

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ  
шпаргалка

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Анатомия женских половых органов . . . . .	1аб	28. Клиника, диагностика, лечение при родовом травматизме . . . . .	28аб
2. Анатомия женских половых органов (продолжение) . . . . .	2аб	29. Токсикозы беременных . . . . .	29аб
3. Физиология женской половой системы . . . . .	3аб	30. Токсикозы беременных (продолжение) . . . . .	30аб
4. Анатомия женского таза . . . . .	4аб	31. Поздний токсикоз беременных . . . . .	31аб
5. Оплодотворение и развитие плодного яйца . . . . .	5аб	32. Клиническая картина ОПГ (водянка, нефропатия) . . . . .	32аб
6. Изменения в организме женщины во время беременности . . . . .	6аб	33. Клиническая картина ОПГ (преэклампсия, эклампсия) . . . . .	33аб
7. Диагностика беременности . . . . .	7аб	34. Лечение гестоза . . . . .	34аб
8. Признаки зрелости плода, размеры головки и туловища зрелого плода . . . . .	8аб	35. Преждевременное прерывание беременности . . . . .	35аб
9. Обследование роженицы . . . . .	9аб	36. Кровотечение в раннем послеродовом периоде . . . . .	36аб
10. Физикальное обследование . . . . .	10аб	37. Лечение при кровотечениях . . . . .	37аб
11. Физикальное обследование (продолжение) . . . . .	11аб	38. Инфузионно-трансфузионная терапия острой массивной кровопотери в акушерстве и гинекологии . . . . .	38аб
12. Физиологические роды . . . . .	12аб	39. Гипокоагуляционная фаза синдрома ДВС . . . . .	39аб
13. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Семь основных движений плода в родах . . . . .	13аб	40. Современные технологии оказания неотложной инфузионно-трансфузионной помощи при острой массивной кровопотере . . . . .	40аб
14. Обезболивание родов . . . . .	14аб	41. Внематочная беременность . . . . .	41аб
15. Ведение второго периода родов . . . . .	15аб	42. Диагностика внематочной беременности . . . . .	42аб
16. Ведение третьего периода родов . . . . .	16аб	43. Воспалительные заболевания женских половых органов (бактериальный вагиноз, хламидийная инфекция) . . . . .	43аб
17. Роды при тазовых предлежаниях плода . . . . .	17аб	44. Воспалительные заболевания женских половых органов (вирусные инфекции, кандидозный кольпит) . . . . .	44аб
18. Роды при разгибательных предлежаниях головки плода . . . . .	18аб	45. Специфические инфекции. Гонорея . . . . .	45аб
19. Поперечное и косое положение плода . . . . .	19аб	46. Трихомоноз и туберкулез половых органов . . . . .	46аб
20. Акушерский поворот . . . . .	20аб	47. Эндометрит . . . . .	47аб
21. Роды при выпадении мелких частей плода, крупном плоде, гидроцефалии плода . . . . .	21аб	48. Послеродовой эндометрит . . . . .	48аб
22. Аномалии родовой деятельности (патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности) . . . . .	22аб	49. Пельвиоперитонит и параметрит . . . . .	49аб
23. Аномалии родовой деятельности (бурная родовая деятельность, тетанус матки) . . . . .	23аб	50. Нарушения менструального цикла . . . . .	50аб
24. Предлежание плаценты . . . . .	24аб	51. Диагностика и лечение нарушений менструального цикла . . . . .	51аб
25. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты . . . . .	25аб	52. Эндометриоз . . . . .	52аб
26. Диагностика, родораздражение при преждевременной отслойке плаценты . . . . .	26аб	53. Миома матки . . . . .	53аб
27. Родовой травматизм . . . . .	27аб	54. Диагностика и лечение миомы матки . . . . .	54аб
		55. Беременность многоплодная . . . . .	55аб
		56. Внутриутробная смерть плода. Плодоразрушающие операции . . . . .	56аб

<p><b>1а</b>      <b>1. Анатомия женских половых органов</b></p> <p>Наружные половые органы — это лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, девственная плева. К внутренним относятся влагалище, матка, маточные трубы и яичники.</p> <p><b>Наружные половые органы. Лобок</b> представляет собой область, богатую подкожно-жировой клетчаткой, в половозрелом возрасте покрытого волосным покровом, треугольной формы, основанием обращенным вверх.</p> <p><b>Большие половые губы</b> образованы двумя складками кожи, содержащими жировую клетчатку, сальные и потовые железы. Соединены они между собой передней и задней складкой, а разделены половой щелью. В толще нижней трети больших половых губ располагаются большие железы преддверия — бартолиниевы железы, щелочной секрет которых увлажняет вход во влагалище и разжижает семенную жидкость. Выводные протоки этих желез открываются в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой.</p> <p>Малые половые губы представляют собой слизистую оболочку в виде двух складок. Они расположены кнутри от больших половых губ.</p> <p><b>Клитор</b> находится в переднем углу половой щели, состоит из двух пещеристых тел, богато снабженных кровеносными сосудами и нервными сплетениями.</p> <p><b>Преддверие влагалища</b> — пространство, ограниченное малыми половыми губами. В нем открываются наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия, вход во влагалище.</p>	<p><b>2а</b>      <b>2. Анатомия женских половых органов (продолжение)</b></p> <p><b>Шейка матки</b> — это узкая цилиндрической формы нижняя часть матки. В ней различают влагалищную часть, вдающуюся во влагалище ниже сводов, и надвлагалищную верхнюю часть, располагающуюся выше сводов. Внутри шейки матки проходит узкий шейный канал, верхний отдел которого заканчивается внутренним зевом, а нижний — наружным. Канал шейки матки содержит слизистую пробку, препятствующую проникновению микроорганизмов из влагалища в матку. Стенки матки состоят из трех слоев. Внутренний слой — слизистая оболочка (эндометрий) с множеством желез, покрытая мерцательным эпителием. В слизистой оболочке различают два слоя: слой, прилегающий к мышечной оболочке, и поверхностный слой — функциональный, который подвергается циклическим изменениям. Большую часть стенки матки составляет средний слой — мышечный (миометрий). Наружный — серозный (периметрий) слой представляет собой брюшину, покрывающую матку. Матка расположена в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой на одинаковом расстоянии от стенок таза.</p> <p><b>Маточные трубы</b> начинаются от углов матки, идут в стороны к боковым стенкам таза. Стенки труб состоят из трех слоев: внутреннего — слизистого, покрытого однослойным мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в сторону матки, среднего — мышечного и наружного — серозного. В трубе различают интерстициальную часть, проходящую в толще стенки матки, истмическую — наиболее суженную среднюю часть и ампулярную — расширенную часть трубы, заканчивающуюся воронкой.</p>
<p><b>3а</b>      <b>3. Физиология женской половой системы</b></p> <p>Женская половая система обладает четырьмя специфическими функциями: менструальной, половой, детородной и секреторной.</p> <p><b>Менструальным циклом</b> называются ритмически повторяющиеся сложные изменения в половой системе и во всем организме женщины, подготавливающие ее к беременности. Изменения во время менструального цикла наиболее выражены в органах половой системы, особенно в яичниках и слизистой оболочке матки. Важная роль в регуляции менструального цикла принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе. Под влиянием рилизинг-факторов гипоталамуса в передней доле гипофиза происходит выработка гонадотропных гормонов, стимулирующих функцию половых желез: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и лютеотропного (ЛТГ). ФСГ способствует созреванию фолликулов в яичниках и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона. ЛГ стимулирует развитие желтого тела, а ЛТГ — выработку гормона желтого тела (прогестерона) и секрецию молочных желез. В первую половину менструального цикла преобладает выработка ФСГ, во вторую половину — ЛГ и ЛТГ. Под влиянием этих гормонов происходят циклические изменения в яичниках.</p> <p><b>Яичниковый цикл.</b> Этот цикл составляют три фазы: 1) развитие фолликула — фолликулярная фаза; 2) разрыв созревшего фолликула — фаза овуляции; 3) развитие желтого тела — лютеиновая (прогестероновая) фаза.</p> <p>В фолликулярной фазе яичникового цикла происходит рост и созревание фолликула, что соответствует первой половине менструального цикла.</p>	<p><b>4а</b>      <b>4. Анатомия женского таза</b></p> <p>Строение костного таза женщины имеет очень важное значение в акушерстве, так как таз служит родовым каналом, по которому продвигается рождающийся плод. Таз состоит из четырех костей: двух тазовых, крестца и копчика.</p> <p><b>Тазовая (безымянная) кость</b> состоит из трех сросшихся между собой костей: подвздошной, лонной и седалищной. Подвздошная кость состоит из тела и крыла, расширенного сверху и заканчивающегося гребнем. Спереди гребень имеет два выступа — передневерхнюю и передненижнюю ости, сзади имеются задневерхняя и задненижняя ости. Седалищная кость состоит из тела и двух ветвей. Верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром. Нижняя ветвь направляется кпереди и кверху. На задней поверхности ее имеется выступ — седалищная ость. Лонная кость имеет тело, верхнюю и нижнюю ветви. На верхнем крае верхней ветви лонной кости проходит острый гребень, который спереди заканчивается лонным бугорком.</p> <p><b>Крестец</b> состоит из пяти сросшихся позвонков. На передней поверхности основания крестца выступ — крестцовый мыс (промонторий). Верхушка крестца подвижно соединена с копчиком, состоящим из четырех—пяти неразвитых сросшихся позвонков. Различают два отдела таза: большой и малый таз, между ними проходит пограничная, или безымянная линия. Большой таз доступен для наружного исследования и измерения в отличие от малого таза. В малом тазе различают вход, полость и выход. В полости таза имеются узкая и широкая части. Соответственно этому условно выделяют четыре плоскости малого таза. Плоскость входа в малый таз является границей между</p>

**26 Яичники** являются парными железами миндалевидной формы, размером. Располагаются по обе стороны матки, позади широких связок, прикрепляясь к их задним листкам. Яичник покрыт слоем эпителия, под которым располагается белочная оболочка, глубже размещается корковое вещество, в котором находятся многочисленные первичные фолликулы в разной стадии развития, желтые тела. В период половой зрелости в яичниках ежемесячно ритмично происходит процесс созревания и выхода в брюшную полость зрелых яйцеклеток, способных к оплодотворению. Эндокринная функция яичников проявляется в выработке половых гормонов, под влиянием которых в период полового созревания происходит развитие вторичных половых признаков и половых органов.

**Связочный аппарат половых органов и клетчатка малого таза.** Подвешивающий аппарат матки состоит из связок, к которым относятся парные круглые, широкие, воронкотазовые и собственные связки яичников.

**Молочные железы.** В период половой зрелости молочная железа имеет гроздьевидное строение и состоит из множества пузырьков — альвеол, образующих крупные дольки. Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска образует расширение в виде мешочка — молочный синус. Междольковые пространства заполнены прослойками волокнистой соединительной и жировой ткани. Дольки молочных желез содержат клетки, продуцирующие секрет — молоко. На поверхности железы располагается сосок, покрытый нежной, морщинистой кожей и имеющий коническую или цилиндрическую форму.

**46** большим и малым тазом. Во входе в таз наибольшим размером является поперечный.

В полости малого таза условно выделяют плоскость широкой части полости малого таза, в которой прямой и поперечный размеры равны, и плоскость узкой части полости малого таза, где прямые размеры несколько больше поперечных. В плоскости выхода малого таза и плоскости узкой части малого таза прямой размер преобладает над поперечным. В акушерском отношении важными являются следующие размеры малого таза: истинная конъюгата, диагональная конъюгата и прямой размер выхода малого таза. Истинная, или акушерская, конъюгата равна 11 см.

Диагональная конъюгата определяется при влагалищном исследовании, она равна 12,5—13 см. Прямой размер выхода малого таза равен 9,5 см. В процессе родов при прохождении плода через малый таз этот размер увеличивается на 1,5—2 см за счет отклонения верхушки копчика кзади. Мягкие ткани таза покрывают костный таз с наружной и внутренней поверхности и представлены связками, которые укрепляют сочленения таза, а также мышцами. Важное значение в акушерстве имеют мышцы, расположенные в выходе таза. Они закрывают снизу костный канал малого таза и образуют тазовое дно.

**Акушерской (передней) промежностью** называют ту часть тазового дна, которая находится между анусом и задней спайкой половых губ. Часть тазового дна между заднепроходным отверстием и копчиком называется задней промежностью.

**16 Девственная плева** представляет собой тонкую соединительно-тканную перегородку, разделяющую наружные и внутренние половые органы.

**Внутренние половые органы.** Влагалище представляет собой мышечно-фиброзную трубку длиной 8—10 см. Оно располагается в полости малого таза, примыкая спереди к мочеиспускательному каналу и мочевому пузырю, сзади — к прямой кишке. Стенки влагалища состоят из слизистой оболочки, мышечного слоя и окружающей клетчатки. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, имеет розовый цвет и многочисленные поперечные складки, которые обеспечивают растяжимость его в родах. В соответствии с характером микрофлоры принято различать четыре степени чистоты влагалищного содержимого. Первая степень чистоты содержимого, имеет кислый характер, обнаруживаются только влагалищные палочки и отдельные эпителиальные клетки. Вторая степень чистоты палочек становится меньше, появляются отдельные кокки, единичные лейкоциты, реакция остается кислой. Третья степень чистоты характеризуется щелочной реакцией, преобладанием лейкоцитов, кокков и других видов бактерий. При четвертой степени чистоты влагалищные палочки отсутствуют, в содержимом обнаруживаются разнообразная микробная патогенная флора, большое количество лейкоцитов.

**Матка** — полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. В матке различают тело, перешеек и шейку. Верхняя выпуклая часть тела называется дном матки. Полость матки имеет форму треугольника, в верхних углах которого открываются отверстия маточных труб. Внизу полость матки, сужаясь, переходит в перешеек и заканчивается внутренним зевом.

**36 Овуляцией** называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей яйцеклетки, покрытой снаружи блестящей оболочкой и окруженной клетками лучистого венца. Яйцеклетка попадает в брюшную полость и далее в маточную трубу, в ампулярном отделе которой происходит оплодотворение. Если оплодотворения не произошло, то через 12—24 ч яйцеклетка начинает разрушаться. Овуляция происходит в середине менструального цикла.

Фаза развития желтого тела (лютеиновая) занимает вторую половину менструального цикла. На месте разорвавшегося фолликула после овуляции образуется желтое тело, продуцирующее прогестерон. Под его влиянием происходят секреторные превращения эндометрия, необходимые для имплантации и развития плодного яйца. Если произошло оплодотворение и наступила беременность, то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности и носит название желтого тела беременности.

**Маточный цикл.** Этот цикл сводится к изменениям в слизистой оболочке матки и имеет одинаковую продолжительность с яичниковым. В нем различают две фазы — пролиферацию и секрецию с последующим отторжением функционального слоя эндометрия. Первая фаза маточного цикла начинается после того, как заканчивается отторжение (десквамация) эндометрия при менструации. Фаза пролиферации эндометрия совпадает с фолликулярной фазой яичникового цикла. Фаза секреции занимает вторую половину менструального цикла, совпадая с фазой развития желтого тела.

## 5а 5. Оплодотворение и развитие плодного яйца

Оплодотворение — процесс соединения мужской и женской половых клеток. Оно происходит в ампулярной части маточной трубы.

**Миграция оплодотворенного яйца.** Оплодотворенное дробящееся яйцо продвигается по трубе в сторону матки и на 6—8-ой день достигает ее полости.

**Имплантиция оплодотворенного яйца.** Слизистая оболочка матки ко времени попадания в полость матки оплодотворенного яйца резко утолщенная и рыхлая. В эндометрии вследствие влияния гормона желтого тела накапливается гликоген. Слизистая оболочка матки во время беременности называется **децидуальной**, или **отпадающей оболочкой**. Оплодотворенное яйцо, наружный слой которого представляет собой трофобласт, благодаря наличию протеолитических ферментов расплавляет децидуальную оболочку, погружается в ее толщу и прививается.

**Плацента.** В конце 1-го месяца беременности плодное яйцо со всех сторон окружено ворсинами хориона. Постепенно происходит васкуляризация хориона: в его ворсины врастают сосуды зародыша. На 2—3-м месяце беременности начинается атрофия ворсин хориона на одном полюсе плодного яйца, обращенном в полость матки. На противоположном участке хориона, погруженном в слизистую оболочку, ворсины пышно разрастаются и в начале 4-го месяца превращаются в плаценту. Помимо ворсин хориона, в ее формировании принимает участие децидуальная оболочка матки (материнская часть плаценты). Плацента выделяет в материнский организм сложный

## 6а 6. Изменения в организме женщины во время беременности

В связи с развитием плода в организме беременной происходит большая перестройка деятельности важнейших систем и органов. Масса тела женщины увеличивается, особенно во второй половине беременности. Ежедневная прибавка в этот период составляет 300—350 г. В среднем масса тела к концу беременности увеличивается на 12 кг.

**Сердечно-сосудистая система.** В матке значительно увеличивается количество сосудов, появляется новое (маточно-плацентарное) кровообращение. Это приводит к усиленной работе сердца. Частота пульса увеличивается на 10—12 ударов в минуту. Объем циркулирующей крови начинает возрастать еще в I триместре. Во II триместре беременности прирост ОЦК максимальный. В конце III триместра ОЦК в 1,4—1,5 раза превышает исходный.

**Органы дыхания.** К концу беременности минутный объем дыхания рожениц возрастает в среднем в 1,5 раза за счет увеличения объема вдоха и частоты дыхания. Физиологической гипервентиляции в родах сопутствует гипокания, которая является важнейшим условием нормальной трансплацентарной диффузии углекислого газа от плода к матери.

**Органы пищеварения.** Изменения выражаются в тошноте, утренней рвоте, повышенном слюноотделении, снижении и даже извращении вкусовых ощущений. Функция кишечника характеризуется склонностью к запорам, поскольку кишечник отодвигается кверху и смещается в сторону беременной матки.

**Органы мочевыделения.** Испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери

## 7а 7. Диагностика беременности

Диагностика ранних сроков беременности производится на основании выявления предположительных (сомнительных) и вероятных признаков беременности.

**Предположительные (сомнительные) признаки.** Связаны с общими изменениями в организме беременной. Наблюдается изменение аппетита и вкуса, обоняния, появляются тошнота, иногда рвота по утрам, недомогание, раздражительность.

**Вероятные признаки беременности.** Это объективные изменения, со стороны половых органов женщины, молочных желез, увеличение молочных желез и выделение из них при надавливании молозива, синюшная окраска слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение матки. Беременность ранних сроков характеризуется определенными признаками.

1. Увеличение матки становится заметным с 5—6-й недели. В конце 2-го месяца размеры матки достигают величины гусиного яйца. К концу 3-го месяца дно матки определяется на уровне верхнего края симфиза.

2. Признак Горвица—Гегара — появление размягчения в области перешейка.

3. Признак Снегирева — изменение консистенции матки при ее пальпации (после исследования матка становится более плотной).

4. Признак Пискачека — выбухание одного из углов матки, связанного с развитием плодного яйца.

5. Признак Гентера — на передней поверхности матки по редней линии прощупывается гребневидный выступ.

## 8а 8. Признаки зрелости плода, размеры головки и туловища зрелого плода

Длина (рост) зрелого доношенного новорожденного колеблется от 46 до 52 см и более, составляя в среднем 50 см. Средняя масса тела зрелого доношенного новорожденного 3400—3500 г. У зрелого доношенного новорожденного хорошо развит подкожный жировой слой; кожа розовая, эластичная; пушковый покров не выражен, длина волос на голове достигает 2 см; ушные и носовые хрящи упругие; ногти плотные, выдаются за края пальцев. Пупочное кольцо находится на середине расстояния между лоном и мечевидным отростком. У мальчиков яички опущены в мошонку. У девочек малые половые губы прикрыты большими. Крик ребенка громкий. Мышечный тонус и движения достаточной силы. Сосательный рефлекс хорошо выражен.

