

Специальность: 34.02.01. Сестринское дело

Название УД: МДК: 02.01 Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

Теоретическое занятие № 1: *Методы исследования в акушерстве. Диагностика беременности. Диспансеризация.*

- 1 Задачи и структура женской консультации
- 2 Задачи и структура родильного дома.
- 3 Диспансеризация беременных
- 4 Специальные методы исследования в акушерстве
- 5 Инструментальные методы исследования в акушерстве
- 6 Лабораторные методы исследования в акушерстве
- 7 Предположительные, вероятные и достоверные признаки беременности
- 8 Методы экспресс-диагностики беременности

Акушерство –область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, происходящие в организме женщины, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом.

Структура акушерско-гинекологической службы:

- 1 Женская консультация
- 2 Родильный дом
- 3 Гинекологические отделения городских, областных, районных больниц.

Порядок оказания медицинской помощи (за исключением использования ВРТ) по профилю акушерство и гинекология регламентируется приказом №572, зарегистрирован в министерстве юстиции в 2013 году.

Задачи и структура женской консультации.

Женская консультация - организация диспансерного (амбулаторно-поликлинического) типа, в которой оказывается внебольничная акушерско-гинекологическая помощь женщинам. ЖК может быть, как самостоятельной организацией, так и структурным подразделением родильного дома, поликлиники, медсанчасти, больницы и т.д.

Задачи женской консультации:

- профилактика акушерской патологии и оказание квалифицированной амбулаторной акушерской помощи женщинам во время беременности и в послеродовом периоде, подготовка к родам, грудному вскармливанию.
- профилактика гинекологической патологии и оказание квалифицированной амбулаторной гинекологической помощи женщинам, девочкам и подросткам.
- диспансеризация женского населения.
- проведение мероприятий по контрацепции.
- обеспечение женщин правовой защитой в соответствии с законодательством охроне материнства и детства.
- проведение мероприятий по повышению знаний санитарной культуры населения в области охраны репродуктивного здоровья, профилактики материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Структура женской консультации: предусмотрено наличие следующих подразделений:

1. управление
2. регистратура

3. кабинеты: а) участковых акушеров-гинекологов; б) врачей-специалистов (терапевт, стоматолог), кабинеты специализированных приемов (невынашивания, патологии шейки матки, ювениолога)
5. процедурный кабинет
6. стерилизационная
7. диагностическая служба: а) эндоскопический кабинет; б) кабинет УЗИ; в) лаборатория
8. кабинет для психопрофилактики и занятий «Школы матерей»
9. кабинет контрацепции (планирования семьи)
10. социально-правовой кабинет.

В число помещений женской консультации входят вестибюль, гардероб для больных и персонала, туалеты для женщин и персонала, кабинет сестры-хозяйки, хозяйственные и служебные помещения.

Задачи и структура родильного дома.

- 1) Оказание высококвалифицированной помощи женщинам в период беременности, во время родов и в послеродовом периоде.
- 2) Наблюдение и уход за здоровыми и оказание помощи больным, недоношенным детям
- 3) Выявление, лечение и профилактика заболеваний женских половых органов

Родильный дом имеет следующие основные подразделения:

- - приемно-пропускной блок;
- - физиологическое (I) акушерское отделение (50-55% от общего числа акушерских коек)
- родильный блок: предродовая, родильный зал, палата интенсивной терапии, малая и большая операционная, санитарные помещения.
- послеродовое отделение;
- - отделение (палаты) патологии беременности (25-30%);
- - отделение (палаты) новорожденных в I и II акушерских отделениях;
- - обсервационное (II) акушерское отделение (20-25%);
- - гинекологическое отделение (25-30%).

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима, изоляцию заболевших.

Диспансеризация беременных.

Главная задача женской консультации - диспансеризация беременных. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Затем врач проводит тщательное объективное исследование систем и органов. Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота. Акушерка проводит измерение роста, массы тела, А/Д на обеих руках.

При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови, определяют реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала - на яйца гельминтов, анализ на TORCH-инфекции.

При физиологическом течении беременности осмотры проводятся врачом акушером-гинекологом не менее 7 раз: 1 раз в 4 недели до 28 недель; 1 раз в две недели с 28 по 36 недель и один раз в 7 дней последние недели беременности. При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. Направляется на обследование к специалистам. Осмотр терапевтом и стоматологом не менее двух раз за беременность; офтальмологом и отоларингологом не менее одного раза.

Скрининг УЗИ трехкратно:

1 11-14 недель

2 18-21 неделя

3 30-34 недели

Родовой сертификат выписывается на сроке 30 недель. Дородовой декретный отпуск начинается в 30 недель и продолжается 70 дней; при многоплодной беременности начинается в 28 недель и продолжительность его составляет 110 дней.

Выделение групп риска у беременных

Стратификация риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Среди факторов перинатального риска выделяют пренатальные (социально-биологические, акушерско-гинекологический анамнез, экстрагенитальная патология, осложнение настоящей беременности, оценка состояния плода) и интранатальные факторы (со стороны организма матери, плаценты, пуповины и плода). Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой "Оценка пренатальных факторов риска в баллах" (приказ №430).

Каждый фактор риска оценивают в баллах, суммируя их, устанавливают степень риска. Различают высокую (10 баллов и выше), среднюю (5-9 баллов) и низкую (до 4 баллов) степени риска.

Первый балльный скрининг проводят при первой явке беременной в женскую консультацию, второй - в 28-32 недель, третий - перед родами. После каждого скрининга уточняют план ведения беременности. Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. Тактика ведения больных групп риска зависит от вида патологии

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

С развитием современных медицинских технологий стала возможной оценка состояния плода на протяжении всей беременности.

Различают:

- 1) Специальные(основные) методы
- 2) Дополнительные методы (инструментальные и лабораторные)

Основные методы исследования:

1) **Опрос-Ф.И.О.**, возраст, место работы, место жительства, профессия, менструальная функция

Осмотр беременной-рост, телосложение, имеется ли деформация позвоночника и нижних конечностей, цвет и состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пигментация лица, состояние молочных желез, величина и форма живота

Сбор анамнеза-соматический, эпидемиологический, наследственный, гемотрансфузионный, аллергологический анамнез. Заболевания половых органов (бесплодие, НМЦ), паритет родов. В случае наличия рубца на матке после к/с, энуклеации миоматозного узла необходимо уточнить срок перенесенной операции, вид к/с, характер течения послеоперационного периода.

2) **Осмотр наружных половых органов**-обращают внимание на выраженность оволосения, возможные патологические изменения (отечность, опухоли, атрофия, пигментация), высоту и форму промежности, ее разрывы и их степень, состояние половой щели (сомкнута или зияет), опущение стенок влагалища (самостоятельное и при натуживании). При раздвигании половой

щели-окраска слизистой оболочки вульвы, состояние наружного отверстия уретры, парауретральных ходов, выводных протоков больших желез преддверия влагалища, девственной плевы, характер влагалищного отделяемого.

3) **Осмотр в зеркалах**-позволяет своевременно выявить патологические изменения влагалища и шейки матки

4) **Бимануальное исследование**. Проводится при помощи двух рук. 2-й и 3-й палец правой руки вводится во влагалище, левая рука размещается на передней брюшной стенке над лобком; при этом исследуется матка и придатки, их величина, форма, консистенция, подвижность, болезненность, состояние родовых путей, степень зрелости шейки матки.

5) **Исследование таза**. Наличие нормального таза является одним из главных условий правильного течения родов. Измерения проводят тазомером. При измерении таза женщина лежит на спине с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе. Обычно измеряют 4 размера таза: три поперечных и один прямой (*distantia spinarum, distantia cristarum, distantia trochanterica, conjugata externa*)

6) **Аускультация плода**. В норме 120-160 ударов в минуту, ясное, ритмичное. При головном предлежании сердцебиение выслушивается ниже пупка со стороны спинки плода, при тазовом предлежании выше пупка.

7) **Пальпация живота**. Определяют величину матки, ее функциональное состояние (тонус, напряжение при исследовании), положение плода в полости матки. При исследовании определяют членорасположение, положение, позицию, вид, предлежание плода. При пальпации используются приемы наружного акушерского исследования (Леопольда-Левицкого).

Дополнительные методы исследования.

Инструментальные:

1 **Кардиотокография (КТГ)**-непрерывная регистрация ЧСС плода и тонуса матки с графическим изображением сигналов на калибровочной ленте. Регистрация частоты сердечных сокращений производится ультразвуковым датчиком на основе эффекта Доплера. Регистрация тонуса матки осуществляется тензометрическим датчиком. Датчики крепятся к передней брюшной стенке специальными ремнями: тензометрический в области дна; ультразвуковой в области стабильной регистрации сердцебиения плода.

2 **Доплерография**-определение скорости кровотока в магистральных сосудах матки, пуповины и плода.

3 **Ультразвуковое исследование (УЗИ)**-один из наиболее информативных методов исследования в акушерстве. Диагностика маточной беременности возможна с ранних сроков. С 4-й недели визуализируется плодное яйцо. Сердцебиение плода возможно выявить с 5-6 недельного срока, двигательную активность с 7-8 недель. Наиболее точным показателем срока в 1 триместре является копчико-теменной размер плода (КТР). Во 2 и 3 триместре основное внимание акцентируют на следующих фетометрических показателях: бипариетальный размер головки (БПР); средний диаметр грудной клетки и живота (ОГ, ОЖ); длина бедренной кости. Эти параметры нам важны для определения предполагаемой массы плода.

4 **Амниоскопия** - трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного яйца. Показания: переношенная беременность, резус-конфликт, хроническая гипоксия. Обращают внимание на цвет околоплодных вод, примесь мекония или крови, наличие хлопьев сыровидной смазки.

Лабораторные методы:

Неинвазивные:

1 **Определение ХГЧ** в крови и в моче матери. Хорионический гонадотропин человека - это особый белок-гормон, который вырабатывается оболочками развивающегося эмбриона в течение всего периода беременности. ХГЧ поддерживает нормальное развитие беременности.

При нормальном развитии беременности ХГЧ определяется в крови беременных женщин примерно с 8-11-14 дня после зачатия.

По скорости увеличения концентрации ХГЧ в крови врачи могут определить некоторые отклонения от нормального развития беременности. В частности, при внематочной беременности или замершей беременности темпы увеличения концентрации ХГЧ ниже, чем при нормальной беременности.

Ускорение темпов увеличения концентрации ХГЧ может быть признаком пузырного заноса (хорионаденома), многоплодной беременности или хромосомных болезней плода (например, болезнь Дауна).

2 Определение уровня альфа-фетопротеина в сыворотке матери с целью выявления пороков развития ЦНС плода на 15-20-й неделе беременности.

3 Исследование на носительство микроорганизмов TORCH-комплекса (toxoplasma, rubella, herpes, cytomegalovirus)

Инвазивные:

1 Амниоцентез - инвазивная процедура, заключающаяся в пункции амниотической оболочки с целью получения околоплодных вод для последующего лабораторного исследования, амниоредукции или введения в амниотическую полость лекарственных средств. Амниоцентез можно выполнять в I, II и III триместрах беременности (наиболее оптимально -- в 16-20 недель беременности).

2 Хорионбиопсия-пункционная биопсия хориона (транскервикально или трансабдоминально под контролем УЗИ) в сроке 8-12 недель с целью кариотипирования плода и определения хромосомных и генных аномалий, определения пола.

3 Кордоцентез-пункция сосудов пуповины с целью получения фетальной крови. Показания:

- Пренатальная диагностика врождённых и наследственных заболеваний.
- Диагностика и оценка степени тяжести заболеваний плода (ГБП, внутриутробных инфекций).
- Оценка функционального состояния плода (КОС, биохимические показатели крови, содержание гормонов).
- Фетотерапия (инфузии препаратов крови и/или лекарственных средств)

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность –физиологический процесс, происходящий в организме женщины, при котором в утробе происходит развитие плода. В среднем продолжительность 280 дней или 40 недель.

1) **Предположительные признаки беременности** связаны с субъективными ощущениями женщины - перемены в аппетите, тошнота, рвота по утрам, изменение обонятельных ощущений, изменения в нервной системе (раздражительность, сонливость, плаксивость); пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков.

2) **Вероятные признаки беременности** связаны с изменением менструальной функции и с изменениями в половых органах: прекращение менструации; появление молозива при надавливании на молочные железы; синюшность (цианоз)слизистой оболочки влагалища и шейки матки; изменение формы, величины и консистенции матки; лабораторные исследования (ХГЧ в моче и в крови)

3) **Достоверные признаки беременности:** определение частей плода при пальпации живота; определение движений плода при пальпации или на УЗИ; выслушивание сердечных тонов плода аускультативно или на УЗИ.

Экспресс-диагностика беременности основана на обнаружении в крови или в моче женщины хорионического гонадотропина. Наиболее широкое распространение получила экспресс-диагностика беременности при помощи тест-систем, в основу которых положен принцип хроматографии. Чувствительность теста достаточна для практически 100%-точной диагностики беременности на 1-й день задержки ожидаемых месячных, а часто это возможно и на 3-5 дней раньше задержки. Сегодня в аптеках продаются различные диагностические тесты, помогающие самостоятельно диагностировать беременность. Обычно такой тест выглядит как индикаторная

полоска, погружаемую в мочу на 1-2 минуты. В зависимости от количества окрашенных полос и определяется наличие или отсутствие беременности.

При помощи иммуноферментного анализа можно точно определить количество хорионического гонадотропина в крови. Еще одним, хорошо известным и доступным методом диагностики ранней беременности является ультразвуковое исследование (УЗИ). Оно позволяет выявить беременность примерно на 5-6 день задержки месячных. В эти сроки на УЗИ можно увидеть в матке плодное яйцо диаметром 4-6 мм.

Тестовые задания для закрепления:

1. Беременная должна встать на учет в женской консультации до срока беременности

- 1) 5 недель
- 2) 12 недель
- 3) 14 недель
- 4) 16 недель
- 5) 20 недель

2. Физиологическая беременность продолжается

- 1) 240 дней
- 2) 280 дней
- 3) 320 дней
- 4) 220 дней
- 5) 300 дней

3. Беременная должна посещать женскую консультацию в первой половине беременности

- 1) 1 раз в неделю
- 2) 1 раз в 10 дней
- 3) 1 раз в 2 недели
- 4) 1 раз в месяц
- 5) 2 раза в триместр

4. При наблюдении в женской консультации каждая беременная обязательно должна быть осмотрена

- 1) терапевтом, хирургом, стоматологом, лор-специалистом
- 2) терапевтом и стоматологом, при наличии показаний - другими специалистами
- 3) терапевтом, гематологом, стоматологом, венерологом
- 4) стоматологом, лор-специалистом, при наличии показаний - другими специалистами
- 5) терапевтом, инфекционистом, стоматологом, венерологом

5. Здоровая беременная должна быть осмотрена терапевтом

- 1) 2 раза за беременность
- 2) 2 раза в месяц
- 3) 2 раза в триместр
- 4) 1 раз в 2 месяца
- 5) 3 раза в месяц

6. Женщина получает дородовый отпуск при сроке беременности

- 1) 30 недель
- 2) 32 недели
- 3) 35 недель
- 4) 28 недель
- 5) 34 недели

7. Иммунологические тесты на беременность основываются на определении:

- 1) эстрогенов в моче
- 2) прогестерона в крови
- 3) плацентарного лактогена
- 4) лютеинизирующего гормона
- 5) хорионического гонадотропина

8. Наиболее важный признак беременности при влагалищном исследовании:

- 1) размягчение в области перешейка
- 2) уплотнение матки при ее пальпации
- 3) асимметрия одного из углов матки
- 4) увеличение размеров матки в соответствии со сроком задержки менструации, ее мягкая консистенция
- 5) все перечисленные

9. Определение срока беременности основано на:

- 1) определении высоты стояния дна матки
- 2) данных УЗИ
- 3) данных влагалищного исследования при первой явке к гинекологу
- 4) дате последней менструации
- 5) всех перечисленных данных

10. Приемы Leopolda – Leviцкого позволяют определить:

- 1) положение, позицию и вид плода
- 2) отношение предлежащей части ко входу в таз
- 3) характер предлежащей части
- 4) высоту стояния дна матки
- 5) все перечисленное

Теоретическое занятие № 2: Физиологическая беременность.

Вопросы для контроля знаний:

1. Структура акушерско-гинекологической помощи в России?
2. Задачи женской консультации?
3. Задачи родильного дома?
4. Структура родильного дома?
5. Основные (специальные) методы исследования в акушерстве?
6. Лабораторные методы исследования в акушерстве?
7. Перечислите предположительные признаки беременности?
8. Вероятные признаки беременности?
9. Пельвиометрия. Методика проведения и диагностическая ценность?
10. Методы диагностики беременности?
11. Достоверные признаки беременности?
12. Что такое аускультация?

Оплодотворение – процесс соединения мужской(сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток, содержащих гаплоидный(одиночный)набор хромосом, в результате чего восстанавливается диплоидный набор хромосом и образуется новая клетка-**зигота**, которая дает начало новому организму. Оно происходит в ампулярной части маточной трубы.

Внутриутробный-это период от момента зачатия и до рождения плода. Длительность в среднем 280 дней или 40 акушерских недель. Выделяют следующие периоды внутриутробного развития

1) Зародышевый. Он начинается с момента оплодотворения до имплантации плодного яйца.

2) Имплантационный период длится около 2 суток. Внедрение плодного яйца в слизистую оболочку матки.

В этот период зародыш очень уязвим к воздействию неблагоприятных внешних факторов, которые могут привести к развитию грубой патологии, тяжелых пороков и явиться причиной прерывания беременности.

Период имплантации принято считать **первым критическим периодом беременности.**

3) Эмбриональный период, или органогенез (с 3 по 8 неделю). Длится 5-6 недель. Важнейшей его особенностью является закладка и органогенез почти всех внутренних органов будущего ребенка. Происходит активное деление клеток, поэтому воздействие тератогенных факторов вызывает эмбриопатии - грубые анатомические и диспластические пороки развития. Это **второй критический период** внутриутробного развития.

4) Фетальный, или плодный, период. Продолжается от 9 недель до рождения плода.

В фетальном периоде выделяют два подпериода: ранний и поздний. Ранний фетальный период (от начала 9 недели до конца 28 недели) характеризуется интенсивным ростом и тканевой дифференцировкой органов плода. Воздействие неблагоприятных факторов может проявляться задержкой роста и дифференцировки (гипоплазии) органов или нарушением дифференцировки тканей (дисплазии), возможно и рождение незрелого, недоношенного ребенка.

Поздний фетальный период (после 28 недель до начала родов). Происходит бурный рост и накопление клеточной массы органов и систем; формируется депо солей кальция, фосфора, железа; созревание ферментных систем, сурфактанта, иммунной системы. Поражения в этом периоде могут вызвать преждевременные роды с рождением маловесного и функционально незрелого ребенка. При сохранении беременности может иметь место внутриутробная гипотрофия.

Факторы, отрицательно воздействующие на плод.

Развивающийся эмбрион и плод очень чувствительны к неблагоприятным (тератогенным) факторам, которые могут вызвать гибель (аборт, мертворождение), пороки развития от тяжелых, несовместимых с жизнью, до легких аномалий развития, а также функциональные нарушения,

которые могут проявиться сразу же после рождения или в дальнейшем (иногда спустя годы и десятилетия).

В настоящее время **тератогенные** факторы можно разделить на три группы:

1. экзогенные;
2. генетические;
3. сочетанные.

К **экзогенным** тератогенным факторам относятся: ионизирующая радиация, которая вызывает гибель клеток или мутации генов; вирусные инфекции (краснуха, в меньшей степени - грипп, энтеровирусная инфекция, вирусный гепатит, цитомегаловирус и др.); фармакологические препараты (цитостатики, стероиды, салицилаты в больших дозах и др.); промышленные и сельскохозяйственные ядовитые вещества; хозяйственные яды (пестициды, гербициды); пищевые продукты (особенно испорченные, например, картофель, зараженный грибком); алкоголь, никотин, наркотики.

К **генетическим** тератогенным факторам относятся мутантные гены, вызывающие формирование пороков развития с доминантным или рецессивным типом наследования, например, семейные случаи с расщеплением верхней губы, поли- или синдактилией, а также хромосомные aberrации (числовые и структурные). При хромосомных aberrациях, возникающие пороки развития чаще несовместимы с жизнью (60% спонтанных аборт до 3 мес. обусловлены хромосомной aberrацией), и только относительно небольшое число детей (например, с болезнью Дауна и др.), имеющих хромосомные aberrации, жизнеспособны.

Сочетанные тератогенные факторы складываются из этих двух групп. Для формирования тех или иных пороков развития имеют значение сроки и длительность воздействия тератогенов, на формирующиеся органы и системы плода.

Изменения в организме женщины во время беременности

При беременности происходят физиологические изменения, подготавливающие организм женщины к родам и кормлению, а также способствующие правильному развитию плода.

Эндокринная система. Возникновение и развитие беременности связаны с функцией новой железы внутренней секреции - **желтого тела беременности**. В желтом теле продуцируются половые гормоны (прогестерон и эстрогены), которым принадлежит огромная роль в имплантации и дальнейшем развитии беременности. С 3—4-го месяца беременности желтое тело подвергается инволюции и его функцию целиком берет на себя плацента. **Плацента** является органом, объединяющим функциональные системы матери и плода. Она выполняет следующие основные функции: **дыхательная** функция обеспечивает транспорт от матери к плоду кислорода и выделение в обратном направлении углекислоты. **Трофическая** плацента содержит ферменты, участвующие в окислительно-восстановительных процессах, расщеплении и синтезе белков, жиров и углеводов, необходимых для развития плода.

Барьерная-обладая ограниченной проницаемостью, плацента способна защищать организм плода от ряда попавших в организм матери повреждающих факторов (токсических продуктов, микроорганизмов, лекарственных веществ и др.), но не от всех, и многие из них оказывают прямое воздействие на эмбрион и плод. **Выделительная** функция плаценты состоит в выведении из организма плода продуктов обмена веществ. Плацента является мощной железой внутренней секреции, в которой интенсивно протекают процессы синтеза, секреции и превращения ряда гормонов как стероидной (гестагены и эстрогены), так и белковой природы (ХГ, ПЛ).

Нервная система. До 3—4-го месяца беременности возбудимость коры большого мозга в целом снижена, а затем постепенно повышается. Возбудимость нижележащих отделов ЦНС и рефлекторного аппарата матки понижена, что обеспечивает расслабление матки и нормальное течение беременности. Перед родами возбудимость спинного мозга и нервных элементов матки повышается, что создает благоприятные условия для начала родовой деятельности.

Сердечно-сосудистая система. В матке значительно увеличивается количество сосудов, появляется новое (маточно-плацентарное) кровообращение. Это приводит к усиленной работе сердца, вследствие чего стенка сердечной мышцы немного утолщается, возрастает сила сердечных сокращений. 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 1,5 раза превышает исходный. Изменение объема циркулирующей плазмы и эритроцитов в сторону увеличения имеет неодинаковые пропорции. Так, объем плазмы в среднем увеличивается в 1,5 раза к 40-й неделе беременности, а объем циркулирующих эритроцитов – только в 1,2 раза. В результате имеет место феномен физиологической гемодилюции, или анемии разведения. Благодаря гемодинамическим изменениям в сердечно-сосудистой системе обеспечиваются оптимально комфортные условия для жизнедеятельности матери и плода. Происходит увеличение концентрации плазменных факторов свертывания крови, то есть подготовка организма женщины к кровопотере в родах.

Органы пищеварения. Изменения выражаются в тошноте, рвоте, повышенном слюноотделении, снижении или извращении вкусовых ощущений. После 3 месяцев беременности все эти явления обычно проходят. Функция кишечника характеризуется склонностью к запорам, поскольку кишечник отодвигается кверху и смещается в сторону беременной маткой. Печень выполняет повышенную функцию, что обусловлено обезвреживанием токсических веществ обмена веществ и продуктов обмена плода, поступающих в организм матери.

Органы дыхания. Дыхательная система во время беременности работает усиленно. Частота дыхания увеличивается. Связано это с увеличением потребности организма матери и плода в кислороде, а также в ограничении дыхательных движений диафрагмы из-за увеличения размеров матки, занимающей значительное пространство брюшной полости.

Органы мочевыделения. Испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода. Мочеточники во время беременности находятся в состоянии гипотонии, что приводит к замедлению оттока мочи, расширению мочеточников и почечных лоханок. Вследствие этого во время беременности часто наблюдаем первичное возникновение или обострение пиелонефрита. Почечный кровоток во время беременности возрастает. В результате наблюдается некоторое увеличение размеров почек, расширение чашечек и увеличение клубочковой фильтрации в 1,5 раза.

Половые органы. Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются, приобретают синеватую окраску. Масса матки к концу беременности увеличивается с 50–100 г до 1000 г. Объем полости матки в конце беременности возрастает более чем в 500 раз. Длина небеременной матки составляет 7–9 см, а к концу беременности достигает 37–38 см. Увеличение массы матки связано с гипертрофией и гиперплазией ее мышечных волокон. Сочленения малого таза размягчаются, что создает благоприятные условия для рождения плода. Связочный аппарат подвергается значительному утолщению и удлинению.

Молочные железы. Под действием гормонов начинаются изменения груди при беременности. Пролактин стимулирует рост и развитие лактоцитов – клеток, которые будут синтезировать молозиво и молоко. Под влиянием прогестерона активизируется рост и развитие альвеол и долек молочной железы. На поздних сроках высока вероятность появления растяжек и выделение молозива.

Кожа. У беременных часто появляется пигментация кожи, которая связана с повышенной функцией надпочечников. Отложение пигмента меланина особенно выражено на лице, по белой линии живота, на сосках. Во второй половине беременности на передней брюшной стенке, бедрах, молочных железах появляются синевато-багровые дугообразные полосы, называемые **рубцами беременности (растяжки)** -это следствие разрыва коллагеновых волокон. После родов эти рубцы не исчезают, но постепенно бледнеют и остаются в виде белых блестящих (перламутровых) полосок. **Прибавка массы тела во время беременности.** Масса тела женщины увеличивается, особенно во второй половине беременности. Еженедельная прибавка в этот период составляет 300–350 г. В среднем масса тела к концу беременности увеличивается на 12 кг, из них 75% приходится на массу плода, плаценты, матки, околоплодных вод и увеличение количества циркулирующей крови.

ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ НАБЛЮДЕНИИ И УХОДЕ ЗА БЕРЕМЕННОЙ.

Патронаж беременных заключается в предоставлении беременной женщине общих сведений о беременности, возможных проблем с которыми она может столкнуться, необходимости соблюдения гигиены, питания, физических нагрузок, а также необходимости посещения женской консультации, дабы получить консультацию доктора и убедиться в том, что беременность протекает хорошо, и будущий ребенок здоров. Патронаж беременных определенным образом подготавливает будущую маму к заботам и проблемам, с которыми она столкнется после рождения ребенка.

Ответственность за патронаж беременной ложится на плечи медсестры с женской консультации, где числится будущая роженица. Основные рекомендации и информацию медсестре дает акушер-гинеколог. Медсестра должна осмотреть жилплощадь семьи, в которой ожидается пополнение, убедиться в подходящих условиях жизни и дальнейшего воспитания ребенка. Основной целью проведения патронажа беременных является сокращение случаев преждевременных родов, рождения детей с патологией, минимизация болезней, которые могут появиться после рождения ребенка. При патронаже беременной предполагается заведение регистрационной карты, в которой должна иметься анкета, заполненная медсестрой. Эта карта будет сопровождать женщину на протяжении всей беременности, в нее будут вноситься данные, отметки по протеканию беременности, а потом и родов.

План сестринского ухода в стационаре:

1. Создание беременной полного покоя и длительного сна
2. Проведение беседы об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов, микроэлементов
3. Выполнение назначений врача
4. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты в течение дня
5. Наблюдение за общим состоянием беременной (жалобы на головную боль, боли в эпигастрии, ухудшение зрения, плохой сон, сниженную работоспособность, жажду)
6. Следить за динамикой веса
7. Контроль суточного диуреза и водного баланса
8. Наблюдение за отеками
9. Следить за состоянием плода (шевеление, сердцебиение)

Закрепление нового материала:

1. Какие тератогенные факторы вы знаете?
2. Назовите критические периоды развития плода?
3. Что такое оплодотворение?
4. Роль медицинской сестры при беременности?
5. Под влиянием какого гормона происходят изменения в молочных железах при беременности?
6. Что ведет к повышению вероятности пиелонефрита во время беременности?
7. За счет чего происходит прибавка массы тела во время беременности?
8. Какие изменения на коже происходят во время беременности? 9. Изменения в половых органах во время беременности?

Теоретическое занятие № 3: Физиологические роды и нормальный послеродовый период.

Вопросы для контроля знаний:

- Что такое оплодотворение и где оно происходит?
- Какие периоды внутриутробного развития плода вы знаете?
- Что относится к экзогенной группе тератогенных факторов?
- Какие критические периоды внутриутробного развития вы знаете?
- Какие последствия могут возникнуть у плода при воздействии тератогенных факторов в фетальном периоде?
- Какие изменения наблюдаются в сердечно-сосудистой системе при беременности?
- Какие физиологические изменения происходят в органах пищеварения при беременности?
- Какова нормальная прибавка массы тела при беременности?
- Какие изменения на коже наблюдаются во время беременности?
- Что такое плацента и какие функции она выполняет?

Роды – это этапный физиологический процесс, в ходе которого происходит изгнание плода, а также выделение околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты через естественные родовые пути.

Срочными считаются роды на 37–42-й неделе беременности, **преждевременными** – роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют **запоздалыми**.

В конце беременности происходят изменения, которые свидетельствуют о готовности организма к родам - "**предвестники родов**". К ним относятся:

- "опускание" живота беременной в результате растяжения нижнего сегмента и вставления головки во вход в малый таз, вследствие этого беременной становится легче дышать;
- снижение массы тела беременной на 1-2 кг (за 2-3 дня до родов)
- снижение двигательной активности плода;
- появление в области крестца и нижней части живота нерегулярных, сначала тянущих, затем схваткообразных ощущений (прелиминарные боли);
- выделение из половых путей густой тягучей слизи - слизистой пробки (выделение слизистой пробки часто сопровождается незначительными кровянистыми выделениями из-за неглубоких надрывов краев зева);
- "созревание" шейки матки. Степень зрелости шейки матки определяется в баллах с использованием шкалы Бишопа.

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки	Больше 2 см	1-2 см	Меньше 1 см и сглажена
Проходимость канала, зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Больше одного пальца, при сглаженной шейке более 2 см
Положение шейки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кпереди	Срединное

При оценке 0-2 балла - шейка считается "незрелой", 3-4 балла - "созревающей", 5-8 баллов - "зрелой". "Зрелость" шейки матки, определяемая при влагалищном исследовании, является основным признаком готовности организма к родам.

Женщину во время родов называют роженицей.

Выделяют три периода родов: первый период - раскрытие шейки матки; второй период - изгнание плода; третий период - последовый.

Средняя продолжительность родов у первородящих около 8-14 часов, у повторнородящих 6-12 часов.

Первый период-период раскрытия - начинается с появления регулярных маточных сокращений (схваток) и заканчивается полным раскрытием шейки матки. У первородящих продолжительность первого периода 10-11 ч, у повторнородящих 6-7 ч. Меньшая продолжительность у повторнородящих объясняется особенностью механизма раскрытия шейки матки, выражающейся в одновременном раскрытии наружного и внутреннего зева. У первородящих вначале раскрывается внутренний зев, шейка становится тонкой (сглаживается), а затем раскрывается наружный зев.

В раскрытии шейки матки имеют значение два механизма:

- 1) сокращение мышц матки
- 2) действие на шейку изнутри плодного пузыря или предлежащей части за счет повышения внутриматочного давления.

Схватки-непроизвольные периодические сокращения матки. Во время схватки в мышечной стенке матки происходят процессы контракции (сокращение мышечных волокон), ретракции (смещение мышечных волокон относительно друг друга) и дистракции (растяжение мышечных волокон). Родовые схватки обычно очень болезненны. Степень болевых ощущений различна. Это в значительной мере зависит от функциональных особенностей нервной системы рожениц. