения, применяющиеся в Казахстане, разработаны с учетом требований Безопасного материнства и новых перинатальных технологий.

Роды — сложный многозвеньевой безусловный рефлексорный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки после достижения плодом жизнеспособности.

Характеристика нормальных родов включает следующие показатели: • одноплодная беременность; • головное предлежание; • соразмерность головки плода и таза матери; • здоровье плода при нормальном функционировании плаценты; • доношенная беременность (38–40 нед); • координированная родовая деятельность, не требующая коррекции; • нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу; • своевременное излитие ОВ (при раскрытии шейки матки на 6–8 см — активная фаза I периода родов); • отсутствие акушерского травматизма (разрывы родовых путей) и оперативных вмешательств в родах; • продолжительность родов: у первородящих — от 7 до 14 ч, у повторнородящих — от 5 до 12 ч; • отсутствие у ребёнка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития или уродств; • физиологическая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периоде не выше 0,5% массы тела роженицы. С клинической точки зрения роды делят на три периода: раскрытие маточного зева, изгнание плода и последовый период. Наряду с раскрытием маточного зева и рождением последа имеет большое значение механизм родов — комплекс движений, совершаемых плодом во время родов под действием разнонаправленных сил.

Механизм родов Знание механизма родов — фундамент, на котором основано искусство родовспоможения. Для начала родов необходимо наличие по крайней мере двух взаимно противодействующих сил. Взаимодействуют усилия, развиваемые маткой и брюшным

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»	67-11	
Лекции по предмету «Основы акушерства»	54стр из 100 страниц	

прессом (изгоняющая сила, направленная сверху вниз при стоячем положении роженицы) и сопротивления, оказываемого подлежащей части плода твёрдыми и мягкими тканями родового канала (снизу вверх). Без изгоняющей силы нет поступательного движения плода по родовому каналу. Без противодействия со стороны костного таза и мышц тазового дна не возникают остальные движения плода, определяющие механизм родов. Принято считать, что сила, развиваемая маткой и брюшным прессом, давит на находящиеся в дне матки ягодицы (при головном предлежании плода) и через позвоночник воздействует на головку плода. Однако давление дна матки, действующее на головку плода, — не единственный источник силы, вызывающей продвижение его по родовому каналу. Для развития механизма родов не меньшее значение имеет действие стенок матки, плотно обхватывающих плод со всех сторон. Это способствует выпрямлению позвоночника плода и увеличению его длины. Сопротивление со стороны дна матки вынуждает подлежащую часть продвигаться вперед по родовому каналу. Без участия в этом процессе диафрагмы и брюшной стенки одна лишь мускулатура дна матки не смогла бы развить силу, достаточную для преодоления головкой противодействия со стороны малого таза. ≥ До настоящего времени механизм родов преподают по-разному. Механизм родов рассматривается как совокупность поступательных движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути матери, при этом выделяют 4 момента: • сгибание головки; • внутренний поворот головки; • разгибание головки; • внутренний поворот туловища, наружный поворот головки.

Развитию родовой деятельности предшествует формирование «родовой доминанты»: в гипофизе снижается выработка ЛГ, увеличивается выработка ФСГ, окситоцина и пролактина, в миометрии вырабатываются простагландины. На фоне изменений гормонального уровня происходит подготовка организма к родам. Период, в котором эта подготовка происходит, называется периодом предвестников (прелиминарный период), женщина в этом периоде еще считается беременной. Прелиминарный период начинается за 2-3 дня до родов и для него характерны следующие симптомы: • опускание живота (беременной становится легче дышать); • отмечается нерегулярное безболезненное повышение тонуса матки, ноющие боли в поясничной области, при этом ночной сон не нарушен; • происходит созревание шейки матки (шейка матки укорачивается и размягчается); • из половых путей появляются слизистые выделения с единичными прожилками крови (отходит слизистая пробка). Прелиминарный период спонтанно переходит в родовую деятельность. Роды — это процесс естественного изгнания или извлечения из матки плода и последа (плацента, околоплодные оболочки и пуповина). Средняя продолжительность физиологических родов составляет 7–12 (до 18) часов. Роды, продолжающиеся менее 6 часов, называют быстрыми, а 4 часа и менее — стремительными или штурмовыми. Если продолжительность превышает 18 часов, роды считаются затяжными. Быстрые, стремительные и затяжные роды являются патологическими, так как часто сопряжены с риском травмы плода, родовых путей, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Родовая деятельность обеспечивается за счет родовых изгоняющих сил: Схватки — это непроизвольные сокращения миометрия. Потуги — это произвольные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна. В клиническом течении родов выделяют 3 периода:

I период — период раскрытия шейки матки (5 – 14 часов у первородящих; 4 – 9 часов у повторнородящих)

II период — период изгнания плода (30 – 60 минут)

III период — последовый период (не более 30 минут).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		55стр из 100 страниц

Период раскрытия шейки матки. Он начинается с началом регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. Женщина с началом родов называется роженицей. Возбуждение и сокращение матки начинается в одном из маточных углов в области водителя ритма ("пейсмейкер"). Водитель ритма появляется только в родах и представляет собой группу гладкомышечных клеток. Водитель ритма чаще формируется в маточном углу, противоположном расположению плаценты. Родовые схватки вызывают сглаживание и раскрытие шейки матки. В самом начале периода раскрытия схватки имеют частоту 1-2 за 10 минут, затем сила и длительность схваток нарастают, а паузы укорачиваются. К концу 1 периода схватка длится 1 мин., пауза тоже длится 1 мин. Во время каждой схватки в миометрии одновременно происходят 3 процесса: • сокращение мышечных волокон — контракция; • смещение их по отношению друг к другу — ретракция; • контракция и ретракция приводят к дистракции – растяжению нижнего сегмента и шейки матки. Головка плода прижимается ко входу в малый таз, в результате чего околоплодные воды разделяются на 2 части: передние и задние. Передняя часть плодного пузыря участвует в раскрытии шейки матки. Укорочение и сглаживание шейки матки у рожавших и первородящих женщин происходит по-разному. У первородящих перед родами наружный и внутренний зев закрыты. Сначала происходит раскрытие внутреннего зева, затем сглаживание шейки матки и раскрытие наружного зева. При полном раскрытии он выглядит как узкая кайма в родовом канале. У повторнородящих в конце беременности канал шейки матки проходим для одного пальца вследствие его растяжения предыдущими родами, поэтому раскрытие и сглаживание шейки матки происходит одновременно. Скорость раскрытия маточного зева составляет 1,5-2 см в час. К концу первого периода маточный зев раскрывается в диаметре на 8-10 см, такое раскрытие называется полным. При раскрытии 5-6 см плодный пузырь самостоятельно вскрывается. Одновременно с раскрытием маточного зева под действием схваток происходит вращательное и поступательное продвижение плода по родовому каналу, в том числе и через полость малого таза. К моменту полного раскрытия головка плода проходит через полость малого таза и опускается на тазовое дно.

Период изгнания плода Он начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением ребенка. В этом периоде к схваткам присоединяются потуги. За одну схватку роженица должна потужиться 3 раза. Под действием схваток и потуг последовательно рождаются: • головка – происходит ее врезывание и прорезывание • плечевой пояс • задняя часть туловища рождается без затруднений вместе с задними околоплодными водами.

Последовый период Начинается с момента рождения ребенка до рождения последа. После рождения плода происходит резкое уменьшение объема матки. Через 5–7 мин после рождения ребенка, на протяжении 2–3 схваток происходит самостоятельное отделение плаценты и изгнание последа. Послед – это плацента, плодные оболочки и пуповина. Несколько минут матка находится в состоянии покоя, возникающие схватки безболезненны. Кровотечение из матки незначительное или отсутствует. Этот период ведут строго выжидательно, попытки ускорить отделение плаценты недопустимы. О полном отделении плаценты говорят специальные признаки:

1. признак Чукалова-Кюстнера – если при надавливании ребром ладони над лонным сочленением пуповина не втягивается во влагалище, то это указывает на отделение плаценты;
2. признак Альфельда – если лигатура или зажим на материнском конце пуповины опускается на 8-10 см, значит плацента отделилась;

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»	67-11	
Лекции по предмету «Основы акушерства»	56стр из 100 страниц	

3. признак Шредера - после полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо.

При появлении потуги происходит рождение последа. Кровопотеря при отделении последа не должна превышать 0,5% от массы тела женщины. После рождения последа матка приобретает плотность, становится округлой, располагается симметрично, её дно находится между пупком и лоном. С момента рождения последа начинается послеродовой период и женщина называется родильницей. Осмотр наружных половых органов производят на родильной кровати. Затем в малой операционной комнате у всех первородящих и повторнородящих осматривают стенки влагалища и шейку матки при помощи влагалищных зеркал. Обнаруженные разрывы зашивают. После рождения последа наступает послеродовой период, роженицу называют родильницей. В течение раннего послеродового периода (2 ч после отделения последа) родильница находится в родильном отделении. Необходимо следить за её общим состоянием, состоянием матки, величиной кровопотери. Через 2 ч родильницу переводят в послеродовое отделение. Вертикальные роды Последнее десятилетие не прекращается дискуссия о выборе положения при самопроизвольных родах. До настоящего времени традиционной позой роженицы считали положение лёжа на спине. К недостаткам этого способа родоразрешения можно отнести то, что самой роженице при «горизонтальных» родах отведена пассивная роль. Ещё важнее то, что и физиологически это положение нельзя назвать оптимальным ни для роженицы, ни для ребёнка. Выходит, что данное положение, не слишком выгодное для двух главных участников родов — матери и ребёнка, удобно лишь для врача и акушерки. Ведение «вертикальных» родов подразумевает полную свободу движений в I родовом периоде. Роженица может стоять, ходить, сидеть, лежать, полусидеть на специальном кресле, принимать тёплый душ — всё это способствует уменьшению болей во время схваток. Вертикальная позиция во II периоде возможна в разных вариантах: роженице разрешено стоять, полусидеть на корточках, стоять на коленях или сидеть в специально сконструированном кресле. «Вертикальные» роды по сравнению с наиболее распространённой российской методикой родоразрешения имеют ряд преимуществ. При «вертикальных» родах меньше давление матки на крупные сосуды, что способствует улучшению маточно-плацентарного кровообращения и предотвращает развитие у ребёнка гипоксии как во время схваток, так и при прохождении головки через родовые пути. При «вертикальных» родах короче длительность первого периода родов. Вертикальное положение в этом периоде обеспечивает равномерное и более интенсивное по сравнению с лежачим положением давление плодного пузыря и головки ребёнка на нижний маточный сегмент и шейку матки. Это способствует плавному и быстрому открытию маточного зева. При том первый период «вертикальных» родов по длительности меньше на 2–3 ч по сравнению с традиционным ведением. Необходимо также отметить снижение риска родового травматизма при вертикальном положении роженицы. Во время потуг роженице помогает сила земного притяжения, координация работы мышц брюшного пресса, спины, тазового дна и всей скелетной мускулатуры оптимальна. В результате необходимое для изгнания плода мышечное напряжение сведено к минимуму, мышцы тазового дна максимально расслаблены. Роды протекают физиологично, продвижение ребёнка по родовым путям происходит с наименьшими для него энергетическими затратами. Следует отметить, что приём вертикальных родов не требует особых организационных усилий и не предполагает специального дорогостоящего оборудования. Для внедрения в практику данного способа родоразрешения, более удобного и щадящего для матери и ребёнка, необходимо изменение традиционных представлений о тактике ведения физиологических

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		57стр из 100 страниц

родов. Таким образом, характеристикой нормальных физиологических родов являются наличие : • доношенной беременности (38–40 нед); • одноплодной беременности; • головного предлежания; • полной соразмерности головки плода и таза матери; • живого (здорового) плода при нормальном функционировании плаценты; • координированной родовой деятельности, не требующей коррекции; • нормального механизма родов, соответствующего костному тазу; • своевременного излития ОВ (раскрытие шейки матки 6–8 см — активная фаза I периода родов); • отсутствия акушерского травматизма (разрывы родовых путей) и оперативных вмешательств в родах; • продолжительности родов у первородящих от 7 до 18 (чаще до 14) часов, у повторнородящих от 5 до 12 часов; • рождения живого здорового ребенка без каких-либо гипоксически-травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития и уродств; • физиологической кровопотери в послеродовом и раннем послеродовом периоде, не превышающей 0,5% массы тела роженицы.

4. 4. Иллюстративный материал: симуляционные муляжи.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что является причиной начала родовой деятельности?
2. Когда считается начало родовой деятельности?
3. Как правильно тужиться в промежность?
4. Какие позы способствуют раскрытию шейки матки?

Лекция №9

4.1.Тема: Кровотечение при родах и в раннем послеродовом периоде. Лабораторные изменения. Доврачебная помощь.

4.2. Цель:

1. Кровотечение в родах и в раннем послеродовом периоде.
2. Алгоритм оказания помощи

4.3. Тезисы лекции:

ДИАГНОСТИКА НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

Низкий	Средний	Высокий
Одноплодная беременность	Многоплодная беременность	Предлежание плаценты, низкая плацентация
Отсутствие в анамнезе операций на матке	Наличие в анамнезе операций на матке	Подозрение на приращение плаценты
В анамнезе менее 4-х влагалищных родов	В анамнезе 4 и более родов	Заболевания крови (болезнь Виллебранда, тромбоцитопеническая пурпура, тромбоцитопения, вызванная преэклампсией/гестационной гипертензией), анемия с уровнем Hb менее 90г/л

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		58стр из 100 страниц

Отсутствие болезней свертывающей системы крови	Хориоамнионит	Кровотечение из половых путей при поступлении
---	---------------	--

Отсутствие ПРК в анамнезе	Наличие ПРК в анамнезе	Установленная коагулопатия
------------------------------	---------------------------	----------------------------

	Миома матки больших размеров	
	Прогнозируемый вес 4000,0 грамм и более	
	Многоводие	
Домашние роды	Многоплодная беременность	Аntenatalная гибель плода
	Ожирение (ИМТ более 35 при первом посещении ЖК)	
	Аномалии развития матки	
	Возраст более 35 лет	

Диагностические критерии на стационарном уровне:

Жалобы:

- боли внизу живота;
- общая слабость и головокружение.

Физикальное обследование:

Оценка состояния родильницы:

- пульс более 100 ударов в 1 минуту;
- АД менее/равно 100/60 мм рт ст;
- сатурация O₂ менее 95%;
- снижение тонуса матки.

Осмотр шейки матки на зеркалах:

- разрывы родовых путей.

Определение объема кровопотери:

- кровотечение из половых путей в последовом/раннем послеродовом/послеоперационном периоде в объеме 500 мл и более при влагалищных родах;
- 1000 мл и более-при кесаревом сечении, и/или клинические признаки гипоксии тканей и органов;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		59стр из 100 страниц

NB! С целью ранней диагностики ПРК проводить тщательный мониторинг за родильницей

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови – снижение Ht ниже 10% от исходного уровня.
- коагулограмма – снижение факторов свертывания менее 30% от нормальных показателей или удлинение АЧТВ в 1,5 раза и более;

Инструментальные исследования: нет.

Диагностический алгоритм:

Алгоритм действий при неотложных ситуациях:

При любой степени риска - определите группу крови и резус фактор.

Если риск высокий:

- просмотрите протокол ПРК;
- убедитесь в наличии 2 доз ЭМ и СЗП в кабинете/центре крови;
- уведомите анестезиологов;
- уведомите руководство медицинской организации.

Оцените появление дополнительных факторов риска во время родов:

- затянувшиеся роды;
- применение окситоцина;
- обильное кровотечение;
- хориоамнионит;
- гипертермия;
- вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы;
- кесарево сечение, особенно экстренное;
- эмболия околоплодными водами.

NB! Если обнаружено 2 и более факторов риска – риск считается высоким:

Перечень основных диагностических мероприятий:

- общий анализ крови (в том числе Hb, Ht, тромбоциты);
- коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, время свертываемости, МНО);
- определение группы крови по системе АВО;
- определение резус-фактора крови.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

- УЗИ органов малого таза;
- ЭКГ;
- доплерометрия (при подозрении на приращение плаценты).