Главной особенностью черепной части головки является то, что ее кости соединены фиброзными перепонками — швами. В области соединения швов находятся роднички — широкие участки соединительной ткани. Крупная головка может менять свою форму и объем, так как швы и роднички позволяют костям черепа заходить друг за друга. Благодаря такой пластичности головка приспосабливается к родовым путям матери. Наиболее важными швами, соединяющими кости черепа плода, являются следующие: стреловидный шов, проходящий между двумя теменными костями; лобный шов — между двумя лобными костями; венечный шов — между лобной и теменной костью; лямбдовидный (затылочный) шов — между затылочной и теменными костями. Среди родничков на голове

**66** и плода. Мочеточники во время беременности находятся в состоянии гипотонии и гипокинезии, что приводит к замедлению оттока мочи, расширению мочеточников и почечных лоханок. Почечный кровоток во время беременности возрастает.

**Нервная система.** В ранние сроки беременности наблюдается снижение возбудимости коры головного мозга, повышение рефлекторной деятельности подкорковых центров и спинного мозга. Этим объясняются повышенная раздражительность, утомляемость, сонливость, быстрая смена настроения, снижение внимания.

**Эндокринная система.** Начинает функционировать — **желтое тело**. Оно существует в яичнике в течение первых 3—4-х месяцев беременности. Желтое тело беременности выделяет гормон прогестерон, который создает в матке необходимые условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки, снижает ее возбудимость и тем самым благоприятствует развитию зародыша.

**Половые органы.** Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются, становятся сочными, легко растяжимыми, приобретают синеватую окраску. Особенно сильно размягчается и растягивается перешеек матки, который на 4-м месяце беременности вместе с частью нижнего отдела матки превращается в нижний маточный сегмент. Объем полости матки увеличивается. Связочный аппарат подвергается значительному утолщению и удлинению.

**86** плода практическое значение имеют большой и малый роднички. Большой (передний) родничок имеет ромбовидную форму и находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов. Малый (задний) родничок имеет треугольную форму и представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся стреловидный и лямбовидный швы.

**Головка** доношенного зрелого плода имеет следующие размеры:

- 1) прямой размер (от переносицы до затылочного бугра) — 12 см, окружность головки по прямому размеру — 34 см;
  - 2) большой косой размер (от подбородка до затылочного бугра) — 13—13,5 см; окружность головки — 38—42 см;
  - 3) малый косой размер (от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка) — 9,5 см, окружность головки — 32 см;
  - 4) средний косой размер (от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба) — 10 см; окружность головки — 33 см;
  - 5) отвесный, или вертикальный, размер (от верхушки темени до подъязычной области) — 9,5—10 см, окружность головки — 32 см;
  - 6) большой поперечный размер (наибольшее расстояние между теменными буграми) — 9,5 см;
  - 7) малый поперечный размер (расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва) — 8 см.
- Размеры **туловища** плода следующие:
- 1) размер плечиков (поперечник плечевого пояса) — 12 см, окружность плечевого пояса — 35 см;
  - 2) поперечный размер ягодиц — 9 см, окружность — 28 см.

**56** комплекс гормонов и биологически активных веществ. К концу беременности плацента имеет диаметр 15—18 см, толщину 2—3 см и массу 500—600 г. В плаценте различают две поверхности: внутреннюю (плодовую) и наружную (материнскую). На плодовой поверхности, покрытой водной оболочкой, проходят сосуды, радиально расходящиеся от пуповины. Материнская поверхность состоит из 15—20 долек. Плацента осуществляет функцию обмена веществ между матерью и плодом, барьерную функцию, а также является мощной железой внутренней секреции. Материнская кровь изливается в межворсинчатое пространство и омывает ворсины хориона. Кровь матери и плода не смешивается.

**Пуповина.** Представляет собой шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте, по вене притекает к плоду артериальная кровь. Прикрепление пуповины может быть центральным, эксцентричным, краевым или оболочечным. Нормальная длина пуповины в среднем 50 см. Послед образуется из плаценты, пуповины, оболочки плода (амниона и хориона) и изгоняется из матки после рождения плода.

**Околоплодные воды.** Образуются в результате секреции эпителием амниона, трансфузии из крови матери и деятельности почек плода. К концу беременности накапливается примерно 1—1,5 л вод. В водах содержатся гормоны, белок в количестве 2—4 г/л, ферменты, макро- и микроэлементы, углеводы и другие вещества.

**76** Диагностика поздних сроков беременности основывается на регистрации достоверных признаков, как то: движение плода, выслушивание сердечных тонов плода, прощупывание частей плода, данные рентгенологического и ультразвукового обследования.

**Биологические и иммунологические методы диагностики беременности. Реакция Ашгейма—Цондека.** С наступлением беременности в моче женщины появляется большое количество хориального гонадотропина, экскреция которого достигает максимума на 8—11-й неделе беременности. Этот гормон можно обнаружить в моче уже со 2-го дня после имплантации. Для исследования берут утреннюю порцию мочи.

**Реакция Фридмана.** Для диагностики беременности используется половозрелая крольчиха в возрасте 3—5 месяцев массой от 900 до 1500 г. В ушную вену половозрелой крольчихи 6 раз в течение 2 суток вводят по 4 мл мочи, взятой у обследуемой женщины. Через 48—72 ч после последней инъекции под эфирным наркозом с соблюдением правил асептики вскрывают брюшную полость и осматривают половые органы. При положительной реакции в яичниках и матке наблюдаются изменения, аналогичные выявленным у мышей. Через 6—8 недель при положительной реакции и через 4 недели при отрицательной крольчиха может быть взята для повторного исследования. Точность реакции — 98—99%.

Иммунологические методы исследования основаны на обнаружении в моче обследуемой женщины хорионического гонадотропина.

<p><b>9а</b>      <b>9. Обследование роженицы</b></p> <p>С началом родовой деятельности беременная поступает в приемное отделение родильного дома, где проводится ее обследование и составляется план ведения родов.</p> <p>При обследовании роженицы учитываются анамнез, физикальный осмотр, данные лабораторных исследований и оценка состояния плода.</p> <p><b>Анамнез по течению настоящей беременности, предыдущим беременностям, хроническим заболеваниям</b></p> <p><b>Течение настоящей беременности.</b> Оценивают, основываясь на данных анамнеза и медицинской карты роженицы. Необходимо уточнить некоторые данные независимо от результатов дородового наблюдения.</p> <p><b>Определение срока беременности.</b> Предполагаемую дату родов вычисляют, отсчитав 40 недель от 1-го дня последней менструации. Если известна дата последней овуляции или день зачатия, от этого дня отсчитывают 38 недель. Дата последней овуляции определяется по графику измерения базальной температуры. Также имеют значение следующие признаки: определение сердцебиения плода методом доплеровского исследования (с 10—12-й недели), а начиная с 18—20-й недели беременности сердцебиение можно определять при помощи акушерского стетоскопа. Женщина начинает чувствовать первое шевеление плода чаще всего с 17-й недели беременности. Также учитывается срок беременности, определенный по размерам матки в первые недели беременности. Кроме того, важны размеры плода, выявленные при УЗИ до 24-й недели беременности.</p>	<p><b>10а</b>      <b>10. Физикальное обследование</b></p> <p><b>Общий осмотр</b></p> <p><b>Основные физиологические показатели.</b> Изменяют частоту пульса, величину АД измеряют в паузах между схватками.</p> <p><b>Наружное акушерское исследование</b></p> <p><b>Размеры матки.</b> К концу 1-го акушерского месяца матка достигает размеров куриного яйца. При влагалищном исследовании определить беременность обычно не представляется возможным. К концу 2-го месяца (8-й недели) матка увеличивается до размеров гусиного яйца. К концу 3-го месяца (12-й недели) отмечается асимметрия матки (признак Пискачака), она увеличивается до размеров мужского кулака, дно ее достигает верхнего края симфиза. К концу 4-го месяца (16-й недели) дно матки определяется на середине расстояния между симфизом и пупком или на 6 см выше пупка. К концу 5-го месяца (20-й недели) дно матки располагается на 11—12 см над лоном или на 4 см ниже пупка. К концу 6-го месяца (24-й недели) дно матки находится на уровне пупка или на 22—24 см над лоном. К концу 7-го месяца (28-й недели) дно матки определяется на два поперечных пальца выше пупка или на 25—28 см над лоном. К концу 8-го месяца (32-й недели) дно матки располагается на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком выше лона на 30—32 см.</p> <p>К концу 9-го месяца (36-й недели) дно матки достигает мечевидного отростка и реберных дуг. К концу 10-го месяца (40-й недели) дно матки опускается до уровня 32-недельной беременности. Методом пальпации матки определяют приблизительные размеры плода, количество околоплодных вод.</p>
<p><b>11а</b>      <b>11. Физикальное обследование (продолжение)</b></p> <p><b>Шейка матки</b></p> <p><b>Степень раскрытия</b> шейки матки измеряется в сантиметрах: от 0 (шейка матки закрыта) до 10 см (раскрыта полностью).</p> <p><b>Сглаживание шейки матки</b> является одним из показателей ее зрелости и готовности к родам. У первородящих женщин сначала происходит сглаживание, а после раскрытия шейки матки. При повторных родах сглаживание и раскрытие шейки матки происходит практически одновременно.</p> <p><b>Предлежание плода</b> определяется пальпаторно. При затылочном предлежании можно пропальпировать швы и роднички на головке плода, при тазовом — определить ягодицы и стопы, при лицевом — лицевую часть головки плода.</p> <p><b>Позиция плода.</b> При передней позиции предлежащая часть обращена к лобковому сочленению, при задней позиции — к крестцу. Поперечная (правая или левая) позиция — предлежащая часть обращена к правой или левой стенке малого таза. При тазовом предлежании — по крестцу плода, при лицевом — по расположению подбородка. При передней позиции затылочного предлежания затылок повернут к лобковому симфизу. При правой поперечной позиции затылочного предлежания — к правой влагалищной стенке.</p> <p>Исследуют кости таза. Размеры и форма малого таза определяются по размерам большого таза.</p> <p><b>Вход в малый таз</b> спереди образован верхним краем лобкового сочленения симфиза, сзади — вершиной промонториума, боковые границы — дугооб-</p>	<p><b>12а</b>      <b>12. Физиологические роды</b></p> <p><b>Периоды родов</b></p> <p>Период раскрытия — это первый период. Он начинается с первой схваткой. Они частые, интенсивные, длительные. Первый период делится на две фазы — фазу медленного раскрытия и фазу быстрого раскрытия. Во время первой фазы шейка матки раскрывается до 4 см, во время второй — от 4 до 10 см. Переход от схваток к потугам и отхождение околоплодных вод завершает первый период.</p> <p>Второй период (изгнания) характеризуется изгнанием плода.</p> <p>Третий период (последовый). Начало — момент рождения ребенка, окончание — отделение плаценты и рождение последа.</p> <p><b>Первый период родов.</b> Продолжительность его у первородящих составляет около 12 ч, при повторных родах — примерно 7 ч.</p> <p>Сразу после начала схваток необходимо контролировать ЧСС плода.</p> <p><b>Амниотомия производится по следующим показаниям:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) многоводие, плоский плодный пузырь, краевое предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты;</li> <li>2) необходимость непосредственного доступа к плоду для инвазивных процедур;</li> <li>3) родовозбуждение и родостимуляция.</li> </ol> <p><b>Второй период родов.</b> Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. Длительность второго периода у первородящих примерно около часа, у повторнородящих он короче в 2 раза. В этом периоде по-</p>

**106** Наружное акушерское исследование включает в себя четыре приема Леопольда.

**Расположение плода в матке.** Согласно основным методикам исследования можно без затруднений определить положение плода в матке, членорасположение его, позицию и вид плода.

**Положение плода** — это отношение продольной оси тела плода к продольной оси тела матери. Положение плода бывает продольным, поперечным и косым.

**Предлежание плода.** Это отношение крупной части плода ко входу в малый таз. Предлежащая часть — эта часть тела плода, которая располагается над входом в малый таз. Предлежать могут головка, таз плода или плечико. Если над входом в малый таз располагается тазовая часть плода, предлежание называется тазовым. Тазовое предлежание может быть чисто ягодичным, смешанным ягодичным, ножным полным и неполным.

**Позицией плода** называется отношение спинки плода к левой или правой стенке матки. Различают первую (левую) и вторую (правую) позиции плода.

**Вид плода** — отношение его спинки к передней стенке матки. Первая позиция чаще сочетается с передним видом, вторая — с задним видом.

**Аускультацию** сердца плода в последнее время все чаще заменяют КТГ. Этот метод помогает регистрировать ЧСС и вариабельность сердечного ритма (акцелерации и децелерации).

**Проведение влагалищного исследования** начинается с осмотра и пальпации области промежности и таза. При отхождении околоплодных вод могут обнаруживаться при вагинальном осмотре ягодичцы плода, или головка, или петли пуповины.

**126** являются потуги. В некоторых случаях этот период у первородящих по ряду причин может удлиняться до 2 часов и более.

**Третий период родов** заканчивается рождением последа. Продолжительность его 10—20 мин.

**Родоразрешение через естественные родовые пути**

**Рождение головки.** При потугах половая щель растягивается головкой плода. Сначала отмечается врезывание головки — головка показывается в половой щели лишь во время потуг, исчезая с их прекращением.

**Рождение плечиков.** Чаще всего плечики появляются сразу за наружным поворотом головки и рождаются самостоятельно.

**Прием родов при головном предлежании**  
**Регулирование продвижения прорезывающейся головки.** Для предотвращения разгибания головки в родах во время потуги тремя пальцами правой руки необходимо придерживать головку.

**Выведение головки.** После рождения затылка плода роженице советуют глубоко и ритмично дышать, чтобы сдержать потуги.

**Освобождение плечевого пояса.** Поворот головки лицом к бедру роженицы в правую или левую сторону происходит после ее рождения. Одновременно с этим плечики встают в прямом размере таза (внутренний поворот плечиков)

**Рождение туловища.** После освобождения плечиков ладони с обеих сторон помещают на грудку плода и направляют его туловище вверх. Происходит рождение нижней части туловища.

**96** Если точная дата последней менструации не установлена и отсутствуют данные дородового обследования, точное установление сроков беременности усложняется. Поскольку наблюдение течения доношенной, недоношенной и переношенной беременности имеет различие, то необходимо проведение УЗИ для установления или уточнения сроков беременности или в некоторых случаях амниоцентеза для определения степени зрелости легких плода.

**Заболевания в течение настоящей беременности.** Женщину расспрашивают о течении беременности, подробно выясняя все жалобы. Необходимо обратить внимание на заболевания в анамнезе женщины.

**Обследование в родах**

**Схватки.** Важно выяснить время начала схваток, частоту, силу и их продолжительность. Если родовая деятельность проходит нормально, частота схваток регулярная, они сильные, с выраженным болевым компонентом, при этом роженица не может ходить и разговаривать, часто при этом могут быть кровянистые выделения из влагалища.

Отхождение околоплодных вод происходит во время схваток или до них. Если при сборе анамнеза сообщается об одномоментном обильном отхождении жидкости из влагалища, то можно сделать вывод, что это именно околоплодные воды. Если выделения скудные, проводится влагалищное исследование и делается микроскопическая мазка для выяснения природы этих выделений. Это может быть моча, отделяемое из влагалища или же околоплодные воды. Длительный безводный период создает возможность для развития хориоамнионита.

**Кровянистые выделения из влагалища.** Небольшие кровянистые выделения наблюдаются при нормальном течении родов. При обильном выделении крови необходимо срочное обследование.

**116** разные линии подвздошных костей. Прямой размер малого таза определяется по величине диагональной конъюгаты, которая в норме составляет 12 см и более.

**Полость малого таза** спереди образована задней поверхностью лобкового симфиза, сзади — передней поверхностью крестцовых позвонков, а боковые стенки — седалищными костями. Поперечный размер полости малого таза в норме более 9 см.

**Выход из малого таза** спереди находится в области нижнего края лобковой дуги, сзади — в области верхушки копчика, по бокам — между седалищными буграми. Поперечный размер малого таза не менее 8 см при нормальных размерах. Острый подлобковый угол чаще всего свидетельствует об узком тазе. Обычно встречается сочетанное уменьшение всех размеров малого таза.

Роженицам проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи и серологическое исследование на сифилис, при принадлежности к группе высокого риска — и на HBsAg.

**Оценка состояния плода в родах** проводится с целью ранней диагностики внутриутробной гипоксии и гибели плода. Для этого ведется ряд обследований: аускультация сердца плода через некоторые промежутки времени, непрерывная КТГ (прямая или непрямая), определение кислотно-основного состава крови.

Аускультацию сердца плода в фазе первого периода родов проводят каждые 15 мин, а во втором периоде родов — каждые 5 мин (или после каждой потуги).

13а

### 13. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Семь основных движений плода в родах

Биомеханизм родов заключается в процессе адаптации положения головки плода при прохождении через различные плоскости таза. Этот процесс необходим для рождения ребенка и включает семь последовательных движений. Отечественная школа акушеров выделяет при переднем виде затылочного предлежания четыре момента механизма родов. Эти моменты соответствуют 3-, 4-, 5- и 6-му движениям плода во время родовой деятельности.

**Вставление головки** — это расположение головки при пересечении плоскости входа в малый таз. Нормальное вставление головки называется осевым, или синклитическим. Оно осуществляется при перпендикулярном положении вертикальной оси по отношению к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов при этом находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса и лобкового симфиза. При любом отклонении от расстояния вставление будет считаться асинклитическим.

**Продвижение.** Первое условие для рождения ребенка — прохождение плода по родовым путям. Если вставление головки плода уже произошло к началу родов (у первобеременных), продвижение можно наблюдать до начала второго периода родов. При повторных родах продвижение обычно сопровождается вставлением.

**Сгибание головки** происходит в норме, когда опускающаяся головка плода встречает сопротивление

14а

### 14. Обезболивание родов

**Обезболивание родов** — это процесс, который должен быть эффективным и обязательно безопасным для плода.

#### Психопрофилактическая подготовка

Основная цель психопрофилактической подготовки — научить женщину не бояться родов, слушаться указания врача во время родов и переключать внимание с болевых ощущений на что-либо другое, обучить разным способам дыхания во время схваток и в момент рождения головки плода. Это самый безопасный метод обезболивания родов.

#### Медикаментозное обезболивание

Для снятия возбуждения, уменьшения тошноты и рвоты в качестве компонентов медикаментозного обезболивания используются транквилизаторы и седативные препараты. При открытии шейки матки более 4 см в активную фазу родов и возникновении болезненных схваток рекомендуется назначение седативных препаратов в сочетании с наркотическими анальгетиками.

В зависимости от периода родов назначают различные анальгетики. Во время медленного раскрытия шейки матки эффективно использование барбитуратов короткого действия и транквилизаторов (секобарбитала, гидроксизина, пентобарбитала). Несмотря на то что гидроксидин быстро проникает через плаценту, он не оказывает угнетающего влияния на ЦНС плода на оценку новорожденного по шкале Апгар. Наркотические анальгетики в сочетании со спазмолитическими средствами применяют только в фазе быстрого раскрытия шейки матки (у первородящих после раскрытия шейки матки на 3—4 см, а у повтор-

15а

### 15. Ведение второго периода родов

**Подготовка** к принятию родов начинается с момента врезывания головки плода у первородящих, а у повторнородящих — с момента полного раскрытия шейки матки. Роженицу переводят в родовой зал, где должна быть готова аппаратура, инструменты, стерильный материал и белье для первичного туалета новорожденного.

**Положение роженицы.** Для профилактики сдавления аорты и нижней полой вены маткой беременную укладывают в гинекологическое положение с легким наклоном на левый бок. Тем самым открывается хороший доступ к промежности. Наиболее удобным при родах является положение полусидя (оно не влияет на состояние плода и снижает необходимость наложения акушерских щипцов). Для принятия родов полусидя к столу прикрепляют ногосдержатели.

Производят обработку промежности йодом. Выбирают метод обезболивания.

Наблюдение при самопроизвольных родах включает:

- 1) контроль за состоянием роженицы (пульс, АД, температура);
- 2) контроль за характером сократительной деятельности и состоянием плода (наружная и внутренняя КТГ);
- 3) ведение партограммы;
- 4) определение КОС из предлежащей части плода (по показаниям);
- 5) введение спазмолитических и обезболивающих средств;
- 6) эпидуро- и перинатомию (по показаниям);
- 7) оказание ручного пособия при рождении ребенка;

16а

### 16. Ведение третьего периода родов

Последовый период (третий период родов) начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Обычно плацента отделяется самостоятельно в течение 5—20 мин после рождения плода. Нельзя пытаться выделить послед до отделения плаценты. Последовый период характеризуется появлением последовых схваток, которые приводят к постепенному отделению плаценты от стенок матки. Отделение плаценты от стенок матки может происходить двумя способами — с центра (центральное отделение плаценты) и с периферических участков плаценты (краевое отделение плаценты).

**Признаки отделения плаценты.** Перед проверкой контактных признаков необходимо проверить бесконтактные:

- 1) удлиняется пуповинный остаток (положительный признак Альфельда);
- 2) втягивается пуповина при глубоком вдохе (признак Довженко);
- 3) дно матки принимает округлую форму, становится более плотным на ощупь и поднимается выше и вправо от пупка (признак Шредера);
- 4) появляются кровянистые выделения из половых путей;
- 5) удлиняется наружный отрезок пуповины;
- 6) при надавливании ребром ладони на брюшную стенку несколько выше лобка пуповина не втягивается во влагалище, а, наоборот, еще больше выходит наружу.

**Кровотечение в последовом периоде,** может возникать в результате нарушения отделения плаценты и выделения последа.

**146** нородящих — на 5 см). За 2—3 ч до изгнания плода необходимо прекратить введение наркотических анальгетиков во избежание его наркотической депрессии.

**Наркотические анальгетики**, как правило, вводят внутривенно и подкожно. Наиболее часто применяют нальбуфин, петидин, бутторфанол.

**Регионарная анестезия.** Существует несколько методов регионарной анестезии: эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая, парацервикальная и пудендальная.

**Эпидуральная анестезия.** Показаниями служит болезненность схваток, отсутствие эффекта от других методов обезболивания, дискоординация родовой деятельности, артериальная гипертензия в родах, роды при гестозе и фетоплацентарной недостаточности.

Противопоказания включают дерматит поясничной области, нарушения гемостаза, неврологические нарушения, гиповолемию, сепсис, кровотечение во время беременности и незадолго до родов, объемные внутричерепные процессы, сопровождающиеся повышенным внутричерепным давлением, непереносимость местных анестетиков.

Осложнениями могут быть артериальная гипотония, остановка дыхания, аллергические реакции, неврологические нарушения.

**Пудендальная анестезия.** Этот вид анестезии обеспечивает блокаду полового нерва. Применяется для обезболивания во втором периоде родов при наложении выходных акушерских щипцов и эпизиотомии.

**166** **Нарушение процесса отделения плаценты.** Оно может быть связано со слабостью родовой деятельности, с плотным прикреплением и истинным приращением плаценты.

**Нарушение выделения последа** возникает при спазме внутреннего зева, гипотонусе матки.

Если кровопотеря остается в пределах нормы, необходимо следить за состоянием роженицы и вводить утеротоники еще на протяжении 30—40 мин.

Если кровопотеря патологическая, то необходимо:

- 1) уточнить состояние женщины;
- 2) провести возмещение кровопотери:
  - а) при кровопотере 400—500 мл ввести желатиноль, солевой раствор, окситоцин внутривенно;
  - б) при кровопотере больше 500 мл возникают гемодинамические нарушения, надо переливать кровь.

Если нет признаков отделения плаценты, необходимо:

- 1) оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери;
- 2) дать внутривенный наркоз и начать или продолжить введение утеротоников, проведя перед этим наружный массаж матки;
- 3) приступить к операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

Ручное отделение плаценты и выделения последа производится при отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин после анестезии.

**Осмотр последа.** Плаценту осматривают на наличие всех ее долек, осматривают оболочки. Если присутствуют оборванные сосуды, возможно наличие добавочных долек, которые остались в полости матки. В случаях патологических изменений плаценту направляют на гистологическое исследование.

**136** со стороны шейки матки, стенок таза и тазового дна. Это считается первым моментом биомеханизма родов (согласно отечественной классификации). Подбородок приближается к грудной клетке.

При сгибании головка плода предлежит своим наименьшим размером. Он равен малому косому размеру и составляет 9,5 см.

При внутреннем повороте головки предлежащая часть опускается. Поворот завершается при достижении головкой уровня седалищных остей. Движение состоит из постепенного поворота затылка кпереди по направлению к симфизу. Это считается вторым моментом механизма родов (согласно отечественной классификации).

**Разгибание головки** начинается, когда область подзатылочной ямки (точка фиксации) подходит к лобковой дуге. Затылок при этом находится в непосредственном контакте с нижним краем лобкового симфиза (точкой опоры), вокруг которого головка разгибается.

При разгибании из половых путей последовательно рождаются теменная область, лоб, лицо и подбородок.

**Наружный поворот головки и внутренний поворот туловища.** Родившаяся головка возвращается в исходное положение. Затылок снова занимает сначала косое положение, переходя затем в поперечную позицию (левую или правую). При этом движении поворачивается туловище плода, и происходит установка плечиков в переднезаднем размере выхода таза, что составляет четвертый этап механизма родов.

**Изгнание плода.** Рождение переднего плечика под симфизом начинается после наружного поворота головки, промежность вскоре растягивает заднее плечико. После появления плечиков происходит быстрое рождение ребенка.

**156** 8) профилактика кровотечений в родах (по показаниям);

9) оценка состояния ребенка при рождении по шкале Ангар и оказание, при необходимости, ему помощи.

**Акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания**

**Выведение головки.** Акушерское пособие направлено на воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и на осторожное выведение личика и подбородка плода путем надавливания на промежность и оттеснения ее кзади и книзу. После рождения головки из носо- и ротоглотки плода отсосом удаляют слизь при помощи катетера. В случае обвития пуповины вокруг шеи пытаются сместить пуповину на затылок или туловище.

**Выведение плечиков.** Для рождения переднего плечика головку плода слегка отклоняют вниз, при выходе переднего плечика из-под лобковой дуги головку приподнимают кверху и осторожно выводят заднее плечико. При прорезывании плечиков происходит значительное растяжение мягких тканей, возможен разрыв промежности, поэтому следует уделить этому процессу особое внимание.

**Заключительный этап.** После рождения плечиков ребенка извлекают и переворачивают на живот для освобождения носоглотки от слизи, после удаления слизи на пуповину накладывают два зажима и производят ее пересечение таким образом, чтобы остаток пуповины составил 2—3 см. Осматривают пупочное кольцо для исключения пупочной грыжи и грыжи пупочного канатика. Для установления первого контакта ребенка ненадолго кладут на живот матери, а затем помещают в кувез.

17а

### 17. Роды при тазовых предлежаниях плода

Различают:

- 1) чистое ягодичное предлежание, когда ко входу в таз обращены ягодицы, а ножки согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных суставах и вытянуты вдоль туловища;
- 2) смешанное ягодичное предлежание, когда предлежат обе (или одна) ножки, согнутые в тазобедренных и коленных суставах, перекрещенные друг с другом и разогнутые в голеностопных суставах;
- 3) ножное предлежание, если ко входу в таз обращены ножки плода, причем выделяют полное ножное предлежание, если предлежат обе ножки, и неполное, если предлежит одна ножка.

Распознавание тазовых предлежаний основано на умении пальпаторно отличить головку от ягодиц. Ягодицы менее плотные, менее округлены, имеют меньший объем и не баллотируются. Диагноз тазового предлежания поставить легче, если в дне матки удается обнаружить плотную, округлой формы, подвижную головку. После излития вод и при наличии родовой деятельности начинается продвижение плода по родовым путям матери. В биомеханизме родов при тазовом предлежании различают шесть моментов.

**Первый момент.** При этом ягодицы совершают внутренний поворот при переходе из широкой части полости малого таза в узкую. В выходе таза поперечник ягодиц устанавливается в прямом размере, причем под лонную дугу подходит передняя ягодица. В соответствии с продольной осью таза наблюдается некоторое боковое сгибание туловища плода.

**Второй момент** заключается в боковом сгибании поясничной области плода. Под влиянием схваток плод

18а

### 18. Роды при разгибательных предлежаниях головки плода

Различают следующие разгибательные предлежания головки плода: переднеголовное, лобное и лицевое (ко входу в малый таз обращены соответственно теменная область, лоб или личико плода). К основным причинам разгибательных предлежаний относятся сниженный тонус матки, ее некоординированные сокращения, слабый брюшной пресс, узкий таз, пониженный тонус мускулатуры дна таза, слишком маленькие или, наоборот, большие размеры плода, боковое смещение матки.

**Переднеголовное предлежание плода** (первая степень разгибания). При этом большой родничок является проводной точкой, головка прямым размером проходит плоскости малого таза.

**Лобное предлежание** характеризуется тем, что проводной точкой является лоб. Головка проходит все плоскости таза большим косым размером, он составляет 13—13,5 см.

**Лицевое предлежание плода** — это третья степень разгибания. При этом виде предлежания проводная точка — подбородок. Головка проходит родовые пути вертикальным размером, что составляет 9,5—10 см).

**Разгибательные предлежания** включают в себя пять основных этапов механизма родов.

Первый момент — разгибание головки.

Второй момент — внутренний поворот головки с образованием заднего вида.

Третий момент — сгибание головки плода после образования точки фиксации у нижнего края лобкового симфиза.

19а

### 19. Поперечное и косое положение плода

**Причины поперечного и косого положения** плода разнообразны.

1. Чрезмерная подвижность плода — при многоводии, дряблости мышц передней брюшной стенки у многорожавших.

2. Ограниченная подвижность плода — при маловодии, многоплодии, крупном плоде, аномалиях строения матки, наличии миомы матки, повышенном тонусе матки, при угрозе прерывания беременности.

3. Наличие препятствий к вставлению головки — предлежание плаценты, наличие миомы матки в области нижнего сегмента, при узком тазе.

4. Врожденные аномалии развития плода: гидроцефалия, анэнцефалия.

**Диагностика.** Диагноз ставится на основе визуального осмотра: определяют поперечно-овальную или коосоовальную форму живота, низкое стояние дна матки.

Крупные части (головка, тазовый конец) определяются при пальпации в боковых отделах матки. При помощи аускультативного обследования выслушивается сердцебиение плода в пупочной области.

При вагинальном исследовании предлежащую часть плода определить не удается, при этом большое значение уделяется методу УЗИ. По подмышечной впадине можно определить, где находится головка плода.

**Течение беременности и родов.** Во время беременности при неправильных положениях плода наиболее частыми осложнениями могут быть преждевременное отхождение околоплодных вод ввиду отсутствия внутреннего пояса прилегания, а также и преждевременные роды. При предлежании плаценты, возможно кровотечение.

20а

### 20. Акушерский поворот

**Акушерский поворот** — операция, которая позволяет изменить неблагоприятное (поперечное, косое, тазовое) для течения родов положение плода на благоприятное (продольное).

Наружный поворот плода проводится после 35-й недели беременности с использованием наружных приемов. Это воздействие только через брюшную стенку без манипуляций во влагалище. Наружный поворот показан при поперечных и косых положениях плода, при тазовых предлежаниях. Воздействие можно проводить при наличии хорошей подвижности плода, нормальных размерах таза или его незначительном сужении (истинная конъюгата не менее 8 см), при отсутствии гипоксии плода, преждевременной отслойки плаценты, т. е. не показано быстрое окончание родов.

Наружный поворот при повторных беременностях можно проводить без общей анестезии.

При поперечном и стойком косом положении плода для поворота применяют специальные наружные приемы. Предварительно необходимо подготовить роженицу: вывести мочу, подкожно ввести 1%-ный раствор промедола (1,0 мл), уложить на жесткую кушетку на спину со слегка согнутыми ногами, притянутыми к животу. Акушер садится сбоку от беременной, кладет обе руки на живот, причем одна его рука ложится на головку, обхватывая ее сверху, а другая — на нижележащую ягодицу плода. Затем, обхватив плод одной рукой, оказывают давление на его головку по направлению ко входу в малый таз. Другая рука толкает тазовый конец вверх, ко дну матки. При тазовых предлежаниях плода в 29—34 недели проводится

**186** Четвертый момент при переднеголовном и лобном предлежании заключается в разгибании головки после фиксации затылка у вершины копчика.

Четвертый момент (при лицевом предлежании) и пятый момент (при переднеголовном и лобном предлежаниях) включают в себя внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

При разгибательных головных предлежаниях возможны и другие аномалии вставления головки: высокое прямое стояние головки, низкое (глубокое) поперечное стояние головки, асинклитизм.

Постановка диагноза переднеголового предлежания плода осуществляется при помощи данных влагалищного исследования. Роды происходят через естественные родовые пути, ведение их имеет выжидательный характер.

При лобном предлежании сердцебиение плода лучше выслушивается со стороны груди. При наружном акушерском исследовании с одной стороны предлежащей части плода прощупывают острый выступ (подбородок), с другой — угол между спинкой и затылком. Диагноз определяется при влагалищном исследовании. При этом определяют лобный шов, передний край большого родничка, надбровные дуги с глазницами, переносицу плода. Роды естественным путем возможны только при небольших размерах плода.

При лицевом предлежании пальпируются подбородок, надбровные дуги, верхняя часть глазницы. При ягодичном предлежании определяются копчик, крестец, седалищные бугры.

**206** комплекс специальных физических упражнений, целью которого является исправление положения плода. Если эффект от проводимых упражнений не наступил, возможна попытка в 35—36 недель в стационаре операции наружного поворота плода на головку. Это называется **профилактическим поворотом**. Он делается по общим правилам: ягодицы плода смещают в сторону спинки, спинку — в сторону головки, а головку направляют ко входу в малый таз. После произведенного поворота необходим систематический контроль за состоянием беременной. В последнее время проведение профилактического поворота оспаривается.

При проведении наружного поворота возможны осложнения следующего характера: гипоксия плода, преждевременная отслойка плаценты.

Наружновнутренний классический поворот выполняется врачом-гинекологом, в экстренных ситуациях может выполняться акушером. При его проведении одну руку вводят в матку, другую кладут на живот. При проведении наружно-внутреннего классического поворота плод необходимо повернуть на ножку. К показаниям проведения наружно-внутреннего классического поворота плода на ножку относятся поперечное положение плода и опасные для матери разгибательные головные предлежания (например, лобное). Как правило, операцию проводят при мертвом плоде, при наличии живого плода предпочтительнее кесарево сечение.

Для проведения наружно-внутреннего классического поворота необходимым условием является полное открытие маточного зева и полная подвижность плода.

**176** прodelывает поступательное движение. При этом происходит боковое сгибание позвоночника плода. Из половой щели в первую очередь показывается задняя ягодица, а затем и передняя. В этот момент плечики плода вступают во вход в таз в том же косом размере, в каком находился поперечник ягодиц.

**Третий момент.** Внутренний поворот плечиков и связанный с ним наружный поворот туловища завершается в выходе из малого таза и характеризуется тем, что плечики устанавливаются в прямом размере. Под лонную дугу подходит переднее плечико, а заднее расположено у копчика.

**Четвертый момент** — это боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника плода. Он заканчивается рождением плечевого пояса и ручек.

**Пятый момент** — внутренний поворот головки. В один из косых размеров входа в таз вступает головка своим малым косым размером (9,5 см) в зависимости от позиции плода и ее вида, но этот косой размер всегда бывает противоположен тому, в какой вступают плечики плода.

**Шестой момент.** Сгибание головки заключается в том, что из родовых путей постепенно прорезывается головка (рождается вначале рот, затем нос, лоб и темя плода).

**Ведение родов при тазовых предлежаниях**

Роды при тазовом предлежании стоят на грани между физиологическими и патологическими. Все беременные с тазовым предлежанием госпитализируются за 2 недели до предполагаемого срока родов. В первом периоде наблюдают за женщиной. В период изгнания с момента прорезывания ягодиц возникает опасность гипоксии плода. После прорезывания ягодиц оказывают акушерское (ручное) пособие по Цовьянову или классическим способом.

**196** Длительный безводный промежуток, длящийся 12 ч и более, способствует инфицированию плодного яйца, матки и распространению инфекции на область брюшины. Интенсивное отхождение околоплодных вод в первом периоде родов ограничивает подвижность плода, может сопровождаться выпадением пуповины или ручки плода, а также возможно вколывание в малый таз одного из плечиков. Это состояние носит название **запущенного поперечного положения плода**. Если родовая деятельность продолжается и плод не продвигается по родовым путям, сначала перерастягивается нижний сегмент, а затем происходит разрыв матки.

**Ведение беременности и родов.** При беременности до 34—35 недель положение плода (поперечное или косое) называется неустойчивым, потому что в этот период плод очень подвижен. Положение плода может измениться и перейти в продольное. В этом случае беременная подлежит тщательному обследованию для определения возможных причин аномальных положений плода. Они могут внести осложнения в дальнейшее течение беременности и родоразрешение. При поперечном положении плода беременным предлагается как можно больше лежать на боку в той же позиции, а при косом положении — на стороне нижней расположенной крупной части плода. После 35 недель беременности плод принимает более стабильное положение. Если положение осталось неправильным, для выяснения его причины и определения тактики ведения беременности и родоразрешения беременную госпитализируют.

Операция кесарева сечения является оптимальным методом родоразрешения при поперечном или косом положении плода.

<p><b>21a</b></p> <p><b>21. Роды при выпадении мелких частей плода, крупном плоде, гидроцефалии плода</b></p> <p><b>Предлежание и выпадение ножки плода.</b> Осложнение наблюдается крайне редко при головном предлежании, например при недоношенном и мацерированном плоде, а также при двойнях, если происходит резкое сгибание туловища плода при разогнутой ножке. В случае невозможности вправить ножку при жизнеспособном плоде показано кесарево сечение.</p> <p><b>Роды крупным и гигантским плодом. Роды при пороках развития и болезнях плода.</b> Плод массой от 4000 до 5000 г считается крупным, 5000 г и более — гигантским. При крупном и гигантском плоде окружность живота роженицы свыше 100 см, высота стояния дна матки более 38 см, головка плода превышает обычные размеры. Даже при нормальном течении родов при крупном и гигантском плоде очень часто возникают осложнения: первичная и вторичная слабость родовой деятельности, преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, увеличение длительности родов. При наступлении родовой деятельности может обнаружиться, что размеры таза и головки плода не соответствуют друг другу. Часто рождение плечиков затрудняется. Частыми являются травмы матери и плода в родах, в последовом периоде и гипотоническое маточное кровотечение в раннем послеродовом периоде. С целью профилактики слабой родовой деятельности во время родов показано создание эстроген-глюкозовитаминового фона. Если мероприятия, направленные на усиление родовой деятельности при развитии слабости</p>	<p><b>22a</b></p> <p><b>22. Аномалии родовой деятельности (патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности)</b></p> <p>Патологический прелиминарный период, первичная и вторичная слабость родовой деятельности, чрезмерно сильная родовая деятельность, дискоординация родовой деятельности, тетанус матки — основные виды аномалий родовой деятельности.</p> <p>Для патологического прелиминарного периода характерны спастические, болезненные и беспорядочные сокращения матки и отсутствие структурных изменений со стороны шейки матки. Длительность патологического прелиминарного периода может составлять нескольких суток. Несвоевременное излитие околоплодных вод — наиболее часто встречающееся осложнение патологического прелиминарного периода.</p> <p>Главным в терапии патологического прелиминарного периода является ускоренная подготовка шейки матки к началу родовой деятельности и устранение болезненных беспорядочных сокращений. При утомлении и повышенной раздражительности пациентке назначают успокаивающие препараты, спазмолитики, обезболивающие препараты, b-миметики (гинипрал, партусистен). При неэффективности терапевтического воздействия выполняется оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.</p> <p>Слабая родовая деятельность проявляется замедлением раскрытия шейки матки, увеличением промежутков между схватками, нарушением их ритмичности, недостаточной силой и продолжительностью сокращений матки, задержкой продвижения плода.</p>
<p><b>23a</b></p> <p><b>23. Аномалии родовой деятельности (бурная родовая деятельность, тетанус матки)</b></p> <p>Сильные и частые схватки и потуги (через 1—2 мин), которые приводят к стремительным (1—3 ч) и быстрым (до 5 ч) родам, характеризуются как чрезмерно сильная, бурная родовая деятельность. Изгнание плода происходит иногда за 1—2 потуги. Бурная родовая деятельность представляет опасность для матери и плода, вызывая у рожениц своей стремительностью глубокие разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности. При бурной родовой деятельности возможна преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты или развитие кровотечения. Для уменьшения бурной родовой деятельности роженице придают положение на бок, противоположном позиции плода, которое она сохраняет до конца родов. Для нормализации процесса родов и уменьшения слишком бурной родовой деятельности используются сернокислая магнезия внутривенно и токолитики (партусистен, гинипрал). Необходимо сокращение числа схваток до 3—5 в течение 10 мин.</p> <p><b>Тетания</b> матки встречается редко. Характеризуется постоянным тоническим напряжением матки, которая совершенно не расслабляется. Причина — одновременное возникновение нескольких водителей ритма в различных участках матки.</p> <p>Причинами данного патологического состояния могут быть значительные препятствия на пути прохождения плода, узкий таз, новообразования, неадекватное применение родостимулирующих препаратов.</p> <p>При лечении тетания матки используют наркоз, после чего родовая деятельность восстанавливается,</p>	<p><b>24a</b></p> <p><b>24. Предлежание плаценты</b></p> <p>Предлежание плаценты может быть полным и неполным в зависимости от степени закрытия внутреннего зева матки плацентарной тканью. Предлежание плаценты можно определить по наличию плацентарной ткани в просвете зева повсюду. Это полное предлежание плаценты. При определении плаценты и облочков предлежание считается частичным. Может быть низкое расположение плаценты, когда она, располагаясь в нижнем сегменте матки, не доходит до краев внутреннего зева. При полном предлежании плаценты кровотечение из половых путей обычно происходит в конце беременности, при неполном — в начале родов. Кровотечение возникает внезапно и не сопровождается болями.</p> <p>Диагностика определяется анамнестическими данными и результатами объективного осмотра. При наружном акушерском осмотре обнаруживается относительно высокое расположение предлежащей части. Часто диагностируются тазовые предлежания и поперечное положение плода. Диагностика предлежания уточняется при влагалищном исследовании, которое из-за опасности сильного кровотечения следует всегда проводить крайне осторожно и при развернутой операционной. За внутренним маточным зевом пальпаторно определяется губчатая ткань (полное предлежание) или губчатая ткань с близлежащими гладкими при пальпации плодными оболочками (неполное предлежание). Если шейка матки не раскрыта, то диагноз основывается на характерной пастозности влагалищных сводов и пульсации сосудов. В конце обследования осматривают в зеркалах шейку матки и влагалищные своды для исключения кровотечения.</p>

**226** Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности. При первичной слабости с самого начала родовая деятельность неэффективна, вялая, схватки слабые. Вторичная слабость возникает в процессе нормального течения родов. Недостаточность сократительной деятельности во время родов возможна при наличии крупного плода, при многоводии, многоплодии, миоме матки, перенесенной беременности. Причинами вторичной слабости родовой деятельности могут быть утомление роженицы в результате длительных и болезненных схваток, препятствие рождающемуся плоду, неправильное положение плода, наличие опухоли в малом тазу.

Лечение слабой родовой деятельности заключается в родостимуляции при вскрытом плодном пузыре. Родостимуляция осуществляется путем внутривенного введения капельным способом лекарств окситоцина, простагландина F<sub>2a</sub>. Если роженица утомлена и появилась слабость и недостаточность схваток ночью, а также при незначительном раскрытии или неготовности шейки к родовой деятельности, женщина должна отдохнуть несколько часов с помощью акушерского наркоза. Стимуляция родовой деятельности имеет противопоказания: несоответствие размеров таза матери и размеров плода, имеющиеся рубцы на матке различного происхождения (после гинекологических операций по удалению миоматозных узлов или после предыдущих родов, проведенных оперативно с помощью кесарева сечения), наличие симптоматики угрожающего разрыва матки, имеющиеся в анамнезе недавние септические заболевания половых органов тяжелого течения.

**246** Беременные, у которых подозревают предлежание плаценты, должны быть срочно доставлены в клинику для проведения обследования и лечения. Если кровотечение несильное, то можно во время беременности применять препараты, расслабляющие матку. Для расслабления матки в случае преждевременного начала родовой деятельности целесообразно применение бета-адреномиметиков (партусистена) и препаратов, усиливающих свертываемость крови. Беременной назначают строгий постельный режим во избежание сильного кровотечения.

Тактика ведения родов зависит от акушерской ситуации. Абдоминальное кесарево сечение проводится при неподготовленных родовых путях и сильном кровотечении. Абсолютные показания к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения: полное предлежание плаценты, частичное предлежание при возникновении обильного кровотечения. Если имеется неполное предлежание плаценты или небольшое кровотечение, то рекомендуется вскрыть плодный пузырь. При слабой родовой деятельности применяют наложение кожно-головных щипцов. При тазовом предлежании и подвижной предлежащей части не всегда можно произвести кесарево сечение. В таких случаях делается попытка как можно бережнее попытаться извести ножку плода и подвесить к ней груз до 200 г. В период выделения плаценты и ранний послеродовой период часто возникают гипотонические кровотечения.

**216** родовой деятельности, не эффективны, проводят кесарево сечение. Необходимо прекратить стимуляцию родов и перейти к данной операции при несоответствии размеров таза и головки плода. При возникновении угрозы разрыва промежности в период изгнания необходимо произвести ее рассечение. С начала врезывания головки плода для предотвращения маточного кровотечения роженице необходимо вводить окситоцин (5 ЕД) с глюкозой внутривенно или 1 мл 0,02%-ного раствора эргометрина малеата. При тазовом предлежании крупного и гигантского плода родоразрешение проводится с помощью кесарева сечения.

**Роды при гидроцефалии.** Часто гидроцефалия плода сопровождается слабостью родовой деятельности и перерастяжением нижнего маточного сегмента из-за несоответствия таза и головки плода. При осмотре роженицы пальпируется большая головка плода. Даже при наличии хорошей родовой деятельности отсутствует вставление головки в малый таз. Также при влагалищном исследовании обнаруживается истончение костей черепа, их подвижность, широкие швы и роднички. При тазовых предлежаниях признаки гидроцефалии обнаруживаются только после рождения туловища. Гидроцефалия выявляется при ультразвуковом исследовании.

При выраженных признаках гидроцефалии плода в случаях невозможности родоразрешения выпускают жидкость путем прокола черепа. Проведение этой манипуляции возможно только при головных предлежаниях.

**236** а роды заканчиваются естественным путем. При тетании матки производят кесарево сечение в случае возникновения симптомов разрыва матки, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, механического препятствия прохождению плода.

Дискоординация родовой деятельности заключается в хаотичных сокращениях различных частей матки из-за смещения зоны водителя ритма. Одновременно может возникать несколько таких зон. Некоординированно могут сокращаться левая и правая половины матки, но в основном это происходит с нижним ее отделом. Характер схваток меняется: они учащаются (6–7 за 10 мин), становятся неритмичными, длительными. В момент между схватками матка не может расслабиться полностью. Поведение роженицы беспокойное. Наблюдается затруднение мочеиспускания. Раскрытие маточного зева, несмотря на частые, сильные и болезненные схватки, происходит очень медленно или же вовсе не происходит, в результате чего плод почти не продвигается по родовым путям. Из-за нарушений сократительной деятельности матки и ее неполного расслабления нередко наблюдается возникновение осложнений: значительная гипоксия плода и его внутричерепные травмы. Нарушение сократительной деятельности матки может привести к несвоевременному отхождению околоплодных вод.

Терапия дискоординации родовой деятельности направлена на устранение чрезмерного тонуса матки. Используют успокаивающие средства, спазмолитики, обезболивающие и токолитические препараты.

**25a** **25. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — это патологическое состояние, при котором несвоевременно отделяется плацента. Отслойка плаценты происходит во время беременности или в процессе течения родов. Сопровождается обильным кровотечением с развитием соответствующих осложнений в виде геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Причины, приводящие к возникновению преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, делятся на две группы.

**Первая группа** — это факторы, непосредственно приводящие к развитию данного осложнения: длительный гестоз; заболевания, сопровождающиеся изменениями артериального давления, пороки сердца, заболевания мочевыделительной системы, щитовидной железы, коры надпочечников, сахарный диабет; несовместимость матери и плода по резус-фактору или по группе крови; заболевания крови и соединительной ткани; изменения матки воспалительного или рубцового характера.

**Вторая группа причин** — это факторы, приводящие к преждевременной отслойке плаценты на фоне уже имеющихся нарушений: перерастяжение стенок матки из-за большого количества околоплодных вод, многоплодной беременности, слишком крупного плода; несвоевременное, быстрое отхождение околоплодных вод при многоводии; травматическое повреждение плаценты (падение, удар в живот); нарушение синхронности в сократительной деятельности матки; не-

**26a** **26. Диагностика, родоразрешение при преждевременной отслойке плаценты**

Диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты основана на клинических проявлениях. К ним относятся наличие кровянистых выделений из влагалища на фоне повышенного тонуса матки, изменение формы матки, нарастающие признаки гипоксии плода. При постановке диагноза учитывают жалобы беременной, данные анамнеза, клинического течения осложнения, а также результаты объективного, инструментального и лабораторного исследования, в частности ультразвукового исследования, которое дает возможность определить объем и границы ретроплацентарной гематомы.

**Родоразрешение при преждевременной отслойке плаценты.** Экстренное проведение кесарева сечения показано в случаях прогрессирования отслойки плаценты, невозможности родоразрешения через естественные родовые пути. Вскрытие плодного пузыря противопоказано при отсутствии родовой деятельности, так как в результате снижения внутриматочного давления преждевременная отслойка плаценты может усугубиться.

Выжидательная тактика ведения родов возможна в условиях развернутой операционной родильного дома в случае незначительной отслойки плаценты, отсутствия анемии и признаков гипоксии плода, при удовлетворительном состоянии женщины. При этом проводится тщательный одновременный контроль за плодом и плацентой. При прогрессировании отслойки плаценты, сопровождающейся повторными кровянистыми выделениями, по жизненным показаниям

**27a** **27. Родовой травматизм**

В процессе родов могут возникать разрывы шейки матки, влагалища, промежности и вульвы. Это случается при бурных и стремительных родах, при крупных размерах плода и др. Поэтому в раннем послеродовом периоде обязательно производят осмотр мягких тканей родовых путей и ушивание разрывов. При разрыве мягких тканей родового канала кровотечение обычно необильное. Если роды проводились на дому, родильницу необходимо доставить в акушерский стационар, где будет проведен осмотр мягких тканей родовых путей и наложение швов на разрывы. Причинами разрывов чаще всего являются роды крупным плодом, наложение щипцов, неумелая защита промежности, стремительные роды.

Различают три степени разрывов промежности. При разрыве I-й степени нарушается целостность задней спайки, стенки влагалища в области ее нижней трети и кожи промежности. При разрыве II-й степени нарушается кожа промежности, стенки влагалища и мышцы промежности (кроме наружного сфинктера прямой кишки). При разрыве III-й степени дополнительно повреждается наружный сфинктер прямой кишки.

Различают также три степени разрывов шейки матки. I-я степень — разрыв с одной или двух сторон не более 2 см, II-я степень — разрыв более 2 см, но не достигающий свода влагалища, III-я степень — разрыв, достигающий до свода или переходящий на него.

**Разрывом матки** называют нарушение ее целостности.

Осложнение беременности, отмечается в 2—3 случаях на 10 000 родов. Различают полный и неполный разрыв матки. Полный разрыв характеризуется нару-

**28a** **28. Клиника, диагностика, лечение при родовой травматизме**

**Симптомы** угрожающего разрыва матки при гистопатическом генезе: скудные кровянистые выделения из половых органов, постоянные боли в низу живота, пояснице, слабость родовой деятельности, длительный период нерегулярных предвестников схваток (2—3 суток).

Симптоматика угрожающего разрыва матки механического происхождения: несоответствие размеров плода и таза матери. Оно проявляется в чрезмерной родовой деятельности, неполной релаксации матки между схватками. Схватки при этом резко болезненны. Нижний сегмент матки при пальпации резко болезнен, отмечается отек клетчатки в области мочевого пузыря над лобком, затруднено мочеиспускание.

Разрыв матки сопровождается тошнотой, 1—2-кратной рвотой, болями в животе без локализации либо локальными в надчревной области, в гипогастральном или боковых отделах, симптомами раздражения брюшины. При пальпации отмечается болезненность с локализацией в области разрыва. При попадании плодного яйца в брюшную полость можно пропальпировать части плода. Они находятся непосредственно под брюшной стенкой. Боли нарастают, ухудшается общее состояние. Нарушается жизнедеятельность плода. У роженицы наблюдаются жалобы на головокружение, тахикардия, понижение артериального давления, бледность кожи, потемнение в глазах, слабость, сухость во рту (признаки нарастающей анемии).

**Диагностика** разрыва матки основана на наличии характерной симптоматики разрыва матки и данных

**266** как со стороны матери, так и со стороны плода в экстренном порядке производится кесарево сечение.

Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при легкой форме преждевременной отслойки плаценты, в случае головного предлежания плода, при зрелой шейке матки, соответствии головки плода тазу матери и при условии нормальной родовой деятельности.

Вскрытие плодного пузыря производят при развившейся регулярной родовой деятельности. Вскрытие плодного пузыря приводит к снижению тонуса матки, тем самым кровотечение уменьшается. Повышение объема кровотечения, прогрессирование отслойки плаценты, гипертонус матки и увеличение гипоксии плода являются показаниями к кесареву сечению.

После рождения плода необходимо сразу приступить к ручному отделению плаценты и выделению последа, после чего производят осмотр с помощью зеркала шейки матки и стенок влагалища на наличие повреждений и их устранение.

**Профилактические мероприятия.** Всех беременных необходимо обязательно обследовать для выявления возможных факторов риска, приводящих к преждевременному отслоению нормально расположенной плаценты. Беременным проводят лечение в случае выявления факторов риска. Особое внимание следует уделить беременным с гестозом. При отсутствии эффекта от проведенной терапии беременную необходимо госпитализировать в родильный дом. Беременные подлежат обязательной госпитализации при сроке в 38 недель. Вопрос о сроках и способе родоразрешения решается в индивидуальном порядке.

**286** анамнеза (таких как рубец на матке после кесарева сечения, перфорация матки, осложнения в предыдущих родах, слабость родовых сил, кровотечение, рождение крупного или мертвого плода, влажлищные родоразрешающие операции, инфекция в родах и послеродовом периоде). В некоторых случаях у женщин имеется отягощенный гинекологический анамнез.

**Тактика по оказанию помощи.** В случае проявления симптомов, характерных для разрыва матки, необходима доставка женщины в акушерский стационар на носилках. Женщине сразу же начинают переливание любых кровезамещающих растворов в сочетании с аскорбиновой кислотой (3—4 мл 5%-ного раствора), кокарбоксилазой (100—150 мг), при артериальной гипотензии вводят преднизолон (60 мг) или гидрокортизон (150—200 мг). От введения анальгетиков следует отказаться до момента точной установки диагноза. В случаях развития тяжелого шока приемлемо введение анальгетиков, особенно в момент транспортировки. В процессе транспортировки чаще всего прибегают к масочному наркозу закисью азота с кислородом в соотношении 1 : 2. Однако не следует забывать, что наркотические анальгетики вызывают угнетение дыхательного центра и что беременные особенно чувствительны к их действию.

**Лечение разрыва матки.** При разрыве матки проводят операцию чревосечения и определяют объем последующих действий, не зависящий от состояния, в котором находится больная, наличия сопутствующей инфекции, характера повреждения и др. Операция может быть направлена на удаление плодного яйца, на зашивание разрыва, проведение ампутации или экстирпации матки. Одновременно проводят противовосковую терапию.

**256** адекватное применение утеротонических средств в родах.

При отслойке небольшого участка плаценты может образоваться ретроплацентарная гематома.

Преждевременная отслойка плаценты может быть легкой и тяжелой формы. При легкой форме преждевременной отслойки плаценты имеется небольшое кровянистое отделяемое из влагалища, тонус матки неизменен, но отмечается некоторая напряженность, состояние женщины — удовлетворительное, сердцебиение плода — в норме.

При тяжелой форме преждевременной отслойки плаценты отмечаются боли с выраженным кровотечением. В случае скопления крови между стенкой плаценты и маткой кровотечение может отсутствовать, в этом месте образуется ретроплацентарная гематома, возникает локальная болезненная припухлость с нарастанием боли и распространением на все отделы матки.

Локальная болезненность может быть невыраженной в случаях расположения плаценты на задней стенке матки, а также при истечении крови наружу. При этом отмечаются следующие признаки: частый пульс и дыхание, артериальная гипотония, влажность и бледность кожных покровов, слабость, головокружение, вздутие живота. Отмечают напряжение и болезненность матки. Матка приобретает асимметричную форму.

С началом развития отслойки плаценты нарастают признаки гипоксии плода. Гибель плода может наступить в результате нарастания ретроплацентарной гематомы до 500 мл, а также увеличения площади отслойки плаценты на одну треть.

Появляются симптомы нарушения свертываемости крови вплоть до полного отсутствия свертывания крови.

**276** шением целостности всех слоев матки. Там, где части брюшины неплотно прилегают к миометрию, возникают неполные разрывы матки. Неполный разрыв обычно отмечается в нижнем сегменте, боковых отделах. В этих случаях нарушается целостность слизистой оболочки и мышечного слоя матки, а изливающаяся под висцеральную брюшину кровь формирует обширную подбрюшинную гематому.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы матки. Насильственные разрывы матки наблюдаются при неправильных действиях акушера во время выполнения акушерских пособий и операций. Чаще встречаются самопроизвольные разрывы матки, возникающие вследствие воспалительных и дистрофических изменений в миометрии, образовавшихся после абортов, родов, кесарева сечения, удаления миоматозных узлов, удаления маточной трубы, зашивания перфорационного отверстия и др. Эти гистопатические разрывы матки, происходят во второй половине беременности, особенно после 30-й недели, или в процессе родов. Механическое препятствие для продвижения плода (несоответствие размеров предлежащей части плода и таза матери) — самая частая причина самопроизвольного разрыва матки, наблюдается в основном в конце периода раскрытия.

Перед разрывом матки обычно отмечаются симптомы угрожающего разрыва. При гистопатическом и механическом генезе разрыва матки симптомы угрожающего разрыва отличаются.

<p><b>29a</b>      <b>29. Токсикозы беременных</b></p> <p><b>Токсикоз беременных (гестоз)</b> — патологическое состояние при беременности, связанное с развитием плодного яйца, исчезающее в послеродовом периоде. Это осложнение беременности, которое является следствием недостаточности адаптационных возможностей матери, при котором ее организм не может в достаточной степени обеспечивать потребности растущего плода.</p> <p><b>Ранний токсикоз беременных.</b> Развивается в первые 20 недель беременности и носит название токсикоза первой половины беременности. Из существующего множества теорий развития раннего токсикоза в настоящее время придерживаются теории нарушения нейроэндокринной регуляции и обмена, которые развиваются вследствие перенесенных ранее заболеваний, особенностей беременности, влияния на организм неблагоприятных факторов окружающей среды. Ранний токсикоз беременности чаще всего сопровождается рвотой и слюнотечением (птиализмом).</p> <p>Появление рвоты связано с нарушением гормонального дисбаланса. При рвоте беременных может изменяться эндокринная деятельность коры надпочечников в сторону снижения выработки кортикостероидов. Рвоту беременных можно расценивать и как аллергизацию организма при попадании частичек трофобласта в материнский кровоток. Сильнее всего рвота выражена при многоплодной беременности и пузырном заносе.</p> <p>Различают три степени тяжести рвоты беременных: 1) легкая степень характеризуется рвотой до 5 раз в сутки, при этом состояние беременной не нарушается;</p>	<p><b>30a</b>      <b>30. Токсикозы беременных (продолжение)</b></p> <p><b>Гиперсаливация</b> часто присутствует при рвоте беременных, но иногда может быть в виде самостоятельной формы раннего токсикоза беременных. При выраженном слюнотечении потеря слюны за сутки может достигать 1 л и более. Обильное слюнотечение угнетающе действует на психику беременной, приводит к обезвоживанию, гипопротеинемии, нарушению сна, снижению аппетита и массы тела. Лечение гиперсаливации целесообразно проводить в условиях клиники. При этом применяется атропин и местно настоей вяжущих и антисептических трав (коры дуба, ромашки, шалфея). Выраженная гипопротеинемия является показанием к переливанию плазмы. Как вспомогательные методы используются гипноз и иглорефлексотерапия.</p> <p>Особой формой раннего гестоза является желтуха, обусловленная холестазом (холестатическим гепатом). Характеризуется преимущественным поражением печени, нередко сопровождается зудом кожи, повышением уровня холестерина и активности щелочной фосфатазы в крови при нормальной активности аланинаминотрансферазы. Эта форма гестоза часто осложняется преждевременным прерыванием беременности, кровотечением в родах, формированием пороков развития плода. При прерывании беременности желтуха исчезает, но может вновь повторяться при последующих беременностях. Лечение проводится в соответствии с общими принципами лечения гепатитов. Назначается диета, витамины, глюкоза, белковые препараты и др. Учитывая крайне серьезное значение поражения печени при беременности в первую очередь для женщины, часто ставится вопрос о преждевременном ее прерывании.</p>
<p><b>31a</b>      <b>31. Поздний токсикоз беременных</b></p> <p>Токсикозы, развившиеся после 20 недель беременности, называются поздними или токсикозами второй половины беременности. ОПГ-гестоз является синдромом полиорганной функциональной недостаточности, возникающей в результате развития беременности. Причины возникновения этой патологии до настоящего времени выяснены недостаточно. Иммунологическая теория объясняет возникновение симптомов ОПГ-гестоза реакцией организма беременной на антигены плода. Эта теория возникновения ОПГ-гестоза находит подтверждение в обнаружении субэндотелиальных отложений комплемента, иммуноглобулинов G и M в почках беременной.</p> <p>Генерализованный спазм сосудов с последующим или одновременным развитием гиповолемии имеет важное значение в развитии ОПГ-гестоза. По мнению большинства ученых, первичным является нарушение маточно-плацентарного кровообращения, после чего возникает спазм периферических сосудов, в результате этого объем сосудистого русла уменьшается, возникает гиповолемия.</p> <p>В. Н. Стеров и соавторы считают, что имеются две основных причины развития ОПГ-гестоза: диффузионно-перфузионная недостаточность маточно-плацентарного кровообращения и наличие экстрагенитальной патологии у беременной, прежде всего нарушения кровообращения в почках. В том и другом случае возникает синдром полиорганной недостаточности с различной клиникой и последствиями. Возможны смешанные формы ОПГ-гестоза, при которых поражается одновременно несколько систем.</p>	<p><b>32a</b>      <b>32. Клиническая картина ОПГ (водянка, нефропатия)</b></p> <p><b>Клиническая картина и диагностика.</b> Клинические проявления ОПГ-гестоза следующие: значительное нарастание массы тела, появление отеков, протеинурия, повышение артериального давления, судороги и кома.</p> <p><b>Водянка беременных</b> выражается в появлении выраженных стойких отеков при отсутствии протеинурии и нормальных цифрах АД. Вначале отеки могут быть скрытыми (положительный симптом кольца, проба Мак-Клюра—Олдрича), отмечается избыточная прибавка массы тела. Далее появляются видимые отеки на нижних конечностях, в области вульвы, туловища, верхних конечностей и лица. Беременность в большинстве случаев заканчивается родоразрешением в установленный срок. Иногда развивается нефропатия беременных.</p> <p><b>Нефропатия беременных</b> составляют три основных симптома: протеинурия, отеки, повышение артериального давления.</p> <p>Выделяют три степени тяжести нефропатии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) отеки нижних конечностей, АД до 150—90 мм рт. ст., протеинурия до 1 г/л — I степень;</li> <li>2) отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки, АД до 170/100 мм рт. ст., протеинурия до 3 г/л — II степень;</li> <li>3) выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица, АД выше 170/100 мм рт. ст., протеинурия более 3 г/л — III степень. Наступление преэклампсии и эклампсии возможно наступить при II и даже при I степени тяжести нефропатии.</li> </ol>

**306** Ранний токсикоз беременных может выражаться также в некоторых формах дерматоза. Наиболее часто встречается кожный зуд. Он может появляться в начале и в конце беременности, может быть локальным и ограничиваться областью вульвы или распространяться по всему телу. Возможно появление бессонницы, раздражительности. При этой форме токсикоза необходимо исключить заболевания, сопровождающиеся кожным зудом. Необходимо исключить сахарный диабет, грибковые и паразитарные поражения кожи, трихомоноз, глистную инвазию, аллергическую реакцию и др. Лечение сводится к назначению средств, регулирующих функции нервной системы, десенсибилизирующих средств, УФ-облучения.

Изредка дерматозы проявляются в виде экземы, герпеса, импетиго герпетиформного. Эти дерматозы лечатся так же, как при отсутствии беременности.

Тетания является одной из редко встречающихся форм токсикоза беременности. Ее причиной является нарушение кальциевого обмена у беременных. Проявлением этой формы токсикоза является возникновение судорог мышц верхних и нижних конечностей, лица. Необходимо также учитывать при этом возможность проявления в связи с беременностью гипопаратиреоза. Для лечения этой формы токсикоза используют препараты кальция. Еще более редкой формой раннего токсикоза беременных является бронхиальная астма. Ее следует дифференцировать с обострением ранее имевшейся бронхиальной астмы. Лечение включает назначение препаратов кальция, седативных средств, комплекса витаминов, общего УФО.

Беременные, перенесшие ранний токсикоз, нуждаются в тщательном амбулаторном контроле, так как нередко у них впоследствии возникает поздний токсикоз.

**326** При назначении лечения нефропатии беременных необходимо учитывать также степень нарушения состояния сердечно-сосудистой, мочевыводящей систем, почек, функции печени. Степень тяжести нефропатии характеризуют повышение диастолического и уменьшение пульсового давления, а также асимметрия АД. Дальнейшее развитие гестоза приводит к усилению гемодинамических нарушений. Чтобы точно определить степень протеинурии, проводят определение суточной экскреции белка с мочой. Она увеличивается по мере прогрессирования гестоза и при тяжелой нефропатии превышает 3 г. О нарушении концентрационной функции почек можно предположить по устойчивой гипоизостенурии (удельный вес мочи — 1010—1015) при исследовании по Зимницкому. При утяжелении гестоза диурез уменьшается, азотовыделительная функция почек снижается (содержание мочевины в крови достигает 7,5 ммоль/л и более).

Одновременно происходит снижение количества белка в плазме крови (до 60 г/л и менее). Развитие гипопропротеинемии связано с несколькими причинами, одной из них является нарушение белково-образовательной и анитоксической функций печени и снижение коллоидно-онкотического давления плазмы крови. Повышение проницаемости сосудистой стенки и вследствие этого появление белка во внеклеточном пространстве тоже могут быть причинами гипопропротеинемии. О степени тяжести гестоза свидетельствует его раннее наступление и длительное течение, а также выраженная тромбоцитопения и гипотрофия плода. При тяжелом течении нефропатии имеется большая вероятность преждевременной отслойки плаценты, преждевременных родов, внутриутробной смерти плода. Нефропатия может закончиться преэклампсией и эклампсией.

**296** 2) средняя степень тяжести сопровождается рвотой до 10—12 раз в сутки, симптомами интоксикации, слабостью, снижением массы тела и понижением диуреза;

3) тяжелая степень (неукротимая, или чрезмерная, рвота) характеризуется многократной рвотой (до 20 раз и более в сутки), приводящей к быстрому снижению массы тела, истощению, метаболическим сдвигам и нарушению функции жизненно важных органов. Для тяжелой рвоты характерны резкая слабость, возбуждение или апатия, субфебрилитет, тахикардия, понижение А/Д, появление в моче ацетона, белка и цилиндров. Нередко при тяжелой рвоте возникает желтуха, в редких случаях развивается токсическая дистрофия печени.

Лечение рвоты беременных I степени тяжести проводят амбулаторно с контролем динамики прибавки массы тела беременной и регулярными исследованиями мочи на ацетон. Назначается диета с частым, дробным питанием, полоскание рта вяжущими средствами, рекомендуются частые прогулки на свежем воздухе, назначается иглорефлексотерапия.

Лечение рвоты беременных II и III степени тяжести проводят в условиях стационара. Назначают комплексное лечение, целью которой является нормализация функций центральной нервной системы, восстановление потери питательных веществ и жидкости, коррекция электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия. Прерывание беременности производят в случае безуспешности лечения, при стойкой субфебрильной температуре тела, выраженной тахикардии, прогрессирующем снижении массы тела, протеинурии, цилиндрурии, ацетонурии, желтухе.

**316** При всех причинах развития ОПГ-гестоза происходит нарушение функций плаценты. Маточно-плацентарная перфузия резко уменьшается. Это обусловлено главным образом уменьшением показателей пульсового АД и ухудшением венозного оттока. При легком течении ОПГ-гестоза нарушение перфузии устраняется усиленной сердечной деятельностью беременной и повышением АД. При нарастании симптоматики ОПГ-гестоза развиваются гипоксия и ацидоз в организме матери. Они приводят к продолжению уменьшения маточно-плацентарной перфузии, что может иметь такие последствия, как гипоксия, гипотрофия и смерть плода. Ожирение, многоплодие, многоводие, стресс, физическое напряжение являются дополнительными факторами, способствующими усилению нарушения маточно-плацентарной перфузии.

Сосудистые нарушения, являющиеся следствием развития ОПГ-гестоза, нарушают диффузионную способность плаценты. Усилению процесса способствует также активизация перекисного окисления липидов. Продукты неполного распада жиров вызывают повреждение клеточных мембран, что приводит к резкому ухудшению газообмена, нарушению барьерной, фильтрационно-очистительной, эндокринной, иммунной и метаболической функций плаценты, в которой начинают образовываться участки тромбоза, ишемии, геморрагий и отеков. В результате этих изменений в плаценте не в полной мере обеспечиваются потребности плода, и задерживается его развитие. В плаценте снижается синтез эстрогенов и прогестерона, способствующих нормальному развитию беременности.

33a

### 33. Клиническая картина ОПГ (преэклампсия, эклампсия)

**Преэклампсия.** Для нее характерны признаки, связанные с нарушением функции ЦНС по типу гипертензивной энцефалопатии (нарушение мозгового кровообращения, повышение внутричерепного давления и отек мозга). Отмечается возбуждение больных, реже сонливость. На фоне повышенного АД у женщины возникают головная боль, головокружения, нарушение зрения (мелькание мушек перед глазами). У части беременных появляются боли в эпигастральной области, тошнота, рвота. В это время возможны кровоизлияния в мозг и другие жизненно важные органы. Иногда возникают преждевременные роды, преждевременная отслойка плаценты, смерть плода. По мере нарастания клинических проявлений гестоза нарушается мозговое кровообращение. В результате появляется судорожная готовность, наступает эклампсия — судороги и потеря сознания.

**Эклампсия** наступает чаще всего на фоне преэклампсии или нефропатии. Характеризуется судорогами и потерей сознания. Судорожный приступ при эклампсии может иметь внезапное начало, но в большинстве случаев ему предшествуют симптомы преэклампсии. Он развивается в определенной последовательности.

Первый этап длится 20—30 с. В это время отмечают мелкие фибриллярные сокращения мышц лица, переходящие затем на верхние конечности.

Второй этап продолжается 15—25 с. Он характеризуется появлением тонических судорог всех скелетных мышц, при этом возникают нарушение или полная

34a

### 34. Лечение гестоза

**Терапия гестоза** зависит от степени его тяжести. Лечение водянки беременных основано на соблюдении диеты. Ограничивают употребление жидкости до 700—800 мл и соли до 3—5 г в сутки. Применяются диеты в виде разгрузочных яблочных или творожных дней не чаще раза в неделю. При нефропатии беременных дополнительно назначаются седативные препараты (настойка пустырника, реланиум (2,0 мл внутримышечно), фенobarбитал, десенсибилизирующие средства. Гипотензивные препараты применяются с учетом индивидуальной чувствительности и под регулярным контролем АД. С целью нормализации проницаемости сосудистой стенки назначают аскорутин — аскорбиновую кислоту.

Хороший эффект оказывают рефлексотерапия, электроотранквилизация.

Проводится коррекция гиповолемии при помощи инфузионной терапии. Для восстановления водно-солевого обмена используют диуретики в виде трав (отвар листьев толокнянки), верошпирон, лазикс. Для нормализации метаболизма применяют метионин, фолиевую кислоту, аспаркам. С профилактической и лечебной целью при возникновении внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода назначают ноотропные препараты — пирацетам. Для улучшения реологических и коагуляционных свойств крови назначают дезагреганты: курантил, а также реополиглюкин.

Терапия преэклампсии и эклампсии требует особого подхода.

Основные принципы разработаны В. В. Строгановым.

35a

### 35. Преждевременное прерывание беременности

**Аборт** (*abortus* — «выкидыш») — прерывание беременности в течение первых 28 недель. Прерывание беременности после 28 недель (до 38 недель) принято называть преждевременными родами (*partus praematurus*).

**Самопроизвольный аборт.** Является наиболее частой акушерской патологией, наступает чаще на 3-ем месяце примерно у 2—8% беременных. Причины самопроизвольного прерывания беременности достаточно сложны и неоднозначны. Нарушение функции яичников, ведущее к невынашиванию беременности, может возникнуть в связи с искусственными абортми, воспалительными заболеваниями женских половых органов, нарушениями функции желез внутренней секреции. К невынашиванию беременности приводят осложнения, возникающие в связи с искусственными абортми: травма базального слоя эндометрия, истмуса и шейки матки. Одной из причин является истмико-цервикальная недостаточность органического характера, пороки развития матки, новообразования половых органов при соответствующей величине и локализации, а также сопутствующих нейроэндокринных и других нарушениях.

**Клиника и течение.** При аборте плодное яйцо постепенно отслаивается от стенок матки, что сопровождается повреждением сосудов децидуальной оболочки. При этом возникает кровотечение. Под влиянием сократительной деятельности миометрия отслоившееся плодное яйцо изгоняется из полости матки реже целиком, чаще частями. Сокращения матки, способствующие изгнанию плодного яйца, ощу-

36a

### 36. Кровотечение в раннем послеродовом периоде

Кровотечение из родовых путей, которое возникает в первые 4 ч после родоразрешения, называется кровотечением в раннем послеродовом периоде.

Кровотечения после родов могут быть вызваны различными причинами:

- 1) задержкой части плаценты в полости матки;
- 2) гипотонией или атонией матки;
- 3) разрывом мягких тканей родового канала;
- 4) нарушением функций системы свертывания крови (гипо- и афибриногемией).

**Гипотония матки** — это патологическое состояние, характеризующееся резким снижением тонуса и сократимости матки.

**Атония матки** — это грозное осложнение, которое может сопровождать родовую деятельность. При этом лекарственные средства и проводимые мероприятия не оказывают на матку никакого воздействия. Состояние нервно-мышечного аппарата миометрия расценивается как паралич. Атония матки возникает очень редко, но вызывает обильное кровотечение.

**Причины** гипотонического и атонического кровотечения разнообразны:

- 1) нарушение нейрогуморальной регуляции сократительной функции маточной мускулатуры в результате истощения сил организма роженицы и особенно ее нервной системы при длительных и осложненных родах;
- 2) тяжелые формы гестоза, гипертоническая болезнь;
- 3) анатомическая особенность матки: инфантилизм и пороки развития матки, опухоли матки, рубцы на матке после операций, обширные воспалительные и дегенеративные изменения после перенесенных

**346** 1. Создание лечебно-охранительного режима, включающего покой, режим сна и отдыха.

2. Проведение мероприятий, направленных на нормализацию функций важнейших органов.

3. Применение медикаментозных средств для устранения основных проявлений эклампсии.

4. Быстрое и бережное родоразрешение.

Экламптический статус, эклампсия в сочетании с большой кровопотерей, развитие симптомов сердечно-легочной недостаточности, экламптическая кома расцениваются как абсолютные показания для искусственной вентиляции легких. В этих случаях необходимо назначение глюкокортикоидов: гидрокортизона гемисукцината (500—800 мг в сутки) или преднизолон-гемисукцината (90—150 мг в сутки) с постепенным уменьшением дозы. Искусственная вентиляция легких осуществляется в режиме гипервентиляции до тех пор, пока без проведения противосудорожной терапии судорожная готовность отсутствует в течение 2—3 суток, больная контактна, стабилизируется артериальное давление, отсутствуют осложнения со стороны дыхательной системы. Для предотвращения возникновения и развития острой почечной и почечно-печеночной недостаточности, воспалительно-септических заболеваний производят обязательное восполнение кровопотери в период родов (при кесаревом сечении — в раннем послеродовом периоде). Кроме того, целесообразно проведение активной антибактериальной терапии. При почечно-печеночной недостаточности проводят экстракорпоральные методы детоксикации (гемодиализ, гемосорбцию, плазмаферез), гемоультрафильтрацию. Родоразрешение в срок и применение комплексного терапевтического воздействия позволяют снизить случаи летальности при эклампсии.

**366** в прошлом воспалительных заболеваний или абортов;

4) длительное перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде;

5) быстрое опорожнение матки при оперативном родоразрешении, особенно после наложения акушерских щипцов;

6) предлежание и низкое прикрепление плаценты, особенно при наличии обширной плацентарной площадки;

7) спаечные процессы в брюшной полости.

Причиной гипо- и атонического кровотечения может быть сочетание нескольких причин.

**Клиника.** Ведущим симптомом при гипотоническом кровотечении является массивное кровотечение из матки в послеродовом периоде. Кроме этого, развивается симптоматика, обусловленная нарушением гемодинамики и острым малокровием. Возникает клиническая картина геморрагического шока.

**Диагностика.** Диагноз гипотонии ставится при имеющемся маточном кровотечении и данных ее объективного осмотра. При гипотонии матки патологическое кровотечение бывает непостоянным. Кровь выделяется порциями, чаще в виде сгустков. Матка дряблая, редко сокращается, сокращения имеют редкий и непродолжительный характер. Матка увеличена в размере из-за скопившихся в ней кровяных сгустков, в ряде случаев она плохо определяется через переднюю брюшную стенку. При проведении наружного массажа она сокращается, а затем вновь происходит ее расслабление, и кровотечение продолжается.

При атонии матки полностью теряет свой тонус и сократительную способность, не отвечает на механические и фармакологические раздражители. Кровь вытекает широкой струей или выделяется большими сгустками.

**336** остановка дыхания, цианоз лица, расширение зрачков, потеря сознания.

При наступлении третьего этапа, длящегося 1—1,5 мин, тонические судороги переходят в клонические судороги мускулатуры туловища, затем верхних и нижних конечностей. Дыхание становится нерегулярным, хриплым, выделяется пена изо рта, окрашенная кровью из-за прикусывания языка.

Четвертый этап характеризуется тем, что после прекращения судорог больная впадает в состояние комы (сохраняется обычно не более 1 ч, иногда несколько часов и даже суток). Сознание возвращается постепенно, отмечается амнезия, больную беспокоит головная боль, разбитость. Иногда коматозное состояние сохраняется до нового припадка. Судорожный припадок может быть единичным, или наблюдается серия припадков до нескольких десятков, повторяющихся через короткие интервалы времени (экламптический статус). Чем больше было припадков, чем чаще они были, чем длительнее период коматозного состояния больной, тем тяжелее эклампсия и хуже прогноз. Возможна внезапная потеря сознания, не сопровождающаяся судорогами. К осложнениям эклампсии можно отнести развитие сердечной недостаточности, отека легких, острой дыхательной недостаточности, аспирационной пневмонии. Также возникает поражение головного мозга в виде отека, ишемии, тромбозов, кровоизлияний. Возможно развитие отслойки сетчатки, острой формы диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, печеночно-почечной недостаточности. При эклампсии не исключена преждевременная отслойка плаценты, прерывание беременности. Во время остановки дыхания может наступить гибель плода вследствие гипоксии.

**356** щаются как схваткообразные боли. Различают следующие стадии течения аборта: угрожающий аборт, начавшийся аборт, аборт в ходу, неполный аборт, полный аборт, задержавшийся (несостоявшийся) аборт.

Небольшие тянущие боли, ощущение тяжести в низу живота при отсутствии кровянистых выделений указывают на угрозу прерывания беременности.

Аборт в ходу характеризуется тем, что схватки усиливаются и становятся болезненными, усиливается кровотечение. Шейка матки укорачивается, цервикальный канал раскрывается, плодное яйцо, отслоившееся от стенок матки, выталкивается из нее. Кровотечение становится сильным и нередко достигает угрожающей степени. Сохранение беременности невозможно, плодное яйцо удаляется в неотложном порядке.

Неполный аборт характеризуется тем, что из матки изгоняется не все плодное яйцо, а лишь отходит плодик и часть оболочек. Оставшиеся части плодного яйца мешают хорошему сокращению матки. Канал шейки матки несколько приоткрыт, размер матки меньше срока беременности. Кровотечение продолжается и может быть очень сильным.

Полный аборт в ранние сроки беременности встречается значительно реже, чем в более поздние сроки. При полном аборте в матке не остается никаких элементов плодного яйца, она сокращается, канал шейки закрывается и кровотечение останавливается.

**37a 37. Лечение при кровотечениях**

При подозрении и обнаружении дефекта плаценты делается ручное обследование матки, удаляются остатки плацентарной ткани. Одновременно вводят миотоники. При гипотоническом кровотечении без промедления проводится комплекс лечебных мероприятий, направленных на остановку кровотечения и восполнение кровопотери. При неэффективности консервативного лечения необходимо немедленно приступить к оперативному лечению. Это могут быть операции чревосечения и экстирпация матки. Все действия по остановке кровотечения направлены на усиление сократительной способности матки и проводятся в определенном порядке:

- 1) опорожнение мочевого пузыря при помощи катетеризации;
- 2) введение сокращающих матку средств (1 мл окситоцина внутривенно медленно);
- 3) наружный массаж матки: ладонью правой руки через переднюю брюшную стенку охватывают дно матки и производят легкие круговые массирующие движения. При этом матка становится плотной. Бережным надавливанием на дно матки удаляют из ее полости сгустки крови, препятствующие сокращению. Массаж продолжают до полного сокращения матки и прекращения кровотечения. Если после проведенного массажа сокращения матки не происходит или происходит неполностью, а затем матка опять расслабляется, то переходят к дальнейшим мероприятиям;
- 4) пузырь со льдом на низ живота;
- 5) если кровотечение не прекратилось, производится ручное обследование матки, проводится массаж ее на кулаке. Наружные половые органы и руки врача обрабатываются дезрастворами и под общим обезбо-

**38a 38. Инфузионно-трансфузионная терапия острой массивной кровопотери в акушерстве и гинекологии**

Острая кровопотеря 30% и более ОЦК в течение 1—2 ч считается массивной и требует интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, так как защитные компенсаторные механизмы организма оказываются несостоятельными. В первую очередь кислородом обеспечиваются сердце, легкие, головной мозг, печень, почки. Деятельность секреторных желез желудочно-кишечного тракта подавляется, откуда возникают ряд симптомов: сухость во рту, практическая остановка перистальтики кишечника, уменьшение мочеотделения, спадение сосудов кожи и мускулатуры (периферическая вазоконстрикция). Наряду с перечисленными компенсаторными реакциями происходит увеличение поступления кислорода в ткани и повышение его использования.

В кровяное русло перемещается лимфа, межтканевая жидкость, происходит разведение крови — гемодилуция. Уровень гемоглобина в течение нескольких часов может оставаться близким к исходному, несмотря на обильное кровотечение и выраженную бледность кожных покровов. В кровяное русло поступают эритроциты. Происходит аутотрансфузия компонентов крови и максимальная цент-рализация кровообращения. Для синдрома ДВС характерны две фазы: гиперкоагуляция и гипокоагуляция. Патогенетически они обусловлены самоограничением тромбообразования, так как выпавший в тромбе фибрин подвергается ферментативному распаду, а продукты распада (деградации) фибрина (ПДФ), в свою очередь, сами

**39a 39. Гипокоагуляционная фаза синдрома ДВС**

Низкое шоковое артериальное давление, как правило, успешно купируется введением относительно больших доз растворов коллоидов (до 500 мл). Если своевременно этого не сделать, то в крови окажется много тканевого тромбoplastина, рыхлые тромбоцитарные сгустки превратятся в сгустки фибрина, которые, подвергаясь ферментативному распаду, приведут к выбросу в кровь большой массы ПДФ, обладающих тромболитической активностью. При таком порочном круге разворачивается гипокоагуляционная стадия синдрома ДВС. При этом на бледной коже появляются характерные скопления венозной крови, имеющие вид трупных пятен. Верхняя граница артериального давления стойко снижена, тоны сердца становятся глухими, на ЭКГ возможно снижение высоты зубца Т. При аускультации легких определяется в некоторых отделах бронхиальный оттенок дыхания. На рентгенограмме видны облаковидные симметричные тени — интерстициальный отек, обусловленный стазом эритроцитов. Часто отмечается незначительное увеличение печени. Это состояние можно скорректировать, перелив немедленно и быстро (за 30 мин) не менее 1 л свежзамороженной плазмы. Целью этой трансфузии является быстрое и качественное пополнение израсходованных плазменных факторов свертывания, восстановление текучести крови. Учитывая возможность негативных последствий переливания большого количества свежзамороженной плазмы, в настоящее время уже на ранних стадиях кровопотери более активно следует использовать вместо нее комплекс из коллоидного раствора (желательно

**40a 40. Современные технологии оказания неотложной инфузионно-трансфузионной помощи при острой массивной кровопотере**

Схема проведения инфузионно-трансфузионной интенсивной терапии при острой массивной кровопотере:

- 1) обеспечить адекватную подачу кислорода;
- 2) оценить важнейшие жизненные показатели (пульс, показатели АД, частоту дыхательных движений в минуту, адекватность большой) и по совокупности этих показателей определить тяжесть и приблизительный объем кровопотери. Выделяют четыре степени тяжести острой массивной кровопотери:
  - а) I-я степень тяжести: объем кровопотери < 750 мл; объем кровопотери < 15% ОЦК (< 15% ОЦК); пульс < < 100; АД (мм рт. ст.) — норма; пульсовое давление (мм рт. ст.) — норма; частота дыхания — 14—20; почасовой диурез > 30 мл/ч; состояние ЦНС — легкое возбуждение;
  - б) II-я степень тяжести: объем кровопотери — 750—1500 мл; объем кровопотери — 15—30% ОЦК; пульс > > 100; АД (мм рт. ст.) — норма; пульсовое давление (мм рт. ст.) снижено; частота дыхания — 20—30; почасовой диурез — 20—30 мл/ч; состояние ЦНС — возбуждение;
  - в) III-я степень тяжести: объем кровопотери — 2500—2000 мл; объем кровопотери — 30—40% ОЦК; пульс > > 120; АД (мм рт. ст.) снижено; пульсовое давление (мм рт. ст.) снижено; частота дыхания — 30—40; почасовой диурез — 5—15 мл/ч; состояние ЦНС — заторможенность;

**386** обладают фибринолитическими свойствами. В связи с этим при массивном тромбообразовании в фазе гиперкоагуляции синдрома ДВС, если не приняты меры к устранению причины массивного тромбообразования или процесс не купирован введением гепарина, вскоре в крови окажется большое количество ПДФ, которые активно растворяют диссеминированные тромбы. В противостоянии факторов свертывания и фибринолиза чаще преобладает фибринолиз из-за истощения факторов свертывания вследствие того, что они с большой скоростью используются в появившихся тромбах.

**Гиперкоагуляционный синдром** является состоянием повышенной готовности системы свертывания крови к тромбообразованию, возникающему в результате активации тромбоцитов вследствие интоксикаций, инфекций, повреждения сосудистой стенки, гипертромбоцитоза, повышения вязкости крови. Латентно протекающий гиперкоагуляционный синдром клинически ничем себя не проявляет, но может наблюдаться быстрая тромбируемость катетера или иглы, находящейся в вене. Тяжесть проявления гиперкоагуляционного синдрома не всегда зависит от объема острой кровопотери. Иногда даже небольшая по объему острая кровопотеря (10—15% ОЦК) у женщин с повышенной свертываемостью крови может привести к развитию диссеминированного тромбообразования с быстрым переходом в гипокоагуляционную фазу синдрома ДВС. При острой массивной кровопотере, связанной с повреждением сосудов, происходит резкая активация первичного тромбоцитарного звена гемостаза, изменения в плазменном гемостазе и в системе фибринолиза. Нарушение равновесия в этих системах приводит к развитию синдрома ДВС.

**406 г)** IV-я степень тяжести: объем кровопотери > 2000 мл; объем кровопотери > 40% ОЦК; пульс > 140; АД (мм рт. ст.) снижено; пульсовое давление (мм рт. ст.) снижено; частота дыхания > 40; почасовой диурез (мл/ч) отсутствует; состояние ЦНС — прекома;

3) исследовать кровь на групповую принадлежность по эритроцитарным антигенам. Взять кровь на общий клинический анализ (Hb, Ht, эритроциты, тромбоциты), на биохимическое исследование (креатинин, электролиты, общий белок), на коагулограмму (время свертывания, протромбин, АЧТВ, фибриноген, время свертывания);

4) далее проводить терапию в соответствии со схемой 1 или, если в стационаре имеется раствор «Инфукол ГЭК» 6- или 10%-ный, со схемой 2.

**Последовательность действий.** По показаниям произвести катетеризацию любой доступной вены и начать вливание раствора кристаллоидов и коллоидов исходя из количества измеренной или предполагаемой потери крови. Скорость переливания растворов 100 мл/мин до стабилизации АД на среднем уровне. Подсчитать сумму верхнего и нижнего чисел и разделить на 3. Результат не должен быть ниже 60. Катетеризировать мочевого пузыря. При кровопотере 1500 мл (30% ОЦК) и более целесообразно переливание до 1500 мл свежемороженой плазмы в обязательном порядке. При продолжающемся кровотечении, общем объеме кровопотери более 2 л, нестабильности показателей гемодинамики, нарастающей бледности конъюнктив и появлении загруженности приступать к переливанию эритроцитов. Если нет эритроцитов одной группы, можно использовать эритроциты 0 (I) Rh отр.

**376** ливанием полость матки, ее стенки обследуют рукой с целью исключения наличия травмы и задержавшихся остатков плаценты. Удаляют имеющиеся сгустки крови, препятствующие сокращению матки. Если после этого сокращение матки недостаточное, то проводят массаж ее на кулаке. Кулак располагается в области дна матки, другой рукой через переднюю брюшную стенку производят легкий массаж матки, при повышении тонуса матка плотно охватывает кулак, кровотечение прекращается. Руку из матки аккуратно извлекают. Грубые манипуляции с применением силы могут привести к множественным кровоизлияниям в миометрий. Одновременно с проведением массажа матки на кулаке вводят средства, сокращающие матку (окситоцин, простагландины);

б) для усиления эффекта остановки кровотечения можно наложить поперечный кетгутый шов на заднюю губу шейки матки по В. А. Лосицкой;

7) введение в задний свод влагалища тампона, смоченного эфиром.

Отсутствие эффекта от всех проведенных мероприятий свидетельствует в пользу наличия атонического кровотечения, что требует экстренного оперативного вмешательства. С целью сохранения матки, если обстоятельства позволяют, после вскрытия брюшной полости накладывают кетгутые лигатуры на маточные и яичниковые артерии с обеих сторон, выжидают некоторое время. В ряде случаев это приводит к сокращению матки (гипоксия миометрия приводит к рефлекторному сокращению), кровотечение останавливается, матка сохраняется. Если этого не происходит, особенно, если имеются признаки коагулопатии, то кровотечение остановить не удастся. В такой ситуации единственным методом спасения жизни родильницы является ампутиация или экстирпация матки.

**396** раствора гидроэтилкрахмала) и кристаллоидов в соотношении 1 : 2 по объему соответственно.

Их введение в адекватном количестве быстро и надежно восстанавливает гемодинамические показатели и прежде всего среднее артериальное давление. Одновременно улучшаются реологические свойства крови, что обеспечивает более активную микроциркуляцию в пораженных тканях и органах и восстановление повышенной проницаемости стенок кровеносных сосудов. При необходимости вместе с коллоидными растворами можно применять препараты, содержащие факторы свертывания крови, а также свежемороженную плазму.

В период гипокоагуляционной фазы синдрома ДВС кровоточивость имеет системный характер в результате дефицита в системе гемостаза плазменных факторов и тромбоцитов. Из полости матки продолжается кровотечение из-за того, что в ней имеется раневая поверхность после удаления плаценты. После проведенной экстирпации матки кровоточат швы, наложенные и в брюшной полости, и на коже. Ошибочно в таких обстоятельствах переливать цельную кровь и эритроцитную массу. При синдроме ДВС капилляры легочных альвеол резко расширены, заполнены скоплениями эритроцитов, что приводит к нарушению диффузии кислорода в легких. Оксигенация крови резко снижена, а переливание эритроцитной массы приводит к еще большему скоплению эритроцитов в легочных капиллярах и не к улучшению оксигенации, а к ее дальнейшему ухудшению. У родильницы в это время отмечается резкая бледность не из-за потери эритроцитов, а из-за централизации кровообращения — спазма и запустевания сосудов кожи, слизистых, мышц.

#### 41a 41. Внематочная беременность

**Внематочная беременность** — это ситуация, при которой оплодотворенная яйцеклетка прививается и развивается вне маточной полости. Это в большинстве случаев происходит в маточных трубах, иногда в яичниках или в брюшной полости. Причины внематочной беременности: хронические воспаления придатков матки, аномалии развития маточных труб, спаечный процесс в области малого таза, обусловленный эндометриозом, аппендицитом, инфекционными процессами после родов или прерыванием беременности, хирургическими вмешательствами маточных труб, использованием ВМК, приемом минипилей и инъекциями медоксипрогестерона, эндокринными нарушениями.

**Трубная беременность.** При трубной беременности плодное яйцо имплантируется в слизистую маточной трубы. При этом в матке происходят изменения, характерные для нормальной беременности на ранних сроках. Шейка, перешеек, тело матки увеличиваются, но в незначительной степени. Хорион разрастается и встраивается в стенку маточной трубы. Это является причиной кровотечения. Кровь попадает в саму полость маточной трубы, или происходит расслаивание ее стенки. Изменения в эндометрии децидуального характера менее выражены, чем при нормальной беременности.

В маточной трубе отсутствуют благоприятные условия для развития зародыша, поэтому беременность прерывается. Это случается на 6—12-й неделе. Прерывание беременности происходит по типу разрыва маточной трубы либо изгнания плодного яйца в брюшную полость (трубный аборт).

#### 42a 42. Диагностика внематочной беременности

Диагностика ненарушенной внематочной беременности достаточно трудна. При подозрении на внематочную беременность женщину обязательно госпитализируют в стационар для наблюдения, где в случае необходимости ей будет оказана оперативная помощь. Пальпировать ненарушенную внематочную беременность удается после 2—3-месячного срока. При этом сбоку от несколько увеличенной и мягковатой матки определяются продолговатая опухоль и пульсация со стороны бокового свода влагалища. Так как чаще всего внематочная беременность прерывается на 4—6-й неделе, то практически диагноз устанавливается после появления симптомов, связанных с ее прерыванием.

**Диагностика прервавшейся трубной беременности.** При прервавшейся трубной беременности нередко наблюдается картина геморрагического шока. Пальпаторно отмечается болезненность и напряжение мышц брюшной стенки. Боль в животе не всегда бывает выраженной даже в случае развившегося гемиперитонеума. Симптомы раздражения брюшины положительные. При влагалищном исследовании определяется нависание заднего влагалищного свода из-за наличия скапливающейся крови в прямокишечно-маточном углублении. При пункции заднего свода (кульдоцентезе) получают кровь.

**Исследования при внематочной беременности.** Лабораторные исследования при внематочной беременности разнообразны. Одним из самых распространенных исследований является определение содержания ХГ в крови и в моче. Положительный ре-

#### 43a 43. Воспалительные заболевания женских половых органов (бактериальный вагиноз, хламидийная инфекция)

Факторами, способствующими распространению инфекции, являются внутриматочные вмешательства: аборт, диагностическое выскабливание, гистеросальпингография, зондирование полости матки, постановка и удаление внутриматочного контрацептива.

**Бактериальный вагиноз.** Это заболевание обусловлено нарушением биоценоза нормальной микрофлоры влагалища. Основная жалоба женщины сводится к увеличению выделения белей, иногда может быть зуд (или жжение) в области половых органов. При осмотре в зеркалах гиперемии, отека влагалища нет. Наличие бактериального вагиноза доказывает положительный аминотест. Выделения ничем не пахнут.

**Лечение.** Так как в биоценозе влагалища преобладает анаэробная флора, то применяют трихопол. Поскольку pH влагалища при этом имеет щелочную реакцию, то производят 1—2 спринцевания растворами борной, лимонной кислоты, перманганата калия. Хороший положительный эффект оказывает клиндомицин. Обязательным условием лечения всех кольпитов является восстановление нормальной микрофлоры влагалища.

**Хламидийная инфекция.** Хламидии — это грамотрицательные палочки. В настоящее время она является инфекцией № 1. Хламидийная инфекция способствует массивному образованию спаек в брюшной полости и, самое главное, в ампулярном отделе маточных труб. Основной жалобой у женщин будет являться бесплодие, нередко первичное бесплодие. Эта

#### 44a 44. Воспалительные заболевания женских половых органов (вирусные инфекции, кандидозный кольпит)

**Вирусные инфекции.** Вирус герпеса второго серотипа и вирус папилломы человека вызывают воспалительный процесс шейки матки. Цитомегаловирусная инфекция протекает в форме носительства, но оказывает повреждающее действие на плод, вызывая, помимо выкидышей, уродства плода. Все вирусные инфекции протекают скрыто, трудно поддаются лечению, склонны к рецидивам и обострениям. При герпетической инфекции во время беременности с целью профилактики инфицирования плода родоразрешение выполняется путем операции абдоминального кесарева сечения. Диагностируют эти инфекции при помощи иммунофлуоресцентного микроскопирования или специальных сывороток.

**Лечение** герпетической инфекции проводят противовирусными препаратами. Повреждающее действие ацикловира (зовиракса, виролекса) сказывается в нарушении синтеза ДНК вируса. Препараты вводят не только местно, но и перорально или даже внутривенно. Местно применяется виферон в виде свечей, он повышает неспецифическую противовирусную активность. Для лечения рецидивирующего, плохо поддающегося лечению герпеса гениталий применяется фамвир (фамцикловир) — 250—500 мг 3 раза в день.

**Кандидозный кольпит.** Вызывается грибами рода кандиды. Грибы рода кандиды присутствуют в нормальной микрофлоре влагалища. При размножении грибов рода кандиды в мазке обнаруживается мице-

**426** результат этой пробы определяется на очень ранних сроках. При внематочной беременности уровень Р-субъединицы ХГ растет медленнее. Заподозрить внематочную беременность можно при оценке результата однократного определения уровня ХГ. Уровень Р-субъединицы ХГ определяют повторно с интервалом 48 ч. Большое значение имеет определение содержания прогестерона. При нормальном начале течения беременности количество прогестерона в сыворотке более 25 мг/мл.

**УЗИ.** Обнаружение плодного яйца в матке исключает наличие внематочной беременности, так как маточная беременность очень редко сочетается с внематочной. При абдоминальном УЗИ плодное яйцо определяется в полости матки при 6—7-недельной беременности. При проведении влагалищного УЗИ можно обнаружить его при 4—4,5 неделях.

**Диагностическая лапароскопия.** Осматриваются органы малого таза. Если есть спайки, то их разделяют. Маточные трубы должны быть осмотрены предельно внимательно. При локализации плодного яйца в маточной трубе она веретенообразно утолщена. При осмотре уточняют целостность стенки маточной трубы. При трубном аборте можно определить плодное яйцо в брюшном отверстии трубы или выделенных из брюшной полости сгустках крови. При локализации плодного яйца в истмическом или ампулярном отделах трубы диаметр маточной трубы не более 5 см. Проводят лапароскопическую операцию. После внематочной беременности вероятность наступления последующих беременностей составляет около 60%.

**446** лий. Для кандидозного кольпита характерным является наличие белых творожистых выделений. Кандидозный кольпит не передается половым путем. Чаще всего причиной развития кандидозного кольпита является бесконтрольное проведение антибактериальной терапии, заместительной терапии, наличие гиповитаминоза, гипострогении. Провоцирующим фактором может быть беременность, так как создает гипострогению. При развитии кандидозного кольпита проводится только местное лечение.

**Лечение.** Необходимы 1—2 спринцевания кислыми растворами для нормализации pH влагалища. Применяется клотримазол в виде крема или вагинальных таблеток. Представители экконазола (гинотравален, гинопиворил) применяются в форме вагинальных таблеток, свечей. Можно применять пимафуцин в виде свечей, содержащий в своем составе антимикотический антибиотик катамицин. Курс лечения составляет 10—14 дней. Тержикан и полижинакс назначаются в свечах. В их состав входит неомицин, антибиотик местного действия.

**Папилломовирусная инфекция.** Эта инфекция передается только половым путем. Вирус вызывает эктоцервикс, представляющий собой мелкие плоские кандиломы — папилломы, которые порой не видны при кольпоскопическом исследовании. При цитоскопии обнаруживаются пойкициты с пузырьками воздуха в цитоплазме (*Ballon cells*). Это заболевание плохо поддается диагностике и очень трудно лечится, так как вирус папилломы не чувствителен к противовирусным препаратам ацикловиру, фамвиру. Заболевание лечится лазерной и криодеструкцией.

**416** В зависимости от места развития беременности в маточной трубе различают ампулярную, истмическую, интерстициальную, фимбриальную трубную беременность. Ампулярная трубная беременность составляет 80% случаев трубной беременности. Поскольку ампулярный отдел маточной трубы является самой широкой ее частью, плодное яйцо при этом может достигать значительных размеров.

Беременность чаще всего прерывается на 12-й неделе. Происходит разрыв маточной трубы или прерывание беременности в виде трубного аборта, который может стать одной из причин возникновения другого вида внематочной беременности — брюшной, яичниковой или фимбриальной. Истмическая трубная беременность составляет 10—12% случаев трубной беременности. Как правило, она заканчивается разрывом маточной трубы. Поскольку истмическая часть маточной трубы является самой узкой ее частью, разрыв происходит достаточно рано. Яйцеклетка при этом чаще всего выходит в брюшную полость. Если разрыв маточной трубы происходит по линии прикрепления брыжейки, плодное яйцо оказывается между листками широкой маточной связки и может развиваться дальше.

Интерстициальная трубная беременность составляет около 2% случаев трубной беременности. Благодаря большой растяжимости миометрия интерстициальная трубная беременность может развиваться до 4 месяцев. Прерывание интерстициальной трубной беременности сопровождается обильным кровотечением, которое может быстро привести к гибели женщины.

**436** инфекция не имеет яркой клинической картины — протекает стерто, малосимптомно. Для инфекции хламидийной этиологии характерным является симптом перигепатита, который заключается в образовании печеночных спаек. Этот симптом впервые был отмечен при гонококковом пельвиоперитоните. У женщин с хламидийной инфекцией наблюдаются жалобы на болезненность в правом подреберье, что необходимо дифференцировать с обострением хронического холецистита, острым холециститом, различными заболеваниями печени, а в некоторых случаях и с острой пневмонией. Настоящей причиной этих болей являются перигепатит, образовавшиеся спайки в печени, куда возбудитель попадает лимфогенным путем. Идентификация самих хламидий затруднена. Если гонококк можно увидеть в мазках по Грамму, то возбудителя хламидийной инфекции можно определить только при помощи специальных исследований — методом иммунофлюоресценции с применением иммуноглобулиновых антител. Ввиду того что хламидии поражают ткани, имеющие цилиндрический эпителий, на анализ необходимо брать отделяемое из цервикального канала и из уретры.

**Лечение.** Хламидия чувствительна к тетрациклинам. Назначают доксициклин. Для лечения инфекций, вызванных микоплазмой и уреоплазмой, используют те же лекарства, что и для терапии хламидийной. Опасность этих инфекций состоит в том, что они вызывают бесплодие, преждевременное прерывание беременности, послеродовые осложнения — хориоамнионит, эндометрит, метроэндометрит. Они оказывают отрицательное воздействие на плод и плаценту, вызывают хламидийную, микоплазменную, вирусную пневмонию.

45a

#### 45. Специфические инфекции. Гонорея

**Гонорея** — это специфическое инфекционное заболевание, вызываемое гонококком Нейссера. Заражение происходит при половом контакте с больным. Инкубационный период составляет от 3 до 20 дней. Гонококк поражает слизистые оболочки, покрытые цилиндрическим эпителием. Патологический процесс в области первичных очагов поражения принято называть гонореей нижнего отдела женских половых органов. Распространение инфекции при гонорее происходит восходящим путем по слизистым оболочкам, или интраканаликулярно. При этом поражаются эндометрий, маточные трубы, яичники и тазовая брюшина. Нередко образуются гнойники маточных труб (пиосальпинксы) и яичников (пиовариумы).

Ассоциация гонококка с влагалищной трихомонадой обнаруживаются у 96% больных острой восходящей гонореей. Распознаванию гонореи способствует изучение анамнестических данных: появление заболевания через 3—4 дня после начала половой жизни, случайной половой связи, появление выделений из гениталий, болей в низу живота после менструации, повышение температуры тела, появление ациклических кровотечений.

Обследование больной начинается с осмотра и пальпации брюшной стенки, осмотра покровов вульвы и слизистой оболочки преддверия. Определяют состояние паховых лимфатических узлов, их безболезненность. При осмотре уретры отмечают ее отечность, гиперемия губок. Мазки берут после обтирания губок уретры стерильной ватой тупой ушной ложечкой или петлей, введенной на глубину 0,5—1 см. Вестибуляр-

46a

#### 46. Трихомоноз и туберкулез половых органов

**Трихомоноз** — это специфическое инфекционное заболевание мочеполовых органов, вызываемое влагалищными трихомонадами, представляющими собой простейшие одноклеточные организмы из класса жгутиковых. Паразитируют только у людей. Болезнь передается половым путем, очень редко — бытовым. У женщин поражается мочеиспускательный канал, железы преддверия влагалища, канал шейки матки. Продолжительность инкубационного периода от 7 до 14 дней и больше. Клиника обусловлена вирулентными свойствами микроба, реактивностью организма. Заболевание может иметь острое, подострое и малосимптомное течение. Существует также и асимптомный трихомоноз.

Трихомоноз протекает остро. Чаще всего поражается влагалище (трихомонадный вагинит). Обычно больные жалуются на появление желтых пенистых жидких выделений, часто с неприятным запахом, зуда и жжения в области наружных половых органов, промежности, внутренней поверхности бедер.

При поражении мочеиспускательного канала у больных наблюдается резь и жжение при мочеиспускании. Без лечения интенсивность воспалительного процесса постепенно стихает, процесс принимает хроническое течение, может протекать бессимптомно.

При поражении шейки матки слизистая гиперемирована, отечна, из шеечного канала вытекают слизисто-гноевидные выделения, которые часто приводят к развитию эрозии шейки матки, особенно на задней губе. Вследствие восходящего воспалительного про-

47a

#### 47. Эндометрит

**Эндометрит** — воспаление слизистой оболочки матки (эндометрия). Острый воспалительный процесс может вызываться бактериальной, вирусной, грибковой, паразитарной, микоплазменной, протозойной и спирохетозной инфекцией. Чаще всего вызывается смешанной аэробно-анаэробной ассоциацией нескольких микроорганизмов. Чаще всего в воспалительный процесс вовлекается и мышечная оболочка матки с развитием миоэндометрита.

**Клиника эндометрита.** Признаки заболевания появляются обычно на 3—4-й день после инфицирования. Наблюдаются общие симптомы развития инфекции: повышения температуры тела до 38—39 °С, недомогание, слабость, головная боль, в крови отмечают нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ. Появляются местные симптомы: боли в низу живота, обильные жидкие серозно-гнойные или кровянисто-гнойные выделения. При влагалищном исследовании — болезненная увеличенная матка плотноватой консистенции. Острая стадия эндометрита продолжается 8—10 дней, и при своевременном начале и адекватном лечении выздоровление полное. Если терапия назначалась несвоевременно и неадекватно, то возможен переход в хроническую форму. Для хронического эндометрита характерны очаговые воспалительные инфильтраты в слизистой оболочке матки, располагающиеся вокруг желез и кровеносных сосудов, приводящие к структурным изменениям эндометрия — его атрофии, гипертрофии или образованию мелких кист. Нарушается способность эндометрия воспринимать гормональную стимуляцию, что приводит к нарушению циклических про-

48a

#### 48. Послеродовой эндометрит

**Послеродовой эндометрит** — воспаление слизистой оболочки матки, возникающее после родов. При распространении воспалительного процесса на мышечный слой матки развивается эндомиометрит. Послеродовой эндометрит представляет собой разновидность раневой инфекции, так как внутренняя поверхность матки после отделения послеродового являющегося обширной раневой поверхностью. Эпителлизация и регенерация эндометрия заканчивается через 5—6 недель после родов.

**Клиника послеродового эндометрита.** Клинические проявления легкой формы послеродового эндометрита появляются на 5—10-е сутки после родов. Температура тела повышается до 38—39 °С, наблюдается легкий озноб, определяется тахикардия до 80—100 уд./мин. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ. Общее самочувствие роженицы относительно удовлетворительное. При пальпации отмечается болезненность матки, сохраняющаяся в течение нескольких суток. Матка несколько увеличена, долгое время продолжается выделение кровянистого содержимого. Проявления тяжелой формы послеродового эндометрита начинается на 2—4-е сутки после родов. Очень часто это осложнение развивается на фоне хориоамнионита, после осложненных родов или внутриматочного вмешательства. Температура тела повышается до 39 °С и выше, сопровождается выраженным ознобом. Роженица жалуется на головную боль, слабость, боли в низу живота. Отмечаются нарушение сна, снижение аппетита, тахикардия до 90—120 уд./мин. При осмотре выявляется субинволюция матки, болез-

**466** цесса может нарушиться менструальный цикл, возможны маточные кровотечения. Диагностику трихомоноза производят путем микроскопического исследования выделений из влагалища, шейки матки и уретры.

**Лечение.** Вакцины «СолкоТриховак» и «СолкоУровак» нормализуют микрофлору влагалища, повреждают трихомонады и повышают резистентность организма.

**Туберкулез половых органов.** Генитальный туберкулез вызывается микобактериями туберкулеза, попадающими в половые органы из других источников. Чаще всего инфекция попадает из легких, реже из кишечника, преимущественно гематогенным путем. Наиболее часто туберкулезом поражаются маточные трубы, матка, реже яичники. Формы туберкулеза половых органов:

- 1) экссудативная форма;
- 2) продуктивно-пролиферативная форма;
- 3) фиброзно-склеротическая форма.

Для туберкулеза придатков и матки характерно нарушение менструальной и генеративной функций. Нарушение генеративной функции чаще всего проявляется первичным (реже вторичным) бесплодием.

**Лечение** генитального туберкулеза комплексное с применением специфических противотуберкулезных препаратов.

**486** ненность ее при пальпации. Выделения из матки с 3—4-х суток становятся мутными, кровянистыми, иногда приобретают зловонный характер. Возможна задержка выделений (лохиометра) в результате недостаточного сокращения матки.

**Лечение послеродового эндометрита.** Проводится комплексное противовоспалительное лечение, направленное на локализацию воспалительного процесса, дезинтоксикацию, активизацию защитных сил организма и нормализацию гомеостаза. До начала лечения производят посев отделяемого из полости матки и влагалища для определения возбудителей и чувствительности их к антибиотикам.

При тяжелых формах послеродового эндометрита иногда прибегают к плазмозрезу, кроме того отмечается его положительное влияние на систему гемостаза, реологические свойства крови, ускоряется репаративные процессы в матке.

Иногда в процессе лечения послеродового эндометрита проводят хирургическую обработку полости матки, включающую в себя проведение гистероскопии, вакуум-аспирации содержимого матки, промывание ее полости охлажденными растворами антисептиков. Эффективность комплексной интенсивной терапии послеродового эндометрита оценивают через 7 суток после начала лечения. При отсутствии эффекта от проводимой терапии даже на фоне удовлетворительного состояния родильницы, но при сохраняющихся клинических и лабораторных признаках воспаления решают вопрос об удалении матки.

**456** ные железы пальпируются при помощи указательного пальца. Обращают внимание также на гиперемии устьев протока железы, его уплотнение, болезненность. Влагалище осматривается в зеркалах. Отмечают гиперемии слизистых, наличие или отсутствие эрозий, выделений. Отделяемое из области заднего свода берут ложечкой, а для взятия материала на грибы рода Кандида производят легкий соскоб со стенок влагалища. Затем осматривают шейку матки, определяют наличие эрозий, место их расположения, характер выделений.

При бимануальном исследовании определяют состояние тела матки, ее положение, размер, консистенцию, болезненность. Далее пальпируют придатки матки, определяют их величину, форму, консистенцию, болезненность и наличие спаек. Затем при пальпации параметрия отмечают наличие инфильтратов, их расположение.

При обследовании прямой кишки обращают внимание на наличие отечности складок наружного сфинктера, гиперемии, характер отделяемого. Диагноз гонорейной инфекции ставят после обнаружения гонококков.

Лечение гонореи нижних отделов половых органов проводят амбулаторно, больные восходящей гонореей, как правило, подвергаются лечению в условиях гинекологического стационара. Принципы лечения больных гонореей не отличаются от лечения больных с воспалительными процессами септической этиологии. Общая терапия (антибактериальная, десенсибилизирующая, дезинтоксикационная и пр.) в подострой и хронической стадиях сочетается с местной обработкой очагов поражения.

**476** цессов и менструальной функции. Наиболее выраженным клиническим симптомом является нарушение менструального цикла с развитием меноррагии (гиперменореи, полименореи) или метроррагии. Реже наблюдаются предменструальные и межменструальные кровянистые выделения. При хроническом эндометрите часто развивается бесплодие или привычное невынашивание беременности, так как имплантация плодного яйца в измененный эндометрий крайне затруднена. Клинические симптомы хронического эндометрита выражены незначительно. Температура обычно нормальная, больная отмечает скудные выделения слизисто-гнойного характера, ноющие боли в низу живота, в пояснице. При вагинальном исследовании наблюдают небольшое уплотнение и увеличение размеров матки. Диагностика хронического эндометрита основывается на данных анамнеза, клиники и гистологического исследования соскоба эндометрия. Диагностическое выскабливание производят на 8—10-й день менструального цикла.

**Лечение эндометрита.** В острой стадии эндометрита проводят этиотропную терапию. Назначают антибактериальные препараты с учетом чувствительности к ним возбудителя, чаще всего назначают антибиотики широкого спектра действия. Дозы и длительность антибактериальной терапии определяют индивидуально с учетом тяжести состояния больной. С целью подавления анаэробной флоры в комплекс лечения включают трихопол (флагил, клион). В зависимости от тяжести состояния назначается инфузионная, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия. Лечение хронического эндометрита комплексное, включающее медикаментозные, физиотерапевтические методы лечения и санаторно-курортное лечение.

<p><b>49a</b>                    <b>49. Пельвиоперитонит и параметрит</b></p> <p><b>Пельвиоперитонит</b> — это воспаление брюшины, ограниченное полостью таза. Развивается в результате распространения воспалительного процесса в органах малого таза (сальпингоофорита, пиовара, перекрута ножки опухоли яичника, некроза миоматозного узла, перфорации матки). По течению различают острый и хронический пельвиоперитонит. При остром пельвиоперитоните процесс локализуется в малом тазе, однако на воспалительный процесс реагирует и брюшина верхних отделов брюшной полости. Больная отмечает резкие боли внизу живота, повышается температура тела, возникают диспепсические явления: тошнота, рвота, вздутие живота, задержка стула и газов, болезненное мочеиспускание. Появляются выраженные признаки интоксикации. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах нижних отделов живота, связанное с наличием выпота в брюшной полости. Перистальтика кишечника вялая, газы отходят плохо. При вагинальном исследовании определяют нависание заднего свода, болезненность при пальпации его и смещении шейки матки. Матка с придатками пальпируются с трудом из-за резкой болезненности и напряжения передней брюшной стенки. В крови обнаруживаются нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов, увеличенная СОЭ.</p> <p><b>Лечение.</b> Проводится антибактериальная, инфузионная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия. Если причинами пельвиоперитонита явились разрыв пиосальпинкса, перфорация матки, некроз опухоли матки или яични-</p>	<p><b>50a</b>                    <b>50. Нарушения менструального цикла</b></p> <p><b>Нарушения менструального цикла</b> — это проявление различных патологических состояний, связанных не только с нарушениями в половой сфере, но и с общими системными и эндокринными заболеваниями.</p> <p>Нарушения менструального цикла характеризуются изменением цикличности, продолжительности и объема менструальной кровопотери.</p> <p>Виды нарушений менструального цикла:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) меноррагия, или гиперменорея, — регулярно возникающее маточное кровотечение объемом более 80 мл;</li> <li>2) метроррагия — нерегулярное маточное кровотечение, возникающее через различные промежутки времени;</li> <li>3) менометроррагия — нерегулярно возникающее длительное маточное кровотечение;</li> <li>4) полименорея — кровотечение из полости матки, отличающееся регулярным возникновением через интервал времени менее 21 дня;</li> <li>5) межменструальное кровотечение;</li> <li>6) постменопаузальное кровотечение — кровотечение, появившееся более чем через год после последней менструации у женщин с недостаточной функцией яичников;</li> <li>7) посткоитальное кровотечение — кровотечение после коитуса;</li> <li>8) предменструальное кровотечение — скудное кровотечение мажущего характера, возникающее за несколько дней до начала менструации;</li> </ol>
<p><b>51a</b>                    <b>51. Диагностика и лечение нарушений менструального цикла</b></p> <p>При диагностике патологического маточного кровотечения учитывают данные анамнеза, особо обращая внимание на начало кровотечения, частоту, его длительность и тяжесть, цикличность этих кровотечений, наличие болевого синдрома, акушерско-гинекологический анамнез. Учитывают данные объективного и дополнительных методов обследования. Задача дифференциальной диагностики ДМК и органических причин маточных кровотечений заключается в исключении наличия осложненной беременности (угрожающего аборта, аборта в ходу, неполного аборта), доброкачественных заболеваний органов малого таза (миомы матки, полипов эндометрия и цервикального канала, аденомиоза или эндометриоза), злокачественных опухолей внутренних половых органов. Проводится дифференциальная диагностика ДМК и нарушения свертывающей системы крови, а также соматической патологии. Лечение ДМК состоит из трех этапов.</p> <p><b>Первый этап.</b> В его задачу входит остановка кровотечения с помощью хирургического, гормонального и негормонального гемостаза. Хирургический гемостаз представляет собой раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала. После диагностического выскабливания кровотечение останавливается, а по результатам гистологического исследования (биопсии эндометрия) проводится дифференциальная диагностика с органической патологией матки или наличием беременности. Гормональный гемостаз — это основной метод при лечении ДМК в любом возрастном периоде женщины. При этом методе применяются оральные контра-</p>	<p><b>52a</b>                    <b>52. Эндометриоз</b></p> <p><b>Причины возникновения эндометриоза.</b> Нет единой теории, полностью объясняющей причину возникновения этого заболевания. Виды эндометриоза: генитальный и экстрагенитальный. Генитальный эндометриоз делится на внутренний и наружный. При эндометриозе любой локализации эндометриоидные разрастания представляют собой железистые образования, имеющие вид отдельных или сливающихся с другими тканями мелких очагов округлой, овальной формы, полости которых содержат густую темную или прозрачную жидкость.</p> <p><b>Внутренний эндометриоз</b> Возникает при поражении тела матки, имеет диффузную и узловатую форму. Наиболее чаще поражаются маточные углы и задняя стенка матки у дна. Сопровождается длительными, болезненными и обильными менструациями, приводящими к анемизации больных. Характерным признаком является увеличение матки перед менструацией и уменьшение после ее окончания.</p> <p><b>Наружный эндометриоз</b> <b>Эндометриоз шейки матки.</b> Поражение шейки матки — единственная локализация эндометриоза, которая не сопровождается болевым синдромом. При осмотре в зеркалах обнаруживаются синюшные участки в виде глазков. Клинически заболевание проявляется кровянистыми мажущими выделениями за несколько дней до и после менструации.</p> <p><b>Эндометриоз яичника.</b> Проявляется в виде мелкоочаговых синюшных образований на поверхности яичника. Чаще образуются кистозные полости, заполненные содержимым шоколадного цвета. Кровоизлияния в стенки кисты, микроперфорации вызывают перифо-</p>

- 506** 9) постменструальное кровотечение. имеет мажущий характер, скудное, длится в течение нескольких дней после окончания менструации;  
 10) дисменорея — болезненные менструации;  
 11) первичная аменорея — отсутствие менструаций в возрасте 16 лет и старше;  
 12) вторичная аменорея — отсутствие менструаций в течение полугода и более после менструаций;  
 13) олигоменорея — редкие менструации, возникающие 1 раз в 2—3 месяца;  
 14) спаниоменорея — периодическое наступление менструации 1 раз в 6—12 месяцев;  
 15) гипоменорея — скудные менструации;  
 16) криптоменорея — скрытая менструация, клинически проявляющаяся аменореей вследствие заражения цервикального канала, пороков развития гениталий или сплошного гимена.

**Дисфункциональное маточное кровотечение (ДМК)** — патологическое маточное кровотечение, обусловленное нарушением секреторной функции яичников (синтеза половых гормонов) при отсутствии беременности, воспалительных процессов и органических изменений половых органов.

При обследовании чаще всего наблюдаются следующие нарушения:

- 1) укорочение фолликулярной фазы цикла при наличии длительной лютеиновой фазы;
- 2) укорочение или неполноценность лютеиновой фазы цикла при нормальной или несколько удлинённой фолликулиновой фазе цикла;
- 3) удлинение лютеиновой фазы при нормальной фолликулиновой фазе цикла.

**526** кальное воспаление, приводящее к обширным сращениям с окружающими тканями.

**Эндометриоз труб.** В толще труб образуются плотные узелки различной величины.

**Эндометриоз влагалища.** При пальпации определяется плотный резко болезненный инфильтрат без четких границ. Отмечаются боли в низу живота, в промежности, в пояснице, кровянистые выделения до и после менструации.

**Ретроцервикальный эндометриоз**  
 В заднем своде пальпируется бугристое, резко болезненное, ограниченное в подвижности образование. При осмотре в зеркалах обнаруживаются синюшные участки в виде глазков. Ретроцервикальный эндометриоз характеризуется выраженным болевым синдромом.

**Экстрагенитальный эндометриоз**  
 Эндометриоз рубца развивается чаще всего после гинекологических операций на матке

**Диагностика.** При постановке диагноза учитывают данные клиники заболевания, а также применяют специальные методы обследования

**Лечение эндометриоза.** Оптимальным считается комплексный подход к лечению данной патологии, основанный на сочетании медикаментозных и хирургических методов. С целью медикаментозного лечения применяют гормональные препараты, приводящие к выключению менструальной функции на время лечения. Симптоматическая терапия заключается в назначении болеутоляющих и кровоостанавливающих средств.

**496** ка, то показано срочное оперативное вмешательство.

**Параметрит** — это воспаление околоматочной клетчатки. Причиной развития параметрита чаще всего являются предшествующие внутриматочные вмешательства: роды, аборт, надрывающая ампутация матки, удаление придатков, диатермокоагуляция. Послеродовой параметрит чаще всего возникает при разрывах шейки матки и верхней трети влагалища. Инфекция при параметрите распространяется лимфогенным путем. Диагностика параметрита основана на данных бимануального исследования. Слизистая влагалища при пальпации и исследовании сводов неподвижна за счет инфильтрации. Из-за имеющихся анатомических особенностей параметральной клетчатки (с одной стороны она ограничена маткой, с другой — стенкой таза, снизу — сводом влагалища) шейка матки, сама матка и влагалищный свод при параметрите неподвижны.

При одностороннем параметрите шейка матки отклонена в противоположную от патологического процесса сторону. Инфильтрация имеет плотную, болезненную, неподвижную консистенцию, идет веером от боковой стенки матки до стенок таза по передней или задней поверхности. При тяжелой инфекции воспаление может перейти на соседние отделы клетчатки малого таза. Терапия параметрита проводится по общим правилам лечения воспалительных заболеваний с учетом специфики процесса. Включает в себя антибактериальную, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию. В случае нагноения инфильтрата производят дренирование.

**516** цетивы с различным содержанием гормонов: комбинированные, монофазные, оральные. Негормональный гемостаз — применение медикаментозных средств, способствующих остановке кровотечения. Это:

- 1) утеротонические средства (окситоцина, эрготала);
  - 2) препараты, повышающие сократительную способность миометрия (кальция хлорид, кальция глюконат, АТФ, кокарбоксилаза);
  - 3) препараты, стимулирующие коагуляционные способности крови (этамзилат, трансаминасовая кислота, аминометилбензойная кислота);
  - 4) витамины (аскорбиновая кислота, рутин, викасол, витамин Е, витамины группы В).
- Негормональный гемостаз, как правило, используется в сочетании с гормональными методами.

**Второй этап** — профилактика рецидивов, коррекция сопутствующих осложнений. Профилактику рецидивов ДМК и коррекцию сопутствующих осложнений осуществляют гормональными методами, включающими назначения эстроген-гестагенных препаратов или чистых гестагенов (дидрогестерона, левоноргестрелсодержащую ВМС, медроксипрогестерон-ацетат и др.).

**Третий этап** — сохранение фертильности и наступления овуляции у женщин, желающих наступления беременности. Женщинам, желающим наступления беременности, назначается стимуляция овуляции.

<p><b>53a</b>      <b>53. Миома матки</b></p> <p><b>Классификация.</b> По локализации различают миому тела матки (встречается в 95% случаев) и миому шейки матки (шеечную миому — в 5% случаев). По отношению к миометрию выделяют три варианта роста узлов миомы: межмышечную, или интерстициальную (опухоль располагается в толще стенки матки), подслизистую, или субмукозную (рост миомы происходит по направлению к полости матки), подбрюшинную, или субсерозную (рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).</p> <p>В том случае, если подслизистая опухоль располагается преимущественно в мышечном слое, используют термин «межмышечная миома матки с центрипетальным ростом». Особая форма подслизистых узлов миомы — рождающие опухоли, когда их рост в полости матки происходит по направлению к внутреннему зеву. Длительно растущие рождающиеся миоматозные узлы приводят к сглаживанию и раскрытию маточного зева, в результате чего опухоль выходит за пределы наружного отверстия матки.</p> <p>Клиническая картина при миоме матки зависит от возраста больной, длительности заболевания, локализации, размеров опухоли и наличия сопутствующей экстрагенитальной патологии. Нередко миома матки небольших размеров протекает бессимптомно, при этом отсутствуют жалобы и нарушения менструальной функции.</p> <p>Основными симптомами заболевания являются различной интенсивности боль, кровотечение (меноррагии), нарушение функции соседних органов. Чаще всего беспокоят боли в нижних отделах живота и пояснице. Выраженные длительные боли чаще всего свидетельствуют о быстром росте опухоли. Ос-</p>	<p><b>54a</b>      <b>54. Диагностика и лечение миомы матки</b></p> <p><b>Диагностика миомы матки.</b> На ранних стадиях формирования опухоли поставить клинический диагноз миомы матки не всегда представляется возможным. Обычно диагноз миомы матки устанавливают на амбулаторном приеме, при этом учитываются характерные жалобы, данные бимануального осмотра, при котором пальпируется увеличенная, плотная, бугристая матка с неровной, узловой поверхностью.</p> <p><b>Лечение миомы матки.</b> Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) быстрый рост опухоли;</li> <li>2) обильные длительные кровотечения, приводящие к анемии;</li> <li>3) большие размеры миомы (более 15 недель беременности);</li> <li>4) опухоль размером 12—13 недель беременности и симптомы сдавления смежных органов;</li> <li>5) выраженный болевой синдром;</li> <li>6) подслизистая миомы матки;</li> <li>7) миома шейки матки;</li> <li>8) некроз миоматозного узла;</li> <li>9) перекрут ножки миоматозного узла;</li> <li>10) интралигаментарная опухоль;</li> <li>11) сочетание миомы матки с опухолью яичников, эндометриозом;</li> <li>12) бесплодие, обусловленное атипичным расположением узлов;</li> <li>13) подозрение на злокачественное перерождение миомы;</li> <li>14) центрипетальный рост миоматозного узла;</li> <li>15) сочетание миомы матки с предракловым состоянием шейки матки.</li> </ol>
<p><b>55a</b>      <b>55. Беременность многоплодная</b></p> <p><b>Многоплодная беременность</b> — развитие в матке одновременно двух или более плодов. Причины развития многоплодной беременности не выяснены. Определенное значение в возникновении многоплодной беременности имеет наследственный фактор. Многоплодная беременность, развившаяся в результате оплодотворения двух или более одновременно созревших яйцеклеток, приводит к рождению двуяйцовых (дизиготных) или многояйцовых близнецов. При развитии двух или более плодов из одной оплодотворенной яйцеклетки рождаются однояйцовые (монозиготные) близнецы.</p> <p>Течение беременности при многоплодии отличается рядом особенностей. В поздние сроки беременные часто жалуются на быструю утомляемость, одышку, изжогу, учащенное мочеиспускание, вздутие живота (метеоризм), запоры. Иногда отмечаются боли в области спины, поясницы, тазовых костей. Нередко развиваются анемия, гестозы, возникает расширение вен нижних конечностей. Осложнением такой беременности являются преждевременные роды. Иногда наблюдается избыточное накопление околоплодных вод в полости амниона одного или обоих плодов, приводящее к резкому увеличению и перерастяжению матки, что сопровождается появлением одышки, тахикардии и других расстройств.</p> <p>Чаще всего наблюдаются неправильные положения плодов. Один плод может быть в головном предлежании, другой — в тазовом. В других случаях оба плода находятся в тазовом предлежании, либо один плод в продольном, другой — в поперечном положении. Диагностика многоплодия в ранние сроки беременности затруднена.</p>	<p><b>56a</b>      <b>56. Внутриутробная смерть плода. Плодоразрушающие операции</b></p> <p>Гибель плода во время беременности относится к антенатальной смертности, гибель во время родов — интранатальной смерти. Причинами антенатальной смерти плода могут быть инфекционные заболевания беременной, экстрагенитальные заболевания, воспалительные процессы в половых органах. Причиной смерти плода могут быть тяжелый ОПГ-гестоз, патология плаценты и пуповины, обвитие пуповины вокруг шеи плода, маловодие, многоплодие, резус-несовместимость крови матери и плода. Гибель плода в интранатальном периоде, кроме названных причин, может быть связана с черепно-мозговой травмой и повреждением позвоночника плода в процессе родов. Непосредственной причиной смерти плода являются внутриутробная инфекция, острая и хроническая гипоксия, несовместимые с жизнью пороки развития плода. Клиническими проявлениями антенатальной смерти плода являются прекращение роста матки, исчезновение нагрубания молочных желез. Женщина предъявляет жалобы на недомогание, слабость, чувство тяжести в животе, отсутствие шевелений плода. При обследовании отмечается снижение тонуса матки и отсутствие ее сокращений, сердцебиения и шевелений плода. Признаком интранатальной смерти плода является прекращение его сердцебиения. При подозрении на антенатальную смерть плода беременную срочно госпитализируют для обследования. Достоверно диагноз смерти плода подтверждают результаты ФКГ и ЭКГ плода, которые регистрируют отсутствие сердечных комплексов, и ультразвуковое исследование.</p>

**546 Хирургическое лечение.** Хирургическое лечение может быть консервативным и радикальным. К консервативным методам хирургического лечения относятся лапароскопическая миомэктомия; гистероскопическая миомэктомия, лапаротомия с миомэктомией.

**Лапароскопическая миомэктомия.** Удаление узлов при сохранении матки. Показания: субсерозно и интрамурально расположенные миоматозные узлы диаметром более 2 см, узлы на ножке, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии. Противопоказания: все состояния, при которых недопустимо повышение давления в брюшной полости.

**Гистероскопическая миомэктомия.** Удаление узлов влагалищным путем. Показания: субмукозно расположенный миоматозный узел. Противопоказания: подозрение на гиперплазию или аденокарциному эндометрия, инфекция верхних и нижних отделов половых путей.

**Лапаротомия с миомэктомией.** Применяется при отсутствии возможности проведения лапароскопических методов или наличии противопоказаний для их выполнения. После консервативного оперативного вмешательства возможен рецидив новых миоматозных узлов.

**Гистерэктомия (удаление матки).** Является радикальным хирургическим методом лечения. Данный вид оперативного вмешательства показан в случае, когда все вышеперечисленные методы противопоказаны или оказались неэффективными. Консервативное лечение миомы матки заключается в назначении средств, тормозящих рост опухоли, и симптоматических препаратов для лечения осложнений.

**566** При УЗИ в ранние сроки после гибели плода определяется отсутствие его дыхательной деятельности и сердцебиения, нечеткие контуры его тела, в поздние сроки определяют разрушение структур тела. В случае антенатальной смерти плода в I триместре беременности плодное яйцо удаляют путем выскабливания полости матки. При смерти плода во II триместре беременности и при преждевременной отслойке плаценты требуется срочное родоразрешение.

При этом способ родоразрешения определяется степенью готовности родовых путей. При отсутствии показаний к срочному родоразрешению проводят клиническое обследование беременной с обязательным исследованием свертывающей системы крови, затем приступают к проведению родовозбуждения, создавая в течение 3 дней эстрогенно-глюкозно-витаминно-кальциевого фона, после чего назначают введение окситоцина, простагландинов. С целью ускорения I периода родов производят амниотомию.

При антенатальной смерти плода в III триместре беременности роды, как правило, начинаются самостоятельно. При интранатальной гибели плода по показаниям производят плодоразрушающие операции.

**536** трые боли возникают главным образом при нарушениях кровоснабжения в опухоли, которые могут привести к развитию некроза с клинической картиной острого живота.

Схваткообразные боли во время менструации, как правило, свидетельствуют о подслизистом расположении узла. Кровотечения при миоме матки носят характер гиперполименореи. При множественной миоме матки с интерстициальным расположением узлов происходит растяжение полости матки и увеличение ее поверхности. За счет этого увеличивается количество теряемой во время менструации крови. Быстрым ростом миомы называют увеличение размера матки, приближающееся к размеру 5-недельной беременности за год или более короткий промежуток времени. Быстрое увеличение новообразования в ряде случаев может говорить о злокачественности процесса.

Нарушение функции соседних органов наблюдается при больших размерах опухоли, а также при подбрюшинном, шеечном и межъязочном расположении узлов.

Наиболее частым осложнением миомы матки является некроз миоматозного узла, перекрут узла, расположенного на ножке. Некроз миоматозного узла сопровождается острыми болями, повышением температуры, развитием картины острого живота. Некрозу чаще всего подвергаются субсерозные узлы. Перекрут ножки миоматозного узла — нередкое осложнение миомы. При этом питание опухоли нарушается, происходят дистрофические и дегенеративные изменения, отек. Создается впечатление быстрого роста опухоли.

**556** Обнаружить достоверно наличие многоплодной беременности можно уже на очень ранних стадиях (3—4 недели) с помощью ультразвукового исследования. Признаками, позволяющими предположить наличие многоплодной беременности, являются быстрое увеличение высоты стояния дна матки и окружности живота на уровне пупка свыше 100 см, ощущение движений плода одновременно в различных локализациях. При пальпировании мелкие части плода определяются в разных отделах живота, матка имеет седловидную форму, прощупываются борозды между плодами. Важное диагностическое значение имеют определение трех (или более) крупных частей плодов, выслушивание в разных местах матки двух (или более) отчетливых сердечных тонов с разницей в частоте на 10 ударов в 1 мин и более, а также наличие «зоны молчания» между ними.

Точный диагноз многоплодной беременности позволяют установить ультразвуковое исследование матки, электрокардиография, фонокардиография плодов, а также рентгенография. Беременные с многоплодной беременностью должны находиться под тщательным динамическим наблюдением врача женской консультации.

Во II триместре беременности женщина должна посещать врача не менее 2 раз в месяц, в III — триместре не менее 1 раза в неделю. Диета должна содержать достаточное количество белка (не менее 200 г в день), витаминов, железа.

**А. И. Иванов**  
**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Завредакцией: *Рослякова О.С.*  
Выпускающий редактор: *Мхслимова О.Р.*  
Технические редакторы: *Семенова И.С., Еременко М.И.*  
Компьютерная верстка: *Малитиков П. Н.*

ООО «Издательство «Эксмо»  
127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18/5. Тел.: 411-68-86, 956-39-21  
**Home page: [www.eksmo.ru](http://www.eksmo.ru) E-mail: [info@eksmo.ru](mailto:info@eksmo.ru)**

Формат 60×90 1/16.