Профилактика послеродовых кровотечений:

I. Активное ведение третьего периода родов:

- рутинно использовать 10 ЕД окситоцина внутримышечно (УД - IА) в течение первой минуты после рождения новорожденного.

При высоком риске ПРК:

- или в/в инфузия окситоцина 5 ЕД в физиологическом растворе 0,9%-500,0 (УД - IВ). Скорость инфузии определять по тону матки, продолжительность инфузии – не

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		60стр из 100 страниц

менее 2-х часов;

- или введение карбетоцина 100 мкг внутривенно при кесаревом сечении после извлечения новорожденного (УД - IV);
- или введение карбетоцина 100 мкг внутримышечно при вагинальных родах после рождения последа (УД - IV);
- контролируемое потягивание за пуповину при рождении последа с одновременным контрдавлением на матку во время схватки (рукой отодвигается тело матки от лонного сочленения в направлении пупка);
- наружный массаж матки не менее 15 секунд каждые 15 минут в течении первого часа после родов, каждые 30 минут в течении второго часа;
- раннее грудное вскармливание.

II. Постоянная оценка количества теряемой крови:

- оценка объема кровопотери до рождения последа;
- оценка объема кровопотери после рождения последа;
- использование информативных методов определения объема кровопотери при помощи градуированных емкостей, взвешивание материалов, пропитанных кровью (1грамм=1 мл).

III. Постоянная оценка жизненных показателей: АД, ЧСС, ЧД, почасовой диурез.

IV. Продолжать мониторинг в течение первых 24 часов после родов с обязательным документированием в истории родов

Препараты (действующие вещества), применяющиеся при лечении

Динопост (Dinoprost)

Метилэргометрин (Metilergometrin)

Мизопропростол (Misoprostol)

Окситоцин (Oxytocin)

Факторы свертывания крови II, VII, IX и X в комбинации Протромбиновый комплекс) (Coagulation F

Эргометрин (Ergometrine)

Диагностические мероприятия: Физикальное обследование:

- сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни (раннее выявление признаков кровотечения в послеродовом периоде);
- оценка состояния родильницы, АД, пульс, ЧДД;
- определение объема кровопотери;
- определение тонуса матки;

Медикаментозное лечение:

- катетеризация периферической вены и инфузия кристаллоидов в соотношении 3:1 к объему кровопотери со скоростью 1000,0 мл за 15-20 минут;
- согревание женщины;
- ингаляция увлажненного кислорода
- информирование родильного дома

Медикаментозное лечение:

ШАГ 1 – Первоочередные мероприятия по борьбе с ПРК

Активируется контрольный лист ПРК

- оценка состояния и гемодинамических показателей родильницы каждые 5-10 минут (АД, пульс, температура, частота дыхания, диурез) с обязательным документированием в истории родов;
- мобилизация персонала: опытного акушера-гинеколога, второй акушерки, анестезиолога, анестезистки, лаборанта;
- катетеризация и опорожнение мочевого пузыря;
- катетеризация 2-х периферических вен катетерами №14-16: одна вена для инфузии окситоцина струйно; вторая вена – для взятия крови на анализы (Hb, Ht, тромбоциты, время свертывания, коагулограмма, на совместимость с препаратами крови) и последующей инфузии кристаллоидов со скоростью 1000,0 мл (20 мл/кг) за 15 минут в соотношении 3:1 к объему кровопотери;
- согревание женщины: одеяло, смена влажного белья на сухое;
- подача увлажненного кислорода;
- определение объема кровопотери каждые 5-10 минут;
- заказать 2 дозы ЭМ и СЗП;

NB! Первоочередные мероприятия должны быть проведены в течение 5-10 минут!

NB! При эффективности первоочередных мероприятий и стабилизации состояния – продолжить интенсивный послеродовой уход и наблюдение (Приложение 5)

ШАГ 2 – Этиотропное лечение

Таблица – 2. Правило 4 «Т»

ТОНУС	ТРАВМА	ТКАНЬ	ТРОМБИН
• наружный массаж матки; • утеротоники; • бимануальная компрессия матки; • баллонная тампонада матки; • хирургический гемостаз.	• осмотр на зеркалах и ушивание разрывов и гематом родовых путей; • выворот матки анестезия, релаксация и репозиция матки в условиях операционной; • разрыв матки – лапаротомия.	• ревизия полости матки, ручное отделение и удаление задержавшихся частей последа при подозрении на остатки последа и его приращение	• массивная трансфузия ЭМ, СЗП, тромбоцитарной массы, концентрата протромбинового комплекса, рекомбинантного VII фактора свертываемости
• при продолжающемся кровотечении и объеме кровопотери 1000,0 мл и более – хирургический гемостаз; • своевременный хирургический гемостаз! «Лучше раньше, чем позже!»;			

- лапаротомия – это не всегда гистерэктомия!;
- проверить наличие ЭМ и СЗП! Готовность к возможной массивной трансфузии ЭМ и СЗП
- при массивном кровотечении начать гемотрансфузию ЭМ, опираясь на клинические симптомы и объем кровопотери, не обязательно дожидаясь результатов лабораторных исследований!.

Атония матки является наиболее частой причиной ПРК (70%). Для лечения атонии матки могут быть использованы утеротонические препараты в следующей последовательности
 Таблица – 3. Утеротонические препараты (УД-IIA)

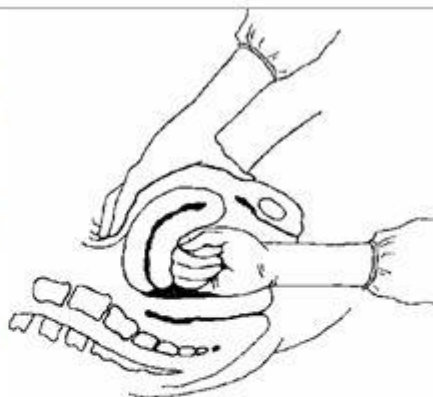
Параметры	Окситоцин	Мизопростол	Эргометрин Метилэргометрин (после регистрации в РК)	Энзапрост
Начальная доза и способ введения	10 ЕД в физиологическо м растворе 0,9%- 500,0 в/в струйно за 10 минут	800-1000 мкг ректально Однократно	0,2 мг в/м	250 мкг в/м или в миометрий!
Повторные дозы	10-20 ЕД в физиологическо м растворе 0,9%- 500,0 в/в капельно за 1 час с учетом тонуса матки	–	До 3-х раз в течении 2 часов Эффективность повторных доз – маловероятна	Каждые 20 минут до 3-х раз Эффективность повторных доз – маловероятна
Максимальна я доза	Не более 80 ЕД за 3 часа	1000 мкг	0,6 мг	Не более 3 доз
Опасные побочные эффекты	Тошнота , рвота, гипонатремия, снижение АД, учащение пульса	Тошнота, рвота, понос, озноб, дрожь, головная боль	Тошнота, рвота, значительная гипертензия	Тошнота, рвота, понос, лихорадка, головная боль, озноб, дрожь, гипертензия, бронхоспазм
Противопока зания	Гиперчувствител ьность	Гиперчувствител ьность	Гипертензия, гипертензивные состояния при	Болезни печени, астма, гипертензия,

Предупреждения			беременности, сердечная патология Гиперчувствительность	сердечная и легочная патология Гиперчувствительность
----------------	--	--	--	---

Бимануальная компрессия матки может использоваться для лечения ПРК и в период транспортировки в операционную.

Техника:

- надев стерильные перчатки, войдите рукой во влагалище и сожмите руку в кулак;
- расположите кулак в переднем своде влагалища и надавите им на переднюю стенку матки;
- другой рукой через переднюю брюшную стенку надавите на заднюю стенку матки по направлению к руке, введенной во влагалище;
- продолжайте сдавливание, пока кровотечение не остановится или не начнется операция;

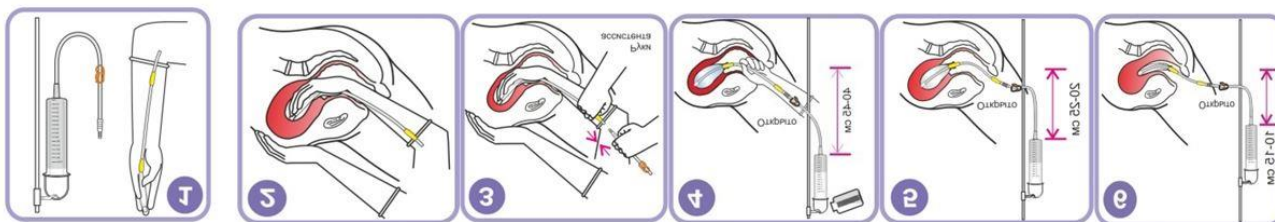


Баллонная тампонада матки:

Баллонная тампонада может использоваться для лечения ПРК и в период транспортировки в операционную.

Техника:

- разместите резервуар на стойке;
- заполните резервуар и трубку тёплым стерильным раствором;
- закройте клемму на трубке;
- введите баллонный катетер в полость матки рукой;
- соедините баллонный катетер с трубкой резервуара и откройте клемму;
- пополните убывающий раствор в резервуаре;
- удерживайте заполненный баллонный катетер в полости матки при открытой клемме и стабильном уровне раствора в резервуаре;
- поэтапно снижайте высоту размещения резервуара (пропорционально спонтанному повышению уровня раствора в резервуаре, которое возникает в связи с восстановлением сократительной функции матки);
- удалите баллонный катетер.



В зависимости от степени кровопотери различают следующие гемодинамические нарушения:

Таблица – 4. Клинические симптомы в зависимости от степени кровопотери

Параметры	Гиповолемия	Геморрагический шок легкой степени	Геморрагический шок средней степени	Геморрагический шок тяжелой степени
Кровопотеря (% от ОЦК)	15-30	30-40	40-50	>50
Частота пульса (в мин)	<100	>100	≥120	>140
Систолическое АД (мм.рт.ст.)	Нормальное, но возможно ортостатическое снижение	<100	<80	<60
Частота дыхания (в мин.)	14-20	20-30	30-40	>40
Диурез (мл/ч.)	20-30	<20	≤10	Анурия
Состояние ЦНС	Возможно беспокойство	Беспокойство или возбуждение	Возбуждение или угнетение	Сопор
Реакция АД на инфузию кристаллоидов (20 мл/кг)	Быстрая или проходящая	Непродолжительная	Очень кратковременная	Нет реакции
Коагулопатия	Нет	Возможна	Есть	Есть, возможны симптомы ДВС
Температура тела (С°)	≥36	<36	<36	<35

При продолжающемся кровотечении:

Проводить интенсивную трансфузионную терапию совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Таблица – 5. Принципы нормализации объема циркулирующей крови

Кровопотеря (мл)	До 1000	1000-2000	2000-3000	>3000
Кровопотеря (% от ОЦК)	15-20	20-40	40-50	>50
Инфузионная терапия и компоненты крови	Кристаллоиды коллоиды	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП – при коагулопатии	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП	Кристаллоиды Коллоиды ЭМ СЗП Тромбоцитарная масса Концентрат протромбинового комплекса Криопреципитат
• общий объем инфузии – в начальной фазе - 3:1 к объему кровопотери; • соотношение кристаллоидов и коллоидов 2:1; • соотношение ЭМ:СЗП:Тромбоциты 4:4:1 к общему объему трансфузии компонентов крови (тромбоциты по мере возможности и/или необходимости); • при коагулопатическом кровотечении, после возмещения фибриногена, тромбоцитов и других факторов свертывания, рассмотреть возможность введения рекомбинантного активированного VII фактора свертываемости; • после каждого литра перелитых трансфузионных сред – определять ЦВД и диурез; • все растворы при инфузионно-трансфузионной терапией должны быть обязательно согреты.				

Показания к переливанию эритроцитсодержащих компонентов крови [6]:

- остро развившаяся анемия, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 80 г/л в венозной крови;
- хроническая анемия, сопровождающаяся снижением уровня гемоглобина ниже 70 г/л, и выраженных признаках анемического синдрома (слабость, головная боль, тахикардия и одышка в покое, головокружение).

NB! Уровень гемоглобина не является основным критерием, определяющим показание для гемотрансфузии [7]!

Показания для переливания СЗП:

- коагулопатия разбавления во время обильного кровотечения, когда применяется массивная инфузионно-трансфузионная терапия;
- снижение факторов свертывания менее 30% от нормальных показателей или удлинение АЧТВ в 1,5 раза и более;
- при острой массивной кровопотере;

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		66стр из 100 страниц

- ДВС-синдром;
- геморрагический синдром при лабораторно подтвержденном дефиците факторов коагуляционного гемостаза.

Показания для введения криопреципитата:

- массивное кровотечение;
- ДВС синдром;
- снижение уровня фибриногена менее 2 г/л.

Показания для переливания тромбоцитов:

- продолжающееся коагулопатическое кровотечение, а также перед или во время операции при количестве тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$;
- клинические проявления геморрагического синдрома, уровень тромбоцитопении $50 \times 10^9/\text{л}$ и менее;
- депрессия кроветворения (апластическая анемия, миелодиспластический синдром и другие), снижение уровня тромбоцитов ниже $20 \times 10^9/\text{л}$.

Показания для введения транексамовой кислоты:

- массивное кровотечение;
- обстоятельства, при которых активируется фибринолитическая система – ЭОВ, ПОНРП, антенатальная гибель плода, травмы родовых путей.

Немедикаментозное лечение

ШАГ 3 - Методы временной остановки кровотечения.

Сдавление брюшной аорты Техника: • примените нисходящее давление брюшной аорты через брюшную стенку кулаком • точка надавливания находится на уровне пупка и немного левее пупка • другой рукой контроль пульса на бедренной артерии для оценки полноты сдавления: <u>при наличии пульса – давление, оказываемой кулаком, недостаточное.</u>	
--	--

Хирургическое вмешательство:

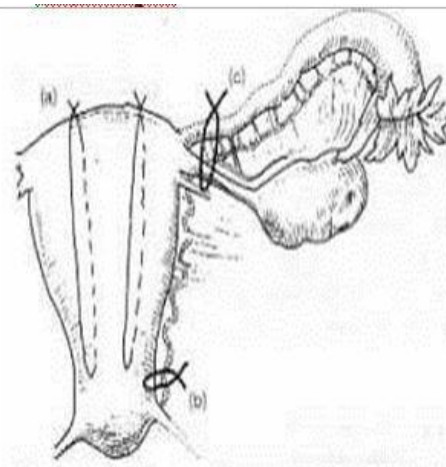
ШАГ 4 – Лапаротомия, поэтапный хирургический гемостаз

Объем оперативного вмешательства	Показания
Перевязка маточных артерий по О'Лири Компрессионные гемостатические швы на матку	Атоническое кровотечение без признаков ДВС-синдрома, матки Кювелера, и отсутствии эффекта от введения простагландинов, и/или швов по О'Лири.
Ампутация матки без придатков	Некорригируемый выворот матки. Истинное приращение нормально расположенной плаценты.
Экстирпация матки без придатков	Атоническое кровотечение с признаками ДВС синдрома или наличием травм шейки матки, матка Кювелера, разрыв матки. Истинное приращение низко расположенной плаценты.
Экстирпация матки с перевязкой внутренних подвздошных артерий	Атоническое кровотечение и признаки ДВС-синдрома. Коагулопатическое кровотечение.
Чрескожная транскатетерная эмболизация маточных артерий	Если позволяет состояние и при наличии условий (ангиограф).

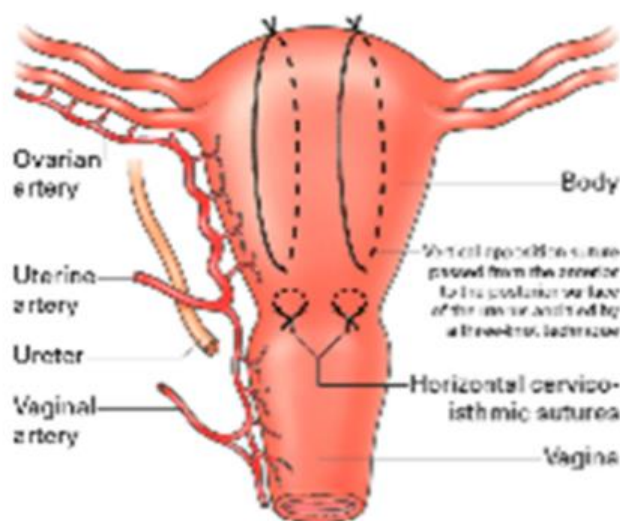
Перевязка маточных и яичниковых артерий по О'Лири

Техника:

- оттянуть матку для получения доступа к нижней части широкой связки;
- найти пульсацию маточной артерии в области перехода шейки матки в матку;
- крупной иглой пропустить нить вокруг артерии, захватывая 2–3 см миометрия на уровне, где предполагается поперечное рассечение нижнего сегмента матки. Туго затянуть лигатуру;
- шов следует располагать как можно ближе к телу матки, так как мочеточник находится всего лишь на 1 см латеральнее маточной артерии. Повторить с другой стороны;
- перевязать маточную и яичниковую артерии с обеих сторон непосредственно ниже места соединения с маткой собственной связки яичника.

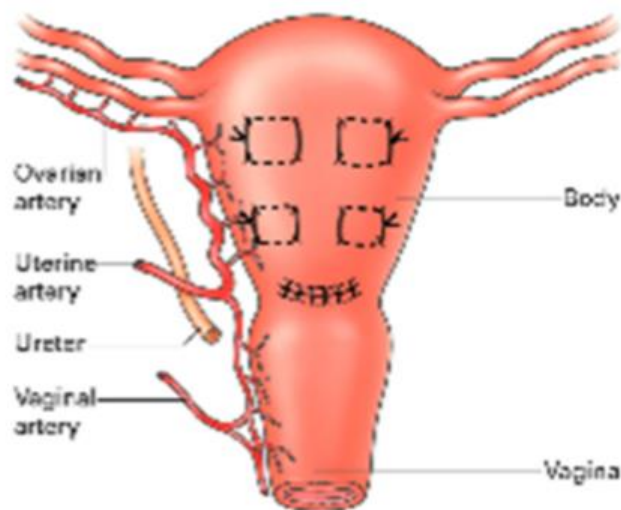


Компрессионные гемостатические швы



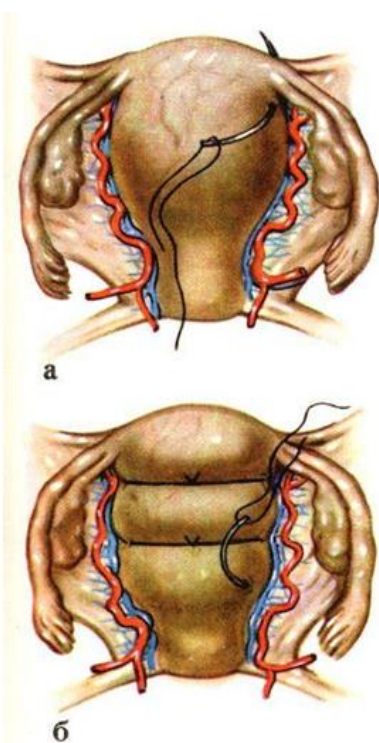
© Copyright B Lynch '05

Figure 5 The Hayman uterine compression suture without opening the uterine cavity¹¹



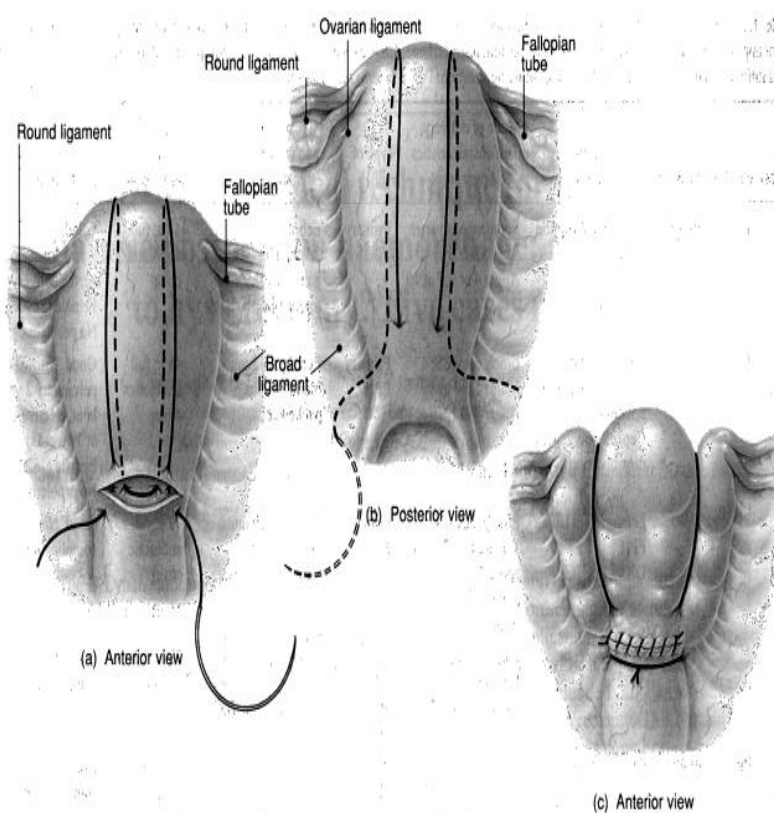
© Copyright B-Lynch '05

Figure 6 The Cho multiple square sutures compressing anterior to posterior uterine walls¹²



25
Гемостатические швы:

а — прокол медиальное сосудистого пучка у левого края матки, вблизи ее дна; б — гемостатическими швами стянута верхняя половина матки, начало наложения третьего гемостатического шва



Другие виды лечения

Радиологические методы:

- чрескожная транскатетерная эмболизация маточных артерий.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		70стр из 100 страниц

Показания для консультации специалистов:

- ангиохirurg – при необходимости перевязки внутренних подвздошных артерий;
- консультация профильных специалистов в зависимости от наличия экстрагенитальной патологии и акушерских осложнений.

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- после хирургического вмешательства;
- необходимость продолжения массивной инфузионно-трансфузионной терапии;
- необходимость продолжения интенсивного наблюдения и интенсивной терапии.

Индикаторы эффективности лечения.

- снижение частоты массивных послеродовых кровотечений;
- уменьшение количества гемотрансфузий;
- снижение количества гистерэктомий.

Дальнейшее ведение:

- наблюдение в послеродовом периоде под контролем лабораторных показателей;
- лечение постгеморрагической анемии;
- консультация ВОП, профильных специалистов

4. 4. Иллюстративный материал: презентация 24-26 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Что такое кровотечение в родах?
2. Чем опасно кровотечение во время родов?
3. Что такое послеродовое кровотечение?
4. Сколько должно быть кровотечение после родов?

Лекция №10

4.1.Тема: Основные методы гинекологического осмотра.

4.2. Цель:

1. Изучить и овладеть методикой проведения опроса и осмотра гинекологической больной, изучить дополнительные методы исследования, применяемые в гинекологической практике.
2. Освоить методику влагалищно-бимануального исследования женщины для определения состояния внутренних половых органов, диагностики патологических изменений в них.
3. Освоить методику осмотра и пальпации молочных желез

4.3. Тезисы лекции:

Осмотр в зеркалах проводится при положении женщины лежа на спине с разведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, удобно проводить осмотр на гинекологическом кресле. Осмотр в зеркалах проводится до влагалищного исследования.

Для этого могут использоваться различные виды гинекологических зеркал:

цилиндрические, створчатые, ложкообразные. Цилиндрические или круглые зеркала имеют форму цилиндра с раструбом на одном из концов; изготавливаются они из металла или пластмассы. Диаметр может быть различным. Круглое зеркало вводится следующим образом: большим и указательным пальцами левой руки раскрывают половую щель и, подводя к ней зеркало, захваченное правой рукой, вставляют узкий конец его во влагалищный вход, слегка отдавливая промежность книзу. Если зеркало на своем конце скошено, то более длинную стенку его направляют книзу. Вращательными движениями

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		71стр из 100 страниц

зеркало продвигают вглубь влагалища до тех пор, пока влагалищная часть шейки не вставится в его просвет. Осмотр влагалищных стенок цилиндрическими зеркалами не очень удобен; он возможен только при продвижении зеркала в глубину или при извлечении его. Но эти зеркала удобны для лечения (влагалищные ванночки, смазывание шейки матки и т. п.). Из створчатых влагалищных зеркал на практике наиболее часто применяется двусторчатое зеркало системы Куско или Треля. Модели эти различаются между собой тем, что при действии винтом обе створки зеркала Куско раздвигаются более у своего дистального конца, в то время как створки зеркала Треля расширяются равномерно и находятся все время параллельно. Зеркало Куско хорошо растягивает влагалище у сводов, в то время как зеркало Треля способствует равномерному растяжению всей влагалищной трубки. Виды гинекологических зеркал: а) створчатое зеркало по Куско; б) ложкообразное зеркало по Дуайену; в) ложкообразное зеркало по Симсу. Введение створчатых зеркал производится следующим приемом: раздвинув левой рукой половую щель, правой рукой захватывают зеркало и, отжав его клювом промежность по направлению книзу, вводят сомкнутое зеркало косо по отношению к половой щели. Продвинув зеркало до половины, поворачивают его плашмя. Одновременно раздвигают зеркало с тем, чтобы влагалищная часть шейки матки оказалась между створками, затем фиксируют при помощи винта нужную степень расширения влагалища. Влагалищная часть шейки матки осматривается после введения и фиксации винта зеркала, извлечение зеркала необходимо проводить в раскрытом виде, так как при этом удобно осматривать спадающие стенки влагалища. Зеркала эти удобны для использования в женской консультации, так как при пользовании ими не требуется помощников. С помощью этих самодержащихся зеркал можно не только осмотреть влагалище и шейку матки, но и применять некоторые лечебные процедуры, удобно брать мазки из влагалища и шейки матки. В тех случаях, когда влагалище должно быть расширено больше, а также для некоторых влагалищных операций применяются ложкообразные зеркала, к которым требуется специальный подъемник для удержания передней влагалищной стенки. Ложкообразные зеркала бывают разной формы и величины. Сдвоенное зеркало Симса также разных калибров специальной рукоятки не имеет, используется для осмотра шейки матки и влагалища, а также при проведении влагалищных операций и манипуляций. Для более широкого обнажения влагалищных стенок и сводов пользуются пластинчатыми зеркалами – «подъемником» и «боковиками», которые вводятся во влагалище в области боковых сводов. Зеркало-подъемник по Отто. Способ осмотра влагалищной части шейки матки при помощи ложкообразного зеркала с подъемником: вначале вводится ложкообразное (заднее) зеркало, а потом подъемник. При введении ложкообразное зеркало сначала ориентировано вертикально, вдоль половой щели, затем по мере продвижения зеркало переводится в горизонтальное положение (плашмя) рукояткой книзу, при этом задняя стенка влагалища слегка оттягивается вниз, а кончик зеркала вводится в задний свод влагалища. После этого аккуратно вводится подъемник, которой по мере продвижения, напротив, ориентируется рукояткой вверх, приподнимая переднюю стенку влагалища, кончик подъемника вводится в передний свод влагалища. Таким образом, между зеркалом и подъемником можно детально рассмотреть шейку матки и своды влагалища. Осмотр влагалища и шейки матки с использованием ложкообразного зеркала и подъемника.

Влагалищное (пальцевое) и двуручное исследование гинекологической больной.

Раздвинув большим и указательным пальцами левой руки малые и большие половые губы, вводят во влагалище, скользя по задней стенке, сначала кончик среднего, а затем и указательного пальца правой руки; несколько отжимая книзу промежность, проводят

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		72стр из 100 страниц

пальцы до заднего свода. При этом большой палец вводимой во влагалище руки отведен и направлен кпереди, несколько сбоку от клитора, а безымянный и мизинец прижаты к ладони и упираются в промежность тыльной поверхностью основных фаланг. Левая рука (наружная) располагается на передней брюшной стенке над лоном. При этом нужно пальпировать всей плоскостью пальцев, а не концами их. При влагалищном исследовании определяют ширину входа во влагалище, упругость стенок, емкость (узкое, широкое), растяжимость, состояние слизистой оболочки (степень влажности, характер физиологической складчатости, наличие разрастаний, рубцов, опухолей, перегородки, инфильтратов). Затем пальцем находят влагалищную часть шейки матки, определяют ее форму (коническая, цилиндрическая), величину, состояние наружного зева, наличие на шейке рубцов, разрывов, опухолей. Определяют состояние сводов (глубина, симметричность правого и левого, уплощение, укорочение, болезненность, инфильтраты, опухоли).

Влагалищно-бимануальное исследование. После влагалищного пальцевого исследования приступают к бимануальному исследованию, которое является продолжением влагалищного исследования. При этом одна рука (внутренняя) находится во влагалище, а другая (наружная) – над лобком. Сначала исследуют матку, для чего пальцы внутренней руки перемещают в передний, задний, боковые своды влагалища последовательно. Затем пальцами фиксируют влагалищную часть шейки матки, приподняв ее немного кверху и кпереди и приблизив тем самым дно матки к передней брюшной стенке. Определяют ее положение, форму, величину и консистенцию. В норме матка взрослой женщины имеет форму груши, сплюсненной спереди-назад; поверхность ее ровная, расположена в малом тазу по средней линии, на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и крестца, а также боковых стенок таза. Между шейкой и телом матки имеется угол, открытый спереди. Консистенция матки тугоэластичная. Закончив детальное исследование матки, приступают к обследованию ее придатков (труб, яичников, связочного аппарата). Для этого пальцы наружной и внутренней руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза, поочередно справа и слева; пальцы, введенные в один из боковых сводов, стараются свести с пальцами наружной руки, производящей давление на брюшную стенку данной стороны вглубь. Неизменные маточные трубы должны быть тонкими, мягкими, обычно они не прощупываются. Связки и клетчатка также в норме не контурируются. Яичник прощупывается в виде тела миндалевидной формы размерами 3×4 см, достаточно подвижен и чувствителен при пальпации. Правый яичник в большей мере доступен исследованию, чем левый. Бимануальное исследование правых (А) и левых (Б) придатков матки. После окончания влагалищного исследования необходимо осмотреть оставшиеся на перчатке выделения. Ректальное и ректовагинальное исследование. Цель занятия: освоить методику проведения ректального и ректовагинального исследования. Место проведения: симуляционный класс, смотровой кабинет гинекологического отделения. Наглядные пособия: манекен-симулятор роженицы. Цель – исследовать органы малого таза у девственниц, женщин с атрезией и стенозом влагалища, исследовать состояние ректовагинальной клетчатки. Положение больной и положение рук исследующего такое же, как при двуручном вагинальном исследовании. Указательный палец правой руки обильно смазывается вазелином, больную просят несколько потужиться, после чего в прямую кишку осторожно вводят указательный палец. Исследующий указательный палец производит экскурсии в малом тазу, обнаруживает шейку и тело матки, слева и справа от них – придатки матки. Для оценки их размеров, положения, консистенции пальцы левой руки через переднюю брюшную стенку направляются навстречу указательному пальцу

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		73стр из 100 страниц

правой руки. Ректальное (а), ректо-абдоминальное (б) и ректо-вагинальноабдоминальное (в) исследование. Нередко для определения источника опухоли, направления опухолевого роста, наличия и распространения инфильтрата в малом тазу возникает необходимость в прямокишечно-влагалищно-брюшностеночном исследовании. При этом наружная левая рука находится в том же положении, как и при влагалищном исследовании, указательный палец правой руки вводится во влагалище, средний палец этой же руки – в прямую кишку. Иногда это исследование выполняется путем введения большого пальца во влагалище, а указательного в прямую кишку. Одновременная пальпация наружной и внутренней рукой позволяет достичь цели исследования.

Взятие отделяемого из уретры, цервикального канала и влагалища для бактериоскопического исследования. Цель занятия: освоить методику взятия мазков для бактериоскопического исследования. Место проведения: симуляционный класс, смотровой кабинет гинекологического отделения, женская консультация. Наглядные пособия и инструменты: манекен-симулятор роженицы, перчатки, влагалищные зеркала, корнцанг, шпатель или ложечки Фолькмана, ватные шарики, чистое предметное стекло. Цель манипуляции – подготовка материала для бактериоскопического исследования. Предметное стекло следует разделить маркером на три участка, каждый пометить латинскими буквами – С (cervix – шейка матки), V (vagina – влагалище), U (uretra – мочеиспускательный канал) – в соответствии с точками, из которых берется материал для исследования. Предметное стекло (а) для нанесения и ложечка Фолькмана (б) для взятия материала из цервикального канала, влагалища и уретры. Больную укладывают на гинекологическое кресло, пальцами левой руки разводят половые губы, указательным пальцем правой руки массируют уретру через переднюю стенку влагалища, стерильным ватным тампоном осушают наружное отверстие уретры, после чего ложечку Фолькмана вводят в уретру, забирают отделяемое из уретры и наносят на предметное стекло под знаком “U”. Затем во влагалище вводят зеркала и другой чистой ложечкой или шпателем берут влагалищное содержимое из заднего свода влагалища и наносят его на стекло под знаком “V”. После этого шейку матки протирают сухим ватным шариком, чистую ложечку Фолькмана или браншу корнцанга вводят в цервикальный канал на глубину около 0,5 см, забирают содержимое и наносят его на предметное стекло под знаком “С”. Мазки высушивают на воздухе и с направлением отправляют в лабораторию. Для исследования нативного препарата каплю отделяемого из влагалища смешивают с физиологическим раствором и стеклянной пипеткой наносят на предметное стекло, покрывают покровным стеклом и немедленно микроскопируют (например, для выявления трихомонад). На основании бактериоскопического исследования судят о характере влагалищных выделений. Принято различать чистоту мазка по степеням: I-II степени чистоты свидетельствуют об отсутствии воспалительного процесса в половой системе, мазки III-IV степени чистоты указывают на воспалительные поражения и характер возбудителя: • I степень: влагалищная среда кислая, много палочек Дедерлейна (лактобацилл), эпителиальные клетки, лейкоциты – единичные в поле зрения; • II степень: среда слабокислая, большое количество палочек Дедерлейна, эпителиальные клетки и единичные лейкоциты (5-10 в поле зрения); • III степень: среда слабощелочная, мало палочек Дедерлейна, кокковая флора, лейкоциты до 30 в поле зрения; • IV степень: среда щелочная, нет палочек Дедерлейна, обильная кокковая флора, может быть патогенная и условно-патогенная флора в большом количестве (споры грибов, трихомонады), много лейкоцитов (более 30 в поле зрения).

Взятие эпителиальных соскобов с шейки матки для цитологического исследования. Цель занятия: освоить методику взятия эксфолиативных мазков для цитологического

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		74стр из 100 страниц

исследования. Место проведения: симуляционный класс, смотровой кабинет гинекологического отделения, женская консультация. Наглядные пособия и инструменты: макет внутренних женских половых органов, перчатки, влажные зеркала, корнцанг или пинцет, шпатель гинекологический, цитощетки, ватные шарики, чистые предметные стекла. Цитологическое исследование эксфолиативных мазков, взятых с эпителиального покрова шейки матки, является основным методом, направленным на раннее выявление предрака и рака шейки матки. В исследованиях на больших популяциях было показано, что взятие мазков каждые 3-5 лет снижает заболеваемость и смертность от РШМ. Большинство женщин, у которых возник рак шейки матки вообще не проходили цитологический скрининг или не обследовались в течение последних 5 лет перед постановкой диагноза. В современной клинической практике применяют две технологии цитологического исследования: традиционную и жидкостную. Проведение обеих методик требует правильного забора материала для лабораторного исследования. В мазке должно быть адекватное количество плоскоэпителиальных клеток с экзоцервикса, а также клеточных элементов из переходной зоны (место стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителиев) и железистых клеток эндоцервикса. Существуют специальные инструменты, гарантирующие взятие материала со всех указанных зон и обеспечивающие информативность препарата – шпатели и цитощетки различных модификаций.

Инструменты для взятия цитологических мазков: а) шпатель типа Эйра; б) цитощетка типа Cervix-Brush; в) цервикальная щетка «ДиаСкрин»; г) цитощетка «ДиаТест». При взятии необходимо соблюдать следующие условия – нельзя брать мазки: • в течение 48 часов после полового контакта; • во время менструации; • в период лечения от генитальной инфекции; • после обработки шейки матки растворами уксуса, Люголя, спринцевания. Методика взятия соскобов: перед получением материала шейку матки обнажают в зеркалах и слизь не удаляют. 1. Для получения материала с экзоцервикса, зоны стыка цилиндрического и плоского эпителиев (когда она четко визуализируется при кольпоскопии) и эндоцервикса (так называемый смешанный мазок) у молодых женщин целесообразно использовать шпатель Эйра или одноразовые цитощетки типа Cervix-Brush или «ДиаСкрин». Под визуальным контролем выступающую часть шпателя или центральную ось щетки вводят в наружный зев шейки матки, а боковые части или ворсинки инструментов прижимают к экзоцервиксу. Затем бережно поворачивают шпатель или щетку на 360 градусов 3 раза по часовой стрелке и дважды – против часовой стрелки. После взятия материала инструмент вынимают, а материал линейным движением наносят на стекло тонким слоем, поворачивая шпатель или щетку обеими сторонами, либо погружают в контейнер для жидкостной цитологии. Особенно тщательно надо относиться к взятию цитологического материала у женщин старше 35 лет, если имеется неудовлетворительная кольпоскопия (когда стык эпителиев четко не визуализируется) с подозрением на поражение цервикального канала. В этом случае забор материала лучше осуществлять раздельно: из цервикального канала – с помощью универсальной узкой цитощетки-эндобраша, которую вводят глубоко в канал до внутреннего зева шейки матки, прокручивая по ходу введения и выведения, а с экзоцервикса – шпателем Эйра. Необходимость такого забора связана с онкологической настороженностью – не пропустить аденокарциному шейки матки, локализирующуюся в цервикальном канале. Материал, полученный с эндо- и экзоцервикса, переносится либо каждый образец по-отдельности на разные стекла, соответственно промаркированные, либо оба образца вместе в общий контейнер с транспортной средой для жидкостной цитологии.

Взятие материала с шейки матки шпателем (а) и цитощеткой (б).

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		75стр из 100 страниц

Требования к нанесению клеточного материала на предметное стекло для традиционной цитологии:

- наносить тонким слоем на специально обработанное обезжиренное стекло;
- допустимо наносить два образца (с экзо- и эндоцервикса) на одно стекло, в отдельных ситуациях (см. выше) нанести материал следует на разные стекла;
- адекватный мазок должен быть максимально тонким (приближающимся к однослойному), равномерной толщины (не волнообразным) на всем протяжении, без «толстых участков», включающих непросматриваемые или плохо просматриваемые скопления клеток;
- материал распределяют вдоль стекла, а не поперек или кругами, занимая 2/3 поверхности, 1/3 оставляют на маркировку;
- при окраске по методу Папаниколау (пап-тест, Pap-smear test) мазок следует немедленно после нанесения обработать специальным составом во избежание высыхания клеток (провести фиксацию мазка);
- при окраске азу-р-эозином (основой для российской лабораторной диагностики) по методикам Паппенгейма, Лейшмана, Романовского фиксация препарата осуществляется простым высушиванием на воздухе.

Нанесение материала на предметное стекло при традиционной цитологии. Жидкостная цитология – метод, основанный на стандартизации препаратов из жидкой клеточной суспензии. Взятый материал с шейки матки помещается в специальную емкость с транспортной средой, которая сохраняет морфологическую структуру клеток. В лаборатории проводится осаждение клеточной суспензии на поверхность предметных стекол с помощью специальной цитоцентрифуги. В результате цитоцентрифугирования получают препараты с монослоями клеток, отмытых от слизи и артефактов, которые обрабатываются специальными автоматизированными системами для цитологического анализа. Эти препараты наиболее адекватны и для последующих иммуноцитохимических исследований. Жидкостная цитология: а) перенос материала в контейнер с транспортной средой; б) цитоцентрифуга для приготовления монослойных препаратов. Оставшийся после создания препарата материал в дальнейшем может быть использован для тестирования на ВПЧ, выявления урогенитальных инфекций, цитогенетических исследований.

Преимущества данного метода – сокращение количества неадекватных мазков и частоты артефактов, связанных с высушиванием образцов, а также возможность избежать загрязнения проб эритроцитами, воспалительным экссудатом и другими неклеточными элементами, что обеспечивает высокое качество микропрепаратов. Трактовка цитологических мазков может представлять значительные трудности для клинициста, поскольку в настоящее время в мировой практике используют одновременно несколько цитологических классификаций, что приводит к большой путанице в терминологии.

Мануальное обследование молочных желез.

Осмотр и пальпацию молочных желез следует проводить в фолликулярную фазу менструального цикла – с 5-6 по 9-10 дни. Мануальное обследование молочных желез складывается из нескольких этапов: 1) осмотр молочных желез; 2) пальпация молочных желез; 3) пальпация регионарных лимфатических узлов. Важным дополнительным моментом является также пальпация щитовидной железы, поскольку заболевания молочных желез и щитовидной железы часто сочетаются друг с другом. Техника исследования.

1. Осмотр. Осмотр проводится параллельно с пальпацией, как в положении стоя, так и в положении лежа. Попросите пациентку расслабиться и опустить руки. При визуальном осмотре молочных желез необходимо обратить внимание на: 1) асимметрию или

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		76стр из 100 страниц

деформацию контура желез; 2) отек или гиперемия кожи; 3) деформацию ареолы; 4) изменение положения, втяжение или инверсию соска; 5) усиление сосудистого рисунка и втяжение кожи (симптом умбиликации – незначительное углубление или западение поверхности молочной железы). Наиболее распространенным приемом при физикальном осмотре, впервые описанным Хаагензеном, является изменение положения рук пациентки. Последовательность движений такова: • руки пациентки располагаются на бедрах (для расслабления грудных мышц); • пациентка сжимает руками бедра (для того, чтобы напрячь грудные мышцы); • пациентка поднимает переплетенные руки над головой (для того, чтобы определить симптом умбиликации – важный предвестник рака молочной железы); • пациентка наклоняется вперед из положения стоя (чтобы молочные железы оказались в подвешенном состоянии).

Пальпация молочных желез. Необходимо начать обследование в положении пациентки стоя. Рука с обследуемой стороны поднята и заведена за голову. Пальпация должна быть последовательной и всесторонней, охватывающей всю глубину и толщу ткани молочной железы. Если есть источники патологических выделений, необходимо надеть перчатки. При обследовании пациентки с жалобами, начинают осмотр с противоположной (здоровой) железы, чтобы явные клинические находки не отвлекали от детального обследования обеих желез. Начинают пальпацию области соединения ключицы и грудины используя подушечки указательного, среднего и безымянного пальцев, затем с осторожностью круговыми движениями пальпируют молочные железы, осязательно оценивая качество кожи, подкожного жира и ткани молочной железы. Каждую область нужно обследовать осторожно и на всем протяжении вплоть до грудной клетки. В осмотр необходимо включить подмышечную зону (где может располагаться подмышечный отросток молочной железы – хвост Спенса), инфрамаммарную область и переднюю грудную стенку до ключиц. Обследуют ткань молочной железы прижимая ее к грудной клетке небольшими циркулярными движениями. Используют очень легкое давление для оценки поверхностного слоя, умеренные усилия для пальпации среднего слоя и более ощутимое давление при попытке пальпации глубоко расположенной ткани железы, а также пальпируют ткань железы между руками. Обычные модели исследования включают пальпацию:

- по квадрантам – верхне-наружный, нижне-наружный, нижневнутренний, верхне-внутренний, ареолярная область, хвост Спенса ;
- по концентрическим кругам (или по спирали) с центром на соске;
- по радиальным линиям, расходящимся от соска подобно спицам в колесе

1. Обследование молочной железы по квадрантам. Частота локализации рака в различных квадрантах молочной железы. Затем производят пальпацию ареолы и подсосковой области. Осторожно сдавливают сосок между указательным и большим пальцами и оценивают выделения. По аналогичной схеме проводят мануальное обследование молочной железы с другой стороны. Затем предлагают пациентке лечь на кушетку и положить руки за голову и выполняют пальпацию молочных желез по описанной выше методике. В положении лежа можно более тщательно прощупать все отделы железы, особенно у пациенток с большой грудью. Необходимо обратить внимание также на изменение консистенции при переходе из положения стоя в положение лежа: размягчение краев при сохранении плотности центра, различная степень плотности, увеличивающаяся к центру (характерно для опухоли). При дисгормональных процессах участки уплотнения заметно размягчаются либо перестают определяться. 3. Пальпация регионарных лимфатических узлов. В положении стоя необходимо опустить руку пациентки и пропальпировать подмышечные лимфатические

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		77стр из 100 страниц

узлы, а затем подключичные лимфоузлы. Пальпацию надключичных узлов удобнее производить, находясь позади пациентки

Пальпация щитовидной железы с целью выявления гиперплазии или узловых образований. При обнаружении опухоли (узла, уплотнения) в тканях молочной железы необходимо оценить и описать следующие параметры: 1) размер лучше всего оценивать с помощью линейки, сантиметровой ленты или пластиковым циркулем; 2) локализация описывается относительно четырех квадрантов молочной железы и расстояния от края ареолы. В амбулаторной карте все находки можно отражать по аналогии с часовым циферблатом; 3) болезненность обычно относят к доброкачественным признакам; 4) консистенция или уплотнение: раковые опухоли чаще бывают каменистой плотности и неподвижны относительно окружающих тканей; напротив, доброкачественные образования можно сжать, они более мягкие и иногда даже кистозные; 5) форма описывается как ровная и неровная и указывается четкость контура; поражения с расплывчатыми и неправильными краями чаще оказываются злокачественными; 6) связь с окружающими тканями: подвижность на поверхностном и глубоком уровнях часто определяют с помощью приемов Хаагензена; неподвижное образование больше похоже на злокачественное; 7) состояние кожи над образованием: обращают внимание на повышение температуры, покраснение, припухлость или втяжение.

Зондирование матки. Цель зондирования – определение проходимости и длины цервикального канала, длины полости матки для выявления аномалий (атрезия, стеноз, перегородка, двойная матка и др.) и деформаций полости матки. Зондирование матки является небольшим вмешательством, однако следует выполнять его с большой осторожностью, с соблюдением правил асептики и антисептики. Противопоказано зондирование матки при воспалительных процессах любой локализации и при беременности или подозрении на нее.

Необходимые инструменты: ложкаобразные зеркала, корнцанг, пулевые щипцы, маточный зонд. Маточный зонд изготовлен из негнущегося материала. Длина его 25 см, диаметр 3 мм, на поверхности имеются деления в сантиметрах. Инструменты для зондирования матки: а) пулевые щипцы; б) маточный зонд. Женщину укладывают на гинекологическое кресло. Зеркалами обнажают шейку матки, обрабатывают антисептическим раствором и фиксируют ее пулевыми щипцами, захватив за переднюю губу. После чего вводят маточный зонд. Зонд следует держать большим, указательным и средним пальцами и вводить в цервикальный канал легко, без насилия, допускаются осторожные движения зондом. Сначала зонд вводится до уровня внутреннего зева, где исследующий испытывает небольшое сопротивление. Затем, вводя зонд за внутренний зев, то есть в матку, приступают к выполнению цели (измерение длины матки, определение деформации и т.д.).

4. 4. Иллюстративный материал: манекен-симулятор роженицы, влагалищные зеркала, муляжи влагалища и шейки матки.

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие бывают гинекологические исследования?
2. Как проводится осмотр у гинеколога?

Лекция №11

4.1.Тема: Воспалительные заболевания женских половых органов специфической и неспецифической этиологии.

4.2. Цель:

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		78стр из 100 страниц

1. Заболевания половых путей.

2. Понятие об этиологии, классификации, клинике, диагностике, лечении и профилактике воспалительных заболеваний женских половых органов.

4.3. Тезисы лекции:

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 (эндометрит, 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 и специфические (гонорея, туберкулез, дифтерия). Причиной неспецифических воспалительных заболеваний могут быть стрептококки, стафилококки, энтерококки, грибы *Candida*, хламидии, микоплазмы, уреаплазмы, 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 папилломавирусную инфекцию, синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД), сифилис, аногенитальные бородавки, контактный моллюск. Условно-патогенные 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 сомкнутое 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), создающим естественный барьер для патогенной инфекции. Они составляют 90-95% микрофлоры влагалища в репродуктивном периоде. Расщепляя гликоген, содержащийся в

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		79стр из 100 страниц

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, и в постменопаузе). 2 Гибель лактобацилл наступает в результате использования антибиотиков, спринцевания влагалища растворами антисептических и антибактериальных препаратов. К влагалищным палочковидным бактериям относятся также актиномицеты, коринебактерии, бактероиды, фузобактерии. Реже встречаются кокковая флора, энтеробактерии, кишечная палочка, клебсиелла, микоплазма и уреаплазма, 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 внутриматочных 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, Т-лимфоциты, 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 ограничению 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; – менструация, во время которой микроорганизмы легко проникают из влагалища в матку; – роды; – операции на органах брюшной полости и малого таза; – очаги хр. инфекции, обменные и эндокринные нарушения, переохлаждения, стрессы и др.

Воспалительные заболевания нижних отделов половых путей Вульвит - воспаление наружных половых органов (вульвы). У женщин репродуктивного периода вульвит чаще развивается вторично - при кольпите, эндоцервиците, эндометрите, аднексите. Первичный вульвит встречается у взрослых при диабете, несоблюдении правил гигиены (опрелость кожи при ожирении), при термических, механических (травмы, ссадины, расчесы), химических воздействиях на кожу наружных половых органов. При остром вульвите больные жалуются на зуд, жжение в области наружных половых органов, иногда на общее недомогание. Клинически заболевание проявляется гиперемией и отеком вульвы, гнойными или серозно-гнойными выделениями, увеличением паховых лимфатических узлов. В хронической стадии клинические проявления стихают, периодически появляются

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		80стр из 100 страниц

зуд, жжение. К дополнительным методам диагностики вульвита относится бактериоскопическое и бактериологическое исследование отделяемого наружных половых органов для выявления возбудителя заболевания. Лечение вульвита заключается в устранении вызвавшей его сопутствующей патологии. Назначают промывание влагалища настоем трав (ромашки, календулы, шалфея, зверобоя), растворами антисептиков (диоксидин, мирамистин, хлоргексидина, октенисепт, перманганата калия и др.). Используют комплексные антибактериальные препараты, эффективные в отношении многих патогенных бактерий, грибов, трихомонад: полижинакс, тержинакс, нео-пенотран, нифурател (макмирор) для введения во влагалище ежедневно в течение 10-14 дней. На область вульвы наносят мази с антисептиками или антибиотиками. После стихания воспалительных изменений для ускорения репаративных процессов местно можно применять мази с ретинолом, витамином Е, солкосерил, актовегин, облепиховое масло, масло шиповника и др. Используется также физиотерапия: ультрафиолетовое облучение вульвы, лазеротерапия. При выраженном зуде вульвы назначают антигистаминные препараты (дифенгидрамин, хлоропирамин, клемастин и др.), местноанестезирующие средства (анестезиновая мазь).

Бартолинит - воспаление большой железы преддверия влагалища. Воспалительный процесс в цилиндрическом эпителии, выстилающем железу, и окружающих тканях быстро приводит к закупорке ее выводного протока с развитием абсцесса. При бартолините пациентка жалуется на боли в месте воспаления. Определяются гиперемия и отек выводного протока железы, при надавливании появляется гнойное отделяемое. Формирование абсцесса приводит к ухудшению состояния. Появляются слабость, недомогание, головная боль, озноб, повышение температуры тела до 39 °С, боли в области бартолиновой железы становятся резкими, пульсирующими. При осмотре видны отек и гиперемия в средней и нижней третях большой и малой половых губ на стороне поражения, опухолевидное образование, закрывающее вход во влагалище. Пальпация образования резко болезненна. Хирургическое или самопроизвольное вскрытие абсцесса способствует улучшению состояния и постепенному исчезновению симптомов воспаления. Заболевание может рецидивировать, особенно при самолечении. Лечение бартолинита сводится к применению антибиотиков с учетом чувствительности возбудителя, симптоматических средств. Местно назначают аппликации противовоспалительных мазей (левомеколь), прикладывание пузыря со льдом для уменьшения остроты воспаления. В острой фазе воспалительного процесса применяют физиотерапию - УВЧ на область пораженной железы. При образовании абсцесса бартолиновой железы показано хирургическое лечение - вскрытие абсцесса с формированием искусственного протока. После операции швы обрабатывают антисептическими растворами в течение нескольких дней.

Инфекционные заболевания влагалища являются самыми частыми у пациенток репродуктивного периода. К ним относятся: • бактериальный вагиноз; • неспецифический вагинит; • вагинальный кандидоз; • трихомонадный вагинит. Согласно современным представлениям развитие инфекционного заболевания влагалища происходит следующим образом. После адгезии к эпителиальным клеткам влагалища условнопатогенные микроорганизмы начинают активно размножаться, что обуславливает возникновение вагинального дисбиоза. В дальнейшем в результате преодоления защитных механизмов влагалища инфекционные агенты вызывают воспалительную реакцию (вагинит).

Бактериальный вагиноз (БВ) - это невоспалительный клинический синдром, вызванный замещением лактобацилл вагинальной флоры условно-патогенными анаэробными микроорганизмами. В настоящее время БВ рассматривается не как инфекция, передаваемая

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		81стр из 100 страниц

половым путем, а как вагинальный дисбиоз, создающий предпосылки для возникновения инфекционных процессов во влагалище, поэтому его рассматривают вместе с воспалительными заболеваниями половых органов. БВ - достаточно частое инфекционное заболевание влагалища, обнаруживаемое у 21-33% пациенток репродуктивного возраста. Этиология и патогенез. Ранее причиной заболевания считали гарднереллы, поэтому его называли гарднереллезом. Однако в дальнейшем было установлено, что *Gardnerella vaginalis* - не единственный возбудитель БВ; кроме того, этот микроорганизм является составной частью нормальной микрофлоры. Нарушение микроэкологии влагалища выражается в снижении количества доминирующих в норме лактобацилл и бурной пролиферации различных бактерий (*Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*), но прежде всего - облигатных анаэробов (*Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mobiluncus* spp., *Fusobacterium* spp. и др.). Изменяется не только качественный, но и количественный состав вагинальной микрофлоры с увеличением общей концентрации бактерий. К заболеванию предрасполагают применение антибактериальных препаратов, прием оральных контрацептивов и использование ВМК, гормональные нарушения с клинической картиной олиго- и опсоменореи, перенесенные воспалительные заболевания половых органов, частая смена половых партнеров, снижение иммунитета и др. В результате нарушения микробиоценоза влагалища pH вагинального содержимого изменяется с 4,5 до 7,0-7,5, анаэробы образуют летучие амины с неприятным запахом гнилой рыбы. Описанные изменения нарушают функционирование естественных биологических барьеров во влагалище и способствуют возникновению воспалительных заболеваний половых органов, послеоперационных инфекционных осложнений.

Клиническая симптоматика. Основной у больных БВ является жалоба на обильные однородные кремообразные серые вагинальные выделения, которые прилипают к стенкам влагалища и имеют неприятный "рыбный" запах. Возможны появление зуда, жжения в области влагалища, дискомфорт во время полового акта. При микроскопии влагалищных мазков, окрашенных по Граму, выявляются "ключевые" клетки в виде спущенных влагалищных эпителиоцитов, к поверхности которых прикреплены характерные для БВ микроорганизмы. У здоровых женщин "ключевые" клетки не обнаруживаются. Кроме того, типичными бактериоскопическими признаками заболевания служат небольшое количество лейкоцитов в поле зрения, снижение числа или отсутствие палочек Дедерлейна. Диагностическими критериями БВ (критерии Амсела) являются: • специфические вагинальные выделения; • обнаружение "ключевых" клеток во влагалищном мазке; • pH влагалищного содержимого $>4,5$; • положительный аминовый тест (появление запаха гнилой рыбы при добавлении гидроксида калия к влагалищным выделениям). Диагноз БВ можно установить при наличии трех из перечисленных критериев. Диагностику дополняют бактериологический метод исследования с определением качественного и количественного состава микрофлоры влагалища, а также микроскопическая оценка относительной пропорции бактериальных морфотипов в вагинальном мазке (критерий Нугента). Лечение половых партнеров - мужчин с целью профилактики рецидивов бактериального вагиноза у женщин нецелесообразно. Однако у мужчин не исключен уретрит, что требует их обследования и при необходимости лечения. Использование презервативов во время лечения не обязательно. Терапия заключается в применении метронидазола, орнидазола или клиндамицина перорально или интравагинально в течение 5-7 дней. Возможно использование тержинана, нифуратела в виде влагалищных таблеток или свечей в течение 8-10 дней. После проведения антибактериальной терапии показаны мероприятия по восстановлению нормального микробиоценоза влагалища с помощью эубиотиков - вагилак,

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		82стр из 100 страниц

лактобактерин, бифидумбактерин, ацилакт и др. Рекомендуется также применение витаминов, биогенных стимуляторов, направленных на повышение общей резистентности организма. Для иммунотерапии и иммунопрофилактики БВ была создана вакцина "СолкоТриховак"♠, состоящая из специальных штаммов лактобацилл. Образующиеся в результате введения вакцины антитела эффективно уничтожают возбудителей заболевания, нормализуя влагалищную микрофлору, и создают иммунитет, препятствующий рецидивам. Критерием излеченности следует считать нормализацию вагинальной микрофлоры. При упорном рецидивировании заболевания необходимы поиск и устранение патогенных факторов.

Неспецифический вагинит (кольпит) - воспаление слизистой оболочки влагалища, вызывается различными микроорганизмами, может возникнуть в результате действия химических, термических, механических факторов. Среди возбудителей вагинита наибольшее значение имеет условно-патогенная флора (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, неспорообразующие анаэробы). Заболевание возникает при снижении иммунобиологической защиты макроорганизма. В острой стадии заболевания больные жалуются на зуд, жжение во влагалище, гнойные или серозно-гнойные выделения из половых путей, боли во влагалище при половом акте (диспареуния). Вагинит нередко сочетается с вульвитом, эндоцервицитом, уретритом. При гинекологическом осмотре: отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища, которая легко кровоточит при прикосновении, гнойные наложения и точечные кровоизлияния на ее поверхности. При тяжелом течении заболевания происходит десквамация эпителия влагалища с образованием эрозий и язв. В хронической стадии зуд и жжение становятся менее интенсивными, возникают периодически, основной остается жалоба на серозно-гнойные выделения из половых путей. Гиперемия и отек слизистой оболочки уменьшаются, в местах эрозий могут образовываться инфильтраты сосочкового слоя влагалища, обнаруживаемые в виде точечных возвышений над поверхностью (гранулярный кольпит). Дополнительные методы диагностики вагинита: кольпоскопия, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, уретры, цервикального канала. При микроскопии вагинального мазка обнаруживают большое количество лейкоцитов, слущенных эпителиальных клеток, обильную грамположительную и грамотрицательную флору. Лечение вагинитов должно быть направлено на борьбу с инфекцией и устранение сопутствующих заболеваний и повышение защитных сил организма. Этиотропная терапия - антибактериальные препараты, воздействующие на возбудителей заболевания. Местно: промывания или спринцевания влагалища растворами диоксида, хлоргексидина, бетадин, мирамистин, хлорофиллипт 1-2 раза в день. Длительное спринцевание (более 3-4 дней) не рекомендуется, поскольку мешает восстановлению естественного биоценоза и нормальной кислотности влагалища. При сенильных кольпитах целесообразно местно использовать эстрогены, способствующие повышению биологической защиты эпителия (эстриол - овестин в свечах, мазях). Антибиотики и антибактериальные средства применяют в виде свечей, вагинальных таблеток, мазей, гелей. Широкое распространение для лечения вагинитов получили комплексные препараты противомикробного, противопаразитарного и противогрибкового действия - тержинал, полижинакс, неопенотран, нифурател, гиналгин. При анаэробной и смешанной инфекции эффективны бетадин, метронидазол, клиндамицин, орнидазол. Местное лечение часто комбинируют с общей антибиотикотерапией с учетом чувствительности возбудителя. После проведения антибактериальной терапии необходимо назначение эубиотиков (вагилак,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		83стр из 100 страниц

бифидумбактерин, лактобактерин, биовестин), восстанавливающих естественную микрофлору и кислотность влагалища.

Вагинальный кандидоз является одним из самых распространенных заболеваний влагалища инфекционной этиологии, в последние годы его частота увеличилась 3 из 4 женщин репродуктивного возраста хотя бы 1 раз перенесли вагинальный кандидоз. Этиология и патогенез. Возбудитель заболевания - дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Наиболее часто (85-90%) влагалище поражается грибами *Candida albicans*. Оптимальные условия для роста и размножения грибов - температура 21-37 °C и слабокислая среда. Генитальный кандидоз не относится к ИППП, но часто является их маркером. Факторы, провоцирующие кандидоз: снижение общей и местной резистентности, прием антибиотиков, оральных контрацептивов, цитостатиков и глюкокортикостероидов, сахарный диабет, туберкулез, злокачественные новообразования, хронические инфекции и др. Обычно кандидоз затрагивает только поверхностные слои вагинального эпителия. В редких случаях преодолевается эпителиальный барьер и происходит инвазия возбудителя в подлежащие ткани с гематогенной диссеминацией. При рецидивировании урогенитального кандидоза основным резервуаром инфекции является кишечник, откуда грибы периодически попадают во влагалище, вызывая обострение воспалительного процесса. Различают острый (длительность заболевания до 2 мес) и хронический (рецидивирующий; длительность заболевания - более 2 мес) урогенитальный кандидоз. Клиника. Вульвовагинит кандидозный вызывает жалобы на зуд, жжение во влагалище, творожистые выделения из половых путей. Зуд и жжение усиливаются после водных процедур, полового акта, или во время сна. Вовлечение в процесс мочевыводящих путей приводит к дизурическим расстройствам. На коже половых губ образуются везикулы, которые вскрываются и оставляют эрозии. Осмотр влагалища и влагалищной порции шейки матки с помощью зеркал выявляет гиперемию, отек, белые или серо-белые творожистые наложения на стенках влагалища. К кольпоскопическим признакам вагинального кандидоза после окраски раствором Люголя относятся мелкоточечные вкрапления в виде "манной крупы" с выраженным сосудистым рисунком. При хроническом течении кандидоза преобладают вторичные элементы воспаления - инфильтрация тканей, склеротические и атрофические изменения. Наиболее информативно в диагностическом плане микробиологическое исследование. Микроскопия нативного или окрашенного по Граму вагинального мазка позволяет обнаружить споры и псевдомицелий гриба. Хорошим дополнением к микроскопии служит культуральный метод - посев влагалищного содержимого на искусственные питательные среды. Культуральное исследование позволяет установить видовую принадлежность грибов, а также их чувствительность к антимикотическим препаратам. К дополнительным методам при вагинальном кандидозе относятся исследование микробиоценоза кишечника, обследование на инфекции, передаваемые половым путем, анализ гликемического профиля с нагрузкой. Лечение вагинального кандидоза должно быть комплексным, с воздействием на возбудителя заболевания и с устранением предрасполагающих факторов. Рекомендуют отказ от приема оральных контрацептивов, антибиотиков, по возможности - глюкокортикостероидов, цитостатиков, проводят медикаментозную коррекцию сахарного диабета. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется использование презервативов. 8 Для лечения острых форм урогенитального кандидоза на первом этапе обычно применяют местно один из препаратов в виде крема, свечей, вагинальных таблеток или шариков: эконазол, изоконазол, клотримазол, бутоконазол (гинофорт), натамицин (пимафуцин), кетоконазол, тержинал, нифурател и др. в течение 6- 9 дней. При хроническом урогенитальном

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		84стр из 100 страниц

кандидозе наряду с местным лечением применяют препараты системного действия - флуконазол, итраконазол, кетоконазол. У детей применяются малотоксичные препараты - флуконазол, нифурател, тержинал. Специальные насадки на тубиках позволяют делать аппликации крема без повреждений девственной плевы. На втором этапе лечения проводят коррекцию нарушенного микробиоценоза влагалища. Критерием излеченности считаются разрешение клинических проявлений и отрицательные результаты микробиологического исследования. При неэффективности лечения необходимо провести повторный курс по другим схемам. Профилактика вагинального кандидоза заключается в устранении условий для его возникновения.

Трихомонадный вагинит относится к наиболее частым инфекционным заболеваниям, передаваемым половым путем, и поражает 60-70% женщин, живущих половой жизнью. Этиология и патогенез. Возбудителем трихомониаза является влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*) - простейший микроорганизм овальной формы; имеет от 3 до 5 жгутиков и ундулирующую мембрану, с помощью которых движется. Трихомонада неустойчива во внешней среде и легко погибает при нагревании выше 40 °С, высушивании, воздействии дезинфицирующих растворов. Трихомонады часто бывают спутниками других инфекций, передаваемых половым путем (гонорея, хламидиоз, вирусные инфекции и др.) и (или) вызывающих воспаление половых органов (дрожжевые грибы, микоплазмы, уреаплазмы). Трихомониаз рассматривается как смешанная протозойно-бактериальная инфекция. Трихомонады могут снижать подвижность сперматозоидов, что является одной из причин бесплодия. Основной путь заражения трихомониазом - половой. Контагиозность возбудителя приближается к 100%. Не исключается также бытовой путь инфицирования, особенно у девочек, при пользовании общим бельем, постелью, а также интранатально во время прохождения плода через инфицированные родовые пути матери. Трихомонады находятся в основном во влагалище, но могут поражать цервикальный канал, уретру, мочевого пузырь, выводные протоки больших желез преддверия влагалища. Трихомонада может проникать через матку и маточные трубы даже в брюшную полость, пронося на своей поверхности патогенную микрофлору. Иммуитет после перенесенного трихомониаза не развивается. Классификация. Различают свежий трихомониаз (давность заболевания до 2 мес), хронический (вялотекущие формы с давностью заболевания более 2 мес или с неустановленной давностью) и трихомонадоносительство, когда возбудители не вызывают воспалительного процесса в половых путях, но могут передаваться партнеру при половом контакте. Свежий трихомониаз может быть острым, подострым или торпидным (малосимптомным). Урогенитальный трихомониаз подразделяется также на неосложненный и осложненный. Клиническая симптоматика. Инкубационный период при трихомониазе колеблется от 3-5 до 30 дней. Клиническая картина обусловлена, с одной стороны, вирулентностью возбудителя, с другой - реактивностью макроорганизма. При остром и подостром трихомониазе больные жалуются на зуд и жжение во влагалище, обильные пенные выделения серо-желтого цвета из половых путей. Пенные выделения связывают с присутствием во влагалище газообразующих бактерий. Поражение уретры вызывает резь при мочеиспускании, частые позывы на мочеиспускание. При торпидном и хроническом заболевании жалобы не выражены или отсутствуют. Диагностика: анамнез (контакты с больными трихомониазом) и данные объективного обследования. Гинекологический осмотр: гиперемия, отек слизистой оболочки влагалища и влагалищной порции шейки матки, пенные гнойные бели на стенках влагалища. При кольпоскопии обнаруживают петехиальные кровоизлияния, эрозии шейки матки. При подострой форме заболевания признаки воспаления выражены слабо, при хронической - практически

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		85стр из 100 страниц

отсутствуют. При микроскопии влагалищных мазков выявляют возбудитель. Лучше использовать нативный, а не окрашенный препарат, поскольку возможность определения под микроскопом движения трихомонад повышает вероятность их обнаружения. В последние годы для диагностики трихомониаза все чаще используют метод ПЦР. За 1 неделю до взятия материала больные не должны применять противогистаминные препараты, прекращают местные процедуры. Лечение трихомониаза должно проводиться обоим половым партнерам (супругам), даже если трихомонада обнаружена только у одного из них. В период терапии и последующего контроля половую жизнь запрещают либо рекомендуют пользоваться презервативами. Также лечат трихомонадоносителей. При остром и подостром трихомониазе назначают один из противотрихомонадных препаратов: орнидазол, тинидазол, метронидазол. При отсутствии эффекта от лечения рекомендуются смена препарата или удвоение дозы. При трихомонадном вульвовагините у детей препаратом выбора служит орнидазол. При хронических формах трихомониаза, плохо поддающихся обычной терапии, эффективна вакцина "СолкоТриховак", включающая специальные штаммы лактобацилл, выделенных из влагалища женщин, зараженных трихомониазом. В результате введения вакцины образуются антитела, уничтожающие трихомонад и других возбудителей воспаления, имеющих общие с лактобактериями антигены. При этом происходит нормализация влагалищной микрофлоры и создается длительный иммунитет, препятствующий рецидивам. Критериями излеченности трихомониаза являются исчезновение клинических проявлений и отсутствие трихомонад в выделениях из половых путей и моче. Профилактика трихомониаза сводится к своевременному выявлению и лечению больных и трихомонадоносителей, соблюдению личной гигиены, исключению случайных половых связей.

Эндоцервицит - воспаление слизистой оболочки цервикального канала, возникает в результате травмы шейки матки при родах, абортах, диагностических выскабливаниях и других внутриматочных вмешательствах. Тропность к цилиндрическому эпителию канала шейки матки особенно характерна для гонококков, хламидий. Эндоцервицит часто сопутствует другим гинекологическим заболеваниям как воспалительной (кольпит, эндометрит, аднексит), так и невоспалительной (эктопия, эктропион шейки матки) этиологии. В острой стадии воспалительного процесса больные жалуются на слизистогнойные или гнойные выделения из половых путей, реже - на тянущие тупые боли внизу живота. Осмотр шейки матки с помощью зеркал и кольпоскопия выявляют гиперемию и отек слизистой оболочки вокруг наружного зева, иногда с образованием эрозий, серозногнойные или гнойные выделения из цервикального канала. Хронизация заболевания приводит к развитию цервицита с вовлечением в воспалительный процесс мышечного слоя, что сопровождается гипертрофией и уплотнением шейки матки, появлением небольших кист в толще шейки (наботовы кисты - ovulae Nabothii). Диагностика: бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из цервикального канала, цитологическое исследование мазков с шейки матки (обнаруживают клетки цилиндрического и многослойного плоского эпителия без признаков атипии, воспалительную лейкоцитарную реакцию). Лечение эндоцервицита в острой фазе заключается в назначении антибиотиков с учетом чувствительности возбудителей заболевания. Местное лечение противопоказано из-за риска восходящей инфекции. 3. Воспалительные заболевания верхних отделов половых путей (органов малого таза) Эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки с поражением как функционального, так и базального слоя. Острый эндометрит, как правило, возникает после различных внутриматочных манипуляций - аборта, выскабливания, введения внутриматочных контрацептивов (ВМК), а также после родов. Воспалительный

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		86стр из 100 страниц

процесс может быстро распространиться на мышечный слой (эндомиометрит), а при тяжелом течении поражать всю стенку матки (панметрит). Заболевание начинается остро - с повышения температуры тела, появления болей внизу живота, озноба, гнойных или сукровично-гнойных выделений из половых путей. Острая стадия заболевания продолжается 8-10 дней и заканчивается, как правило, выздоровлением. Реже происходит генерализация процесса с развитием осложнений (параметрит, перитонит, тазовые абсцессы, тромбофлебит вен малого таза, сепсис) или воспаление переходит в подострую и хроническую форму. При гинекологическом осмотре: гнойные выделения из цервикального канала, увеличенная матка мягкой консистенции, болезненная или чувствительная, особенно в области ребер (по ходу крупных лимфатических сосудов). В клиническом анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопения, повышение СОЭ. На УЗИ: увеличение матки, нечеткость границы между эндометрием и миометрием, изменение эхогенности миометрия (чередование участков повышения и понижения эхоплотности), расширение полости матки с гипоехогенным содержимым и мелкодисперсной взвесью (гной), а при соответствующем анамнезе - наличие ВМК или остатки плодного яйца. Эндоскопическая картина при гистероскопии зависит от причин, вызвавших эндометрит. В полости матки на фоне гиперемированной отечной слизистой оболочки могут определяться обрывки некротизированной слизистой оболочки, элементы плодного яйца, остатки плацентарной ткани, инородные тела (лигатуры, ВМК и др.). При нарушении оттока и инфицирования выделений из матки вследствие сужения цервикального канала злокачественной опухолью, полипом, миоматозным узлом может возникнуть пиометра - вторичное гнойное поражение матки. Возникают резкие боли внизу живота, гнойно-резорбтивная лихорадка, озноб. При гинекологическом исследовании отделяемое из цервикального канала отсутствует, обнаруживается увеличенное, округлой формы, болезненное тело матки, а при УЗИ - расширение полости матки с наличием в ней жидкости с взвесью (по эхоструктуре соответствует гною). Хронический эндометрит возникает чаще вследствие неадекватного лечения острого эндометрита. Клиническое течение латентное. Основные симптомы: нарушения менструального цикла – мено- или менометроррагии вследствие нарушения регенерации слизистой оболочки и снижения сократительной способности матки, тянущие, ноющие боли внизу живота, серозногнойные выделения из половых путей. Нередко в анамнезе есть указания на бесплодие или самопроизвольные аборты. Хронический эндометрит можно заподозрить на основании данных анамнеза, клинической картины, гинекологического осмотра (небольшое увеличение и уплотнение тела матки, серозно-гнойные выделения из половых путей). Для окончательной верификации диагноза требуется гистологическое исследование эндометрия, получаемого при диагностическом выскабливании.

Сальпингоофорит (аднексит) - воспаление придатков матки (трубы, яичника, связок), возникает восходящим либо нисходящим путем вторично с воспалительно-измененных органов брюшной полости (например, при аппендиците) или гематогенно. При восходящем инфицировании микроорганизмы проникают из матки в просвет маточной трубы, вовлекая в воспалительный процесс все слои (сальпингит), а затем у половины больных - и яичник (оофорит) вместе со связочным аппаратом (аднексит, сальпингоофорит). Ведущая роль в возникновении аднексита принадлежит хламидийной и гонококковой инфекции. Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к слипчивому процессу и закрытию фимбриального отдела. Возникают мешотчатые образования маточных труб (сактосальпинксы). Скопление гноя в трубе ведет к

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		87стр из 100 страниц

образованию пиосальпинкса, серозного экссудата - к образованию гидросальпинкса. При проникновении микроорганизмов в ткань яичника в нем могут образовываться гнойные полости (абсцесс яичника), при слиянии которых происходит расплавление овариальной ткани. Яичник превращается в мешотчатое образование, заполненное гноем, возникающий в результате расплавления соприкасающихся стенок пиовара и пиосальпинкса. При определенных условиях через фимбриальный отдел трубы, а также в результате разрыва абсцесса яичника, пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса инфекция может проникнуть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины малого таза (пельвиоперитонит), а затем и других этажей брюшной полости (перитонит) с развитием абсцессов ректовагинального углубления, межкишечных абсцессов. Заболевание чаще всего возникает у женщин раннего репродуктивного периода, ведущих активную половую жизнь. Клиническая симптоматика острого сальпингоофорита (аднексита): боли внизу живота различной интенсивности, повышение температуры тела до 38-40 °С, озноб, тошноту, иногда рвоту, гнойные выделения из половых путей, дизурические явления. При торпидном и хроническом заболевании жалобы не выражены или отсутствуют. При общем осмотре язык влажный, обложен белым налетом. Пальпация живота может быть болезненна в гипогастриальной области. Гинекологическое исследование: гнойные или сукровично-гнойные выделения из цервикального канала, утолщенные, отечные, болезненные придатки матки. При формировании пиосальпинкса, пиовара, тубоовариальных абсцессов в области придатков матки или кзади от матки могут определяться неподвижные, объемные, болезненные образования без четких контуров, неравномерной консистенции, нередко составляющие единый конгломерат с телом матки. В периферической крови выявляют лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, уровня С-реактивного белка, диспротеинемию. В анализе мочи возможны повышение содержания белка, лейкоцитурия, бактериурия, что связано с поражением уретры и мочевого пузыря. Иногда клиническая картина острого аднексита стертая, но есть выраженные деструктивные изменения в придатках матки. При бактериоскопии мазков из влагалища и цервикального канала выявляют повышение числа лейкоцитов, кокковую флору, гонококки, трихомонады, псевдомонеллы и споры дрожжеподобного гриба. Бактериологическое исследование выделений из цервикального канала далеко не всегда позволяет выявить возбудитель аднексита. Более точные результаты дает микробиологическое исследование содержимого маточных труб и брюшной полости, полученное при лапароскопии, лапаротомии или пункции. На УЗИ могут визуализироваться расширенные маточные трубы, свободная жидкость в малом тазу (воспалительный экссудат). Ценность УЗИ повышается при сформировавшихся воспалительных тубоовариальных образованиях неправильной формы, с нечеткими контурами и неоднородной эхоструктурой. Свободная жидкость в малом тазу чаще всего свидетельствует о разрыве гнойного образования придатков матки. В диагностике острого аднексита наиболее информативна лапароскопия. Она позволяет определить воспалительный процесс матки и придатков, его выраженность и распространенность, провести дифференциальную диагностику заболеваний, сопровождающихся картиной "острого живота", для определения правильной тактики. При остром сальпингите эндоскопически выявляются отечные гиперемизированные маточные трубы, истечение серозно-гнойного или гнойного экссудата из фимбриальных отделов и его скопление в ректовагинальном углублении. Яичники могут быть увеличены в результате вторичного вовлечения в воспалительный процесс. Пиосальпинкс визуализируется как ретроотобразное утолщение трубы в ампулярном отделе, стенки трубы утолщены, отечны, уплотнены, фимбриальный отдел запаян, в просвете гной. Пиовар выглядит как объемное

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		88стр из 100 страниц

образование яичника с гнойной полостью, имеющей плотную капсулу и наложение фибрина. При формировании tuboовариального абсцесса образуются обширные спайки между трубой, яичником, маткой, петлями кишечника, стенкой таза. Длительное существование tuboовариального абсцесса приводит к формированию плотной капсулы, отграничивающей гнойную полость (полости) от окружающих тканей. При разрыве таких гнойных образований на их поверхности имеется перфорационное отверстие, из которого в брюшную полость поступает гной. Указанные изменения внутренних половых органов, выявленные при лапароскопии в случае острого воспаления придатков матки, отмечают при чревосечении, производимом с целью удаления очага воспаления. Получение гнойного содержимого из объемных образований придатков матки при их пункции через задний свод влагалища под контролем УЗИ также косвенно подтверждает воспалительный характер заболевания.

Хронический сальпингоофорит (аднексит) является следствием перенесенного острого или подострого воспаления придатков матки. Причинам хронизации: неадекватное лечение острого аднексита, снижение реактивности организма, свойства возбудителя. Следствием перенесенного острого или подострого воспаления придатков матки становится спаечный процесс в малом тазу между трубой, яичником, маткой, стенкой таза, мочевым пузырем, сальником и петлями кишечника. Заболевание имеет затяжное течение с периодическими обострениями. Пациентки жалуются на тупые, ноющие боли в нижних отделах живота различной интенсивности. Боли могут иррадиировать в поясницу, прямую кишку, бедро, т.е. по ходу тазовых сплетений, и сопровождаться психоэмоциональными (раздражительность, нервозность, бессонница, депрессивные состояния) и вегетативными нарушениями. Боли усиливаются после переохлаждения, стрессов, менструации. Кроме того, при хроническом сальпингоофорите наблюдаются нарушения менструальной функции по типу менометроррагий, опсо- и олигоменореи, ПМС, обусловленных ановуляцией или недостаточностью желтого тела. Бесплодие при хроническом аднексите объясняется как нарушением стероидогенеза в яичниках, так и трубно-перитонеальным фактором. Спаечный процесс в придатках матки может стать причиной внематочной беременности. Частые обострения заболевания приводят к сексуальным расстройствам - снижению либидо, диспареунии. Обострения хронического аднексита возникают в связи с усилением патогенных свойств возбудителя, реинфицированием, снижением иммунобиологических свойств макроорганизма. При обострении усиливаются боли, нарушается общее самочувствие, может повышаться температура тела, отмечаются гнойные выделения из половых путей. Объективное исследование выявляет воспалительные изменения придатков матки различной выраженности. Диагностика хронического сальпингоофорита: бимануальное исследование, УЗИ органов малого таза, гистеросальпингографии и ГСГ. При гинекологическом осмотре можно определить ограниченную подвижность тела матки (спаечный процесс), образование вытянутой формы в области придатков матки (гидросальпинкс). В настоящее время ГСГ используется все реже в связи с большим числом диагностических ошибок при интерпретации рентгеновских снимков. При длительном течении заболевания с периодическими болями внизу живота, при неэффективности антибиотикотерапии следует прибегать к лапароскопии, которая позволяет визуально определить наличие или отсутствие признаков хронического аднексита. К ним относятся спаечный процесс в малом тазу, гидросальпинксы. Последствиями перенесенного острого сальпингоофорита, чаще гонорейной или хламидийной этиологии, считают спайки между поверхностью печени и диафрагмой - синдром Фитц-Хью-Куртиса.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		89стр из 100 страниц

Пельвиоперитонит (воспаление брюшины малого таза) возникает вторично при проникновении возбудителей из матки или ее придатков в полость малого таза. В зависимости от патологического содержимого в малом тазу различают серозно-фибринозный и гнойный пельвиоперитонит. Заболевание начинается остро, с появления резких болей внизу живота, повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, тошноты, рвоты, жидкого стула. При физикальном обследовании обращает на себя внимание влажный, обложенный белым налетом язык. Живот вздут, принимает участие в акте дыхания, при пальпации болезнен в нижних отделах; там же в разной степени выражен симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга, отмечается напряжение передней брюшной стенки. Пальпация матки и придатков при гинекологическом исследовании затруднена в связи с резкой болезненностью, задний свод влагалища сглажен из-за скопления экссудата в ректовагинальном углублении. Изменения в клиническом анализе крови характерны для воспаления. Из дополнительных методов диагностики: трансвагинальное УЗИ, лапароскопия. По мере стихания острых явлений в результате образования спаек матки и придатков с сальником, кишечником, мочевым пузырем воспаление локализуется в области малого таза. При пункции брюшной полости через задний свод влагалища можно аспирировать воспалительный экссудат. Проводят бактериологический анализ полученного материала.

Параметрит - воспаление клетчатки, окружающей матку. Возникает при распространении инфекции из матки после родов, аборт, выскабливаний слизистой оболочки матки, операций на шейке матки, при использовании ВМК. Инфекция проникает в параметральную клетчатку лимфогенным путем. Параметрит начинается с появления инфильтрата и образования серозного воспалительного экссудата в месте поражения. При благоприятном течении инфильтрат и экссудат рассасываются, но в некоторых случаях в месте воспаления развивается фиброзная соединительная ткань, что приводит к смещению матки в сторону поражения. При нагноении экссудата возникает гнойный параметрит, который может разрешиться выделением гноя в прямую кишку, реже - в мочевой пузырь, брюшную полость. Клиническая картина параметрита: повышение температуры тела, головная боль, плохое самочувствие, сухость во рту, тошнота, боли внизу живота, иррадиирующие в ногу или поясницу. Иногда инфильтрация параметрия приводит к сдавлению мочеочника на стороне поражения, нарушению пассажа мочи и даже развитию гидронефроза. Диагностика: бимануальное и ректовагинальное исследование, при котором определяются сглаженность бокового свода влагалища, плотный неподвижный малоблезненный инфильтрат параметрия в месте поражения, иногда достигающий до стенки таза. Перкуссия над верхнепередней подвздошной остью на стороне параметрита выявляет притупление перкуторного звука (симптом Гентера) . В крови отмечаются лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Дополнительными методами диагностики: УЗИ органов малого таза, КТ и МРТ. При нагноении параметральной клетчатки состояние пациентки резко ухудшается - появляются озноб, гектическая лихорадка, усиливаются симптомы интоксикации. В случае развития фиброзных изменений в области параметрия пальпируется плотный тяж, матка смещена в сторону поражения

Гинекологический перитонит (диффузное поражение брюшины) характеризуется явлениями выраженной эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности, обозначаемой как синдром системного воспалительного ответа. В развитии перитонита принято выделять 3 стадии: реактивную, токсическую и терминальную. Реактивная стадия (1 сутки). При осмотре больные возбуждены, жалуются на боли по всему животу, усиливающиеся при перемене положения тела, повышение температуры тела, озноб,

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		90стр из 100 страниц

тошноту, рвоту. При осмотре кожные покровы бледные с серым оттенком, отмечается тахикардия, язык сухой, обложен налетом. Живот напряжен, пальпация его резко болезненна во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные, перистальтика кишечника замедлена. В анализах крови выявляется умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. В токсической стадии, длится около 2 сут, нарастают симптомы интоксикации, а местные проявления перитонита становятся менее выраженными. Состояние больных тяжелое, они становятся вялыми, адинамичными. Многократная рвота и выраженный парез кишечника приводят к нарушениям водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния, к гипо- и диспротеинемии. Лейкоцитоз со сдвигом влево нарастает. В терминальной стадии, наступающей через 2-3 сут, появляются симптомы, свидетельствующие о глубоком поражении ЦНС, сознание больных спутанное, черты лица заостренные, кожа бледно-серая, цианотичная, с каплями пота (лицо Гиппократ). Нарастают симптомы полиорганной недостаточности. Пульс становится слабым, аритмичным, отмечаются гипотония и брадикардия, выраженная одышка, олигурия, рвота застойным содержимым, запор сменяется поносом. Лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов проводится в стационаре. Характер и интенсивность комплексной терапии зависят от стадии и выраженности воспалительного процесса, вида возбудителя, иммунобиологической резистентности макроорганизма и др. Важны создание психического и физического покоя, соблюдение диеты с преобладанием легкоусвояемых белков и витаминов. На гипогастральную область помещают пузырь со льдом.

Антибактериальная терапия. В связи с полимикробной этиологией воспаления следует применять препараты или их комбинации, эффективные в отношении большинства возможных возбудителей. С целью терапии острых воспалительных процессов внутренних половых органов используют ингибиторзащищенные антибиотики пенициллинового ряда (амоксиклав/клавуланат[®], пиперацillin/тазобактам, ампициллин/сульбактам), цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефоперазон, цефиксим), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин), аминогликозиды (гентамицин, нетил-мицин, амикацин), линкозамы (линкомицин, клиндамицин), макролиды (спирамицин, азитромицин, эритромицин), тетрациклины (доксикалин). Возможность участия гонококков и хламидий в остром воспалительном процессе внутренних половых органов предполагает сочетание антибиотиков, эффективных в отношении этих микроорганизмов. Целесообразно комбинировать антибиотики с производными нитроимидазола (метронидазола), высокоактивными в лечении анаэробной инфекции. При выраженном воспалительном процессе антибактериальные препараты начинают вводить парентерально и продолжают его 24-48 ч после наступления клинического улучшения, а потом назначают внутрь. При осложненных формах заболевания можно использовать карбапенемовые антибиотики - имипенем или меропенем с наиболее широким спектром антимикробной активности. Общая длительность антибактериальной терапии составляет 7-14 сут. Профилактика и лечение возможной грибковой инфекции: антимикотические препараты (флуконазол, кетоконазол, итраконазол). Следует настоятельно рекомендовать пациентке воздержаться от незащищенных половых контактов, пока она и ее партнер не пройдут полный курс лечения и обследования. При выраженной общей реакции и интоксикации назначают инфузионную терапию с целью дезинтоксикации, улучшения реологических и коагуляционных свойств крови, устранения гиповолемии, электролитных нарушений (изотонические растворы хлорида натрия и глюкозы, раствор Рингера^{*}, реополиглюкин^{*}, глюкозо-новокаиновую смесь, фраксипарин^{*}, клексан^{*}), восстановления кислотно-основного состояния (раствор

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		91стр из 100 страниц

бикарбоната натрия), устранения диспротеинемии (плазма, раствор альбумина). Инфузионная терапия, снижая вязкость крови, улучшает доставку антибиотиков в очаг воспаления и повышает эффективность антибактериальной терапии. Обязательной в лечении тяжелых форм воспалительных процессов внутренних половых органов является нормализация функции желудочно-кишечного тракта. С целью ослабления сенсibilизации к продуктам тканевого распада и антигенам микробной клетки необходимо использовать антигистаминные средства. Симптомы воспаления (боли, отек) эффективно уменьшают НПВП (индометацин, диклофенак - вольтарен*, ибупрофен, пироксикам). Для коррекции нарушенного иммунитета и повышения неспецифической резистентности организма следует применять γ -глобулин, левамизол, Т-активин, тималин♣, тимоген♣, интерферон, стимуляторы синтеза эндогенного интерферона (циклоферон♣, неовир♣, тилорон - амиксин♣) и др.), аскорбиновая кислота, витамины Е, группы В, адаптогены. В тяжелых ситуациях для восстановления нарушенного гомеостаза прибегают к эфферентным (экстракорпоральным) методам лечения - плазмаферезу, гемосорбции, перитонеальному диализу, ультрагемофильтрации. Независимо от этиологии воспаления чрезвычайно эффективна реинфузия крови, облученной УФ-лучами. Процедура оказывает многостороннее действие: устраняет гемореологические и коагуляционные нарушения, способствует насыщению гемоглобина кислородом, детоксикации организма, активизирует иммунную систему, дает бактерицидный и вирицидный эффект. В острой фазе воспалительного процесса можно назначать физиотерапию - токи УВЧ на область гипогастрия, в последующем, при стихании признаков воспаления, - электрофорез йодида калия, меди, цинка, магния, фонофорез гидрокортизона, воздействие переменного электромагнитного поля, лазеротерапию. При лечении эндометрита целесообразно проведение гистероскопии с промыванием полости матки антисептическими растворами, удалением при необходимости остатков плодного яйца, плацентарной ткани, инородных тел. Эффективность проводимой консервативной терапии оценивают уже через 12-24 ч. Отсутствие эффекта у больных с пельвиоперитонитом в эти сроки, нарастание местных и общих симптомов воспаления, невозможность исключить разрыв гнойного tuboовариального образования служат показанием к хирургическому лечению. При пиосальпинксах, пиоварах можно выполнить пункцию гнойных образований через задний свод влагалища под контролем УЗ-сканирования. При пункции проводят аспирацию содержимого с последующим бактериологическим исследованием и промыванием гнойных полостей антисептиками или растворами антибиотиков. Такая тактика позволяет устранить острые явления воспалительного процесса и в дальнейшем при необходимости выполнить органосохраняющие операции. Наилучшие результаты в лечении острых воспалительных заболеваний придатков матки дает лапароскопия. Ценность последней, помимо оценки выраженности и распространенности воспалительного процесса, заключается в возможности произвести лизис спаек, вскрыть или удалить гнойные tuboовариальные образования, выполнить направленное дренирование и санацию брюшной полости, осуществить внутрибрюшную перфузию и инфузию различных лекарственных растворов. Для сохранения репродуктивной функции целесообразна динамическая лапароскопия, во время которой выполняют различные лечебные манипуляции: разделение спаек, аспирацию патологического выпота, промывание брюшной полости антисептиками. Динамическая лапароскопия повышает эффективность противовоспалительной терапии, предотвращает формирование спаек, что особенно важно для пациенток, планирующих беременность. Чревосечение (нижнесрединная лапаротомия) показано при разрыве гнойного tuboовариального образования, перитоните, внутрибрюшных абсцессах, неэффективности

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		92стр из 100 страниц

лечения в течение 24 ч после дренирования брюшной полости с помощью лапароскопа, при невозможности выполнить лапароскопию. К лапаротомическому доступу прибегают также у пациенток с гнойными tuboовариальными образованиями в пре- и постменопаузе, при необходимости удаления матки. Объем операции определяется возрастом пациентки, степенью деструктивных изменений и распространенностью воспалительного процесса, сопутствующей патологией. Экстирпацию матки с придатками с одной или обеих сторон производят, если матка является источником воспалительного процесса (эндомиометрит, панметрит при использовании ВМК, после родов, абортов и других внутриматочных вмешательств), есть сопутствующие поражения тела и шейки матки, при разлитом перитоните, множественных абсцессах в брюшной полости. У пациенток репродуктивного возраста следует стремиться к проведению органосохраняющих операций или, в крайнем случае, к сохранению ткани яичника. Оперативное вмешательство заканчивают дренированием брюшной полости. У пациентки с острым воспалительным заболеванием половых органов необходимо выявить половых партнеров и предложить им пройти обследование на гонорею и хламидиоз. Лечение хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов включает устранение болевого синдрома, нормализацию менструальной и репродуктивной функций. Терапия обострений хронического воспаления придатков матки проводится в женской консультации или в стационаре по тем же принципам, что и лечение острого воспаления. Основная роль в лечении хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов вне обострений принадлежит физиотерапии. Лекарственная терапия направлена на повышение иммунобиологической резистентности организма, устранение остаточных явлений воспалительного процесса, болевых ощущений. Применяют НПВП (вводят преимущественно ректально), витамины, антиоксиданты, иммуностимуляторы, стимуляторы эндогенного синтеза интерферона. Одновременно проводят коррекцию нарушений менструального цикла, в том числе с помощью гормональных препаратов. Восстановление репродуктивной функции возможно после лапароскопического разделения спаек, фимбриопластики, сальпингостомии, которые выполняют у пациенток до 35 лет. При неэффективности оперативного лечения трубно-перитонеального бесплодия показано экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО).

4. 4. Иллюстративный материал: презентация 20-22 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Пути распространения инфекции?
2. Виды воспалительных заболеваний?
3. Лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов?

Лекция №12

4.1.Тема: Инфекций передающиеся половым путем.

4.2. Цель:

1. Изучение и идентификация ИППП, умение дифференцировать ИППП.

4.3. Тезисы лекции:

Инфекции, передаваемые половым путем. Что это такое?

Это Инфекции, которые один инфицированный партнер передает другому при сексуальных контактах.

Помните, что заразиться можно не только при влагиальном, но и оральном и анальном сексе. Существует примерно 25 заболеваний, которые передаются половым путем. Чаще

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		93стр из 100 страниц

всего: гонорея, сифилис, хламидиоз, трихомониаз, остроконечные кондиломы, генитальный герпес, кандидоз, гепатит В.

Наиболее характерные симптомы большинства из них: зуд, неприятный запах, выделения из половых органов, различные высыпания на гениталиях, учащенное болезненное мочеиспускание. Эти заболевания могут протекать бессимптомно, особенно у женщин. Некоторые симптомы ИППП исчезают без лечения, хотя болезнь остается и человек может заражать других. Во время лечения стоит воздерживаться от сексуальных контактов. Помните, что большинство ИППП практически излечимы, если правильно поставлен диагноз, лечение начато своевременно и доведено до конца.

Почему ИППП?

Как явствует из названия, возбудители этой группы заболеваний передаются половым путем. Гонорея, хламидиоз, трихомониаз, мико-, уреаплазмоз и гарднереллез передаются строго половым путем, сифилисом можно заразиться и не совершая полового акта, но при тесном соприкосновении пораженных кожных покровов или половых органов.

К половому пути передачи относится не только классический половой акт между двумя партнерами, но и орально-генитальный, и анальный, и оро-анальный половой акт. Для орального полового контакта не важно, "кто кому это делает", заражение возможно при любом раскладе. При групповом сексе партнеры могут заразиться друг от друга через использование одного презерватива.

Заражение ИППП неполовым путем (бассейн, общее белье, посуда, полотенца и т.д.) крайне маловероятно, разве что вся квартира больного пропитана его гнойными выделениями. Фактически имеет значение лишь один неполовой путь передачи ИППП - беременная женщина инфицирует ими своего ребенка во время родов.

Предвосхищая этот вопрос, сразу скажу - ни один возбудитель венерического заболевания не передается при поцелуе, за исключением варианта, когда у обоих партнеров есть открытые раны на губах и языке.

Гепатит В, С

Воспаление печени, вызванное вирусами В и С, которые находятся в крови или других биологических жидкостях больного человека, передаются половым путем, а также при использовании инъекций инфицированных игл, зубной щетки и т.д. Симптомы - повышение температуры тела, боль в горле, кашель, постоянное чувство усталости, потеря аппетита, боли в суставах, желудке, тошнота, белки глаз и кожа становятся желтоватыми, моча - темной, стул обесцвечивается. Эти симптомы проявляются через 6 недель - 6 месяцев после контакта с инфицированным человеком. При отсутствии симптомов больные гепатитом В и С не подозревают, что передают заболевание другим людям.

Сифилис

Древнейшая ИППП, вызывается бледной спирохетой (трепонемой). Это заболевание протекает в три стадии. В зависимости от вида сексуальных контактов спирохета внедряется где угодно (половые органы, рот, анус и т.д.).

1 стадия:

Там, где она внедрилась, через 1-4 недели появляется твердая язвочка (твердый шанкр) - очень заразная, так как на ее поверхности очень много спирохет.

2 стадия:

Сыпь на теле в области груди, ребер, на спине, животе, лице, ладонях, подошвах:

1. Пятнами на слизистой рта;
2. Воспалением лимфатических узлов;
3. Выпадением волос;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		94стр из 100 страниц

3 стадия:

"Третичный сифилис" - с развитием тяжелых необратимых поражений жизненно важных органов (сердца, мозга, нервной системы и т.д.), часто приводящих к смертельному исходу.

Гонорея

Вызывается гонококком, который поражает не только мочеполовые органы (при вагинальном сексе), но и прямую кишку, при анальном и оральном сексуальном контакте. Первые проявления начинают появляться через 3-7 дней с момента заражения: гнойные выделения из полового члена, влагалища или заднего прохода, рези при мочеиспускании, боли внизу живота, отек.

Своевременно начатое лечение гарантирует полное излечение. При не своевременном лечении и развитие осложнений у женщин и мужчин поражаются репродуктивные органы (матка, яичники, маточные трубы, предстательная железа) и развивается бесплодие.

Трихомониаз

Возбудителем заболевания является трихомонада (одноклеточный простейший паразит), поражающий слизистую мочеполового тракта.

Симптомы заболевания проявляются от 4 дней до 3 недель после заражения. Довольно часто как у мужчин, так и женщин трихомониаз протекает незаметно. Проявляется заболевание сильным зудом в области половых органов, обильными пенистыми желто-зелеными гнойными выделениями с неприятным запахом, иногда появляются язвы. Без специального лечения выздоровление невозможно.

Хламидиоз

Возбудитель - внутриклеточный микроорганизм, называемый хламидией. поражает преимущественно половые и мочевыделительные органы, но в некоторых случаях и глаза, кишечник, органы дыхания.

Симптомы обычно появляются через 1-4 недели после инфицирования. Отмечается: дискомфорт при мочеиспускании; скудные прозрачные напоминающие клей выделения: боли внизу живота и в пояснице. У женщин хламидии поражают шейку матки и уретру, при отсутствии лечения процесс может распространиться на яичники и привести к бесплодию. У мужчин может быть воспаление яичек. Если не соблюдает правила личной гигиены, возможно воспаление слизистой оболочки глаз.

Лечение данного заболевание проводится обоим партнерам одновременно, даже если у одного из них отсутствуют симптомы.

Генитальный герпес

Вызывается вирусом простого герпеса, который может появиться как в области половых органов, так и на губах. Заражение происходит один раз в жизни. Симптомы - через 2 дня появляются пузырьки, иногда через 10-20 дней, которые быстро вскрываются, оставляя болезненные ранки. Появления пузырьков сопровождается головной болью, недомоганием, подъемом температуры тела, болью и жжением при мочеиспускании, подмывании, ходьбе. Пузырьки и неприятные ощущения проходят через 1-2 недели, но вирус остается в организме, и. как только защитные силы организма ослабнут, болезнь проявляется снова (у женщин это часто связано с менструальным циклом).

Остроконечные кондиломы

Вызываются особым вирусом - вирусом папилломы Проявления этой болезни похожи на бородавки. На слизистой половых органов и прилегающих участках кожи появляются бородавчатые разрастания цвета кожи. Эти разрастания быстро увеличиваются в размерах и в количестве, постепенно приобретая вид цветной капусты или остаются плоскими. малозаметными. Симптомы заболевания проявляются от нескольких недель до 3-9 месяцев

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		95стр из 100 страниц

с момента заражения. Так как у женщин кондиломы разрастаются во влагалище, обнаружить их может только врач. Кроме того, они разрастаются по наружным половым органам и промежности. Нередко кондиломы сочетаются с раком шейки матки. После лечения возможны рецидивы заболевания.

Лобковый педикулез

- или вшивость, передается при сексуальном контакте с инфицированным человеком или через постельное или нательное белье. Проявляется сильным зудом в области лобка. Диагноз устанавливается легко при осмотре лобковой зоны и нахождении насекомых. Лечение проводится специальными мазями, после сбривания волос в области лобка.

Индивидуальное предохранение от заражения

Такие сексуальные контакты, как поцелуи, объятия, ласки, петтинг, массаж, то есть то, что полностью исключает обмен жидкостями тела, максимально безопасно.

Чем больше число ваших сексуальных партнеров, тем выше вероятность встретить больного человека и заболеть. Высок также риск заражения тогда, когда не Вы сами, а Ваш партнер имеет большое число контактов.

Прежде чем решиться на сексуальные отношения, подумайте. Лучше от них отказаться вовсе, если вы не уверены в своем партнере или у него имеется сыпь, покраснения, язвочки или выделения из половых органов.

Во время каждого полового акта применяйте презерватив, который максимально снижает, риск заражения ИППП. Что касается профилактики ИППП, где половой путь передачи является основным, то самым надежным методом до сих пор остается барьерная контрацепция (презерватив) и препараты типа мирамистина, цидипола, фарматекса и пр. Однако в ряду ИППП существует ряд заболеваний, для которых характерно широкое распространение в популяции, пожизненное носительство, длительные латентные фазы заболеваний, возможность передачи воздушно-капельным путем и серьезные осложнения, вызванные инфекционными агентами. Это, прежде всего вирусные инфекции, входящие в первую десятку ИППП в России - генитальный герпес и папилломавирусные инфекции урогенитального тракта (остроконечные кондиломы, ВПЧ, которые могут вызвать рак).
Запомните:

- Каждый презерватив можно использовать только один раз;
- Используйте смазывающие вещества на водной основе, если это необходимо;
- Не использовать в качестве дополнительной смазки растительные, животные и кулинарные жиры, а также лосьоны и вазелин (жир разрушает латекс!);
- Храните презервативы в сухом прохладном месте, не подвергайте их воздействию прямых солнечных лучей;
- Не используйте презерватив, если срок годности истек или целостность упаковки (фольги) нарушена;
- Если Вы больны, обязательно скажите об этом партнеру. Возможно, инфицировал Вас именно он, не подозревая об этом;

Антисептики

Единственной альтернативой презервативу в профилактике ИППП, но не беременности, является использование растворов антисептиков. Самый простой вариант - это слабый раствор марганцовки, более "продвинутые" в этом вопросе всегда имеют в запасе купленные в аптеке Мирамистин или Хлоргексидин. Этими растворами обрабатываются наружные половые органы, полощется рот и горло, они же вводятся в мочеиспускательный канал, во влагалище или в прямую кишку после полового акта.

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		96стр из 100 страниц

Профилактический эффект у антисептиков меньше, чем у презерватива, и составляет около 50-70%. Это немного, но все же лучше, чем ничего. А для орального секса они являются практически единственным способом избежать заражения. На вирусы анестетики могут не подействовать.

Осложнения

У каждой инфекции, передающейся половым путем, есть свои особенности, но в целом в этих заболеваниях имеется ряд сходств и общих тенденций развития.

Осложнения приводят к нарушению репродуктивного здоровья женщин и мужчин, тяжелым врожденным заболеваниям у детей, поражениям внутренних органов больного. Залогом успешного лечения является заинтересованность в его успехе, как пациента, так и его лечащего доктора. Не стесняйтесь задавать своему лечащему врачу любые вопросы: отвечать на них и все объяснить вам - это его прямая обязанность. Чем откровеннее вы будете с врачом, тем больше шансов на выздоровление.

Думаю, не стоит доказывать тот факт, что избежать ИППП значительно проще, чем избавиться от них. Поэтому не пренебрегайте правилами профилактики венерических заболеваний и регулярно проходите необходимое обследование. А при малейших подозрениях сразу же обращайтесь к врачу.

4. 4. Иллюстративный материал: презентация 20-22 слайдов

4. 5. Литература: На последней странице

4. 6. Контрольные вопросы (обратная связь)

1. Какие инфекции могут быть у женщины?
2. Какие инфекции могут быть у мужчин?
3. Как выявить ИППП?
4. Принципы лечения ИППП?

Литература: а) основная литература:

1. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 704 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970433164.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432501.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
3. Гинекология: учебник. Баисова Б.И. и др. / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. 4-е изд., перераб. и доп. 2012. - 432 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970429945.html?SSr=5601339f351821102f1857bsubstantiae>
4. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427583.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
5. Акушерство и гинекология. Иллюстрированный учебник / Невиль Ф. Хакер, Джозеф К. Гамбон, Кельвин Дж. Хобел; пер. с англ. под ред. Э.К. Айламазяна. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		97стр из 100 страниц

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/06-COS-2361.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>

б) дополнительная литература:

6. Акушерство: учебник. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Сичинава Л.Г., Панина О.Б., Курцер М.А.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 656 с.: ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970418956.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
7. Акушерство. Курс лекций: учебное пособие / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 456 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970408551.html?SSr=5601339f351821102f1857bsubstantiae>
8. Акушерство. Клинические лекции: учебное пособие + CD / Под ред. О.В. Макарова.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970405550.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
9. Гинекология. Клинические лекции : учеб.пособие / под ред. О. В. Макарова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412527.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 944 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428962.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
11. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни : учебник / М. В. Дзигуа. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970430965.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
12. Базовая помощь новорождённому - международный опыт / под ред. Н.Н. Володина, Г.Т. Сухих ; науч. ред. Е.Н. Байбарина, И.И. Рюмина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 208 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970408865.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
13. Гинекологическая эндокринология. Клинические лекции: руководство для врачей. - 3-е изд., перераб. / И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 272 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970426678.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
14. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии : краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 256 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970419304.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
15. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 320 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970414705.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>

QNTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Qntüstik Qazaqstan medicina akademiasy» AQ		 SKMA 1979 MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		98стр из 100 страниц

16. Схемы лечения. Акушерство и гинекология / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих; ред.-сост. Е. Г. Хилькевич. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Литтерра, 2013. - 384 с. (Серия "Схемы лечения").
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785423500740.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
17. Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии / Под ред. проф. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 688 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424407.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
18. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: руководство. Доброхотова Ю.Э., Бояр Е.А., Хейдар Л.А. и др. / Под ред. Ю.Э. Доброхотовой. 2009. - 312 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412244.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
19. Неотложные состояния в акушерстве: руководство. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Баранов И.И. и др. 2013. - 784 с. :ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970424728.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
20. Детская и подростковая гинекология: руководство для врачей.- М.: Литтерра, 2009. - 384 с.: ил. - (Серия "Практические руководства").
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785904090036.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
21. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению: руководство / под ред. Г.Т. Сухих, Т.А. Назаренко. 2-е изд. испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 784 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970415351.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
22. Клинические аспекты лечения бесплодия в браке. Диагностика и терапевтические программы с использованием методов восстановления естественной фертильности и вспомогательных репродуктивных технологий: руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 376 с. (Библиотека врача-специалиста).
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970423653.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
23. Невынашивание беременности: руководство. Подзолкова Н.М., Сковорова М.Ю., Шевелева Т.В. 2013. - 136 с. :ил. (Серия "Практикующему врачу-гинекологу")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425497.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
24. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях / С.В. Апресян ; под ред. В.Е. Радзинского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 464 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970432389.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
25. Гормональная контрацепция. Клинические лекции / В. Н. Прилепская. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427514.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
26. Здоровье женщины в климатерии: руководство. Манухин И.Б., Тактаров В.Г., Шмелева С.В. 2010. - 256 с. (Серия "Практические руководства")

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		99стр из 100 страниц

<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785904090210.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>

27. Внутриматочная контрацепция. Прилепская В.Н., Тагиева А.В., Межевитинова Е.А. / Под ред. В.Н. Прилепской. 2010. - 176 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970417027.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
28. Доброкачественные заболевания матки / А. Н. Стрижаков, А. И. Давыдов, В. М. Пашков, В. А. Лебедев. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 312 с. : ил. (Серия "Библиотека врача-специалиста").
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428337.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
29. Аборт в I триместре беременности. Агеева М.И. и др. / Под ред. В.Н. Прилепской, А.А. Куземина. 2010. - 224 с.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970417041.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
30. Безопасный аборт: руководство. Краснопольский В.И., Мельник Т.Н., Серова О.Ф. 2009. - 48 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970413326.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
31. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного: руководство. Савельева Г.М., Конопляников А.Г., Курцер М.А. 2013. - 144 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970425633.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
32. Болезни крови в амбулаторной практике : руководство / И. Л. Давыдкин, И. В. Куртов, Р. К. Хайретдинов [и др.]. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 184 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970427255.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
33. Патология плода и плаценты / А. Н. Стрижаков [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 176 с. : ил.
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970431733.html?SSr=4101339f362044952cdc57bsubstantiae>
34. Родовая травма. Акушерские и перинатальные аспекты: руководство. Кравченко Е.Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 240 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста")
<http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970412237.html?SSr=5601339f351821102f1857bsubstantiae>

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. <http://window.edu.ru> – единое окно доступа к образовательным ресурсам
2. <http://studmedlib.ru> – ЭБС «Консультант студента»;
3. <http://elibrary.ru> - российский информационный портал в области науки, медицины, технологии и образования;
4. <http://pubMed.com> – Национальная медицинская библиотека института здоровья США;
5. <http://e.lanbook.com> – электронно-библиотечная система — это ресурс, включающий в себя как электронные версии книг издательства «Лань» и других ведущих издательств учебной литературы, так и электронные версии периодических изданий по естественным, техническим и гуманитарным наукам.

г) Учебно-методическая

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Клинических дисциплин-1»		67-11
Лекции по предмету «Основы акушерства»		100стр из 100 страниц

1. Актуальные вопросы диагностики и лечения акушерской патологии: Учебно-методическое пособие. / Авторы Л.И. Трубникова, Вознесенская Н.В., Таджиева В.Д., Корнилова Т.Ю., Албутова М.Л., Измайлова Ф.А., Тихонова Н.Ю. Ульяновск: УлГУ, 2013.–
URL<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/16/trubnikova2013.pdf>
2. Метаболический синдром : пути профилактики репродуктивных потерь : учеб.-метод. пособие / Н. И. Кан [и др.] ; УлГУ, ИМЭиФК. - Ульяновск : УлГУ, 2013.–
URL<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/72/Kan-Potaturkina.pdf>
3. Современные представления о патогенезе, диагностике и тактике ведения женщин с кровотечениями в менопаузе : учеб.-метод. рекомендации / А. Ю. Богдасаров [и др.]. - Ульяновск : УлГУ, 2007
4. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 1 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой. - Ульяновск : УлГУ, 2003.– URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/139/trubnikova2.pdf>
5. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 2 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой . - Ульяновск : УлГУ, 2004.
6. Учебно-методическое пособие по гинекологии. Ч. 3 : / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. Л. И. Трубниковой. - Ульяновск : УлГУ, 2007. – URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/828/trubnikova7.pdf>
7. **Физиологическое акушерство** : учебно-методическое пособие / Л. И. Трубникова, Н. В. Вознесенская, В. Д. Таджиева и др.; под ред. Л. И. Трубниковой; УлГУ, ИМЭиФК, Каф. акушерства и гинекологии. - 3-е изд., перераб. и доп. - Ульяновск : УлГУ, 2018. – URL
:<http://10.2.225.162/MegaPro/Download/MObject/1239/Trubnikova2018.pdf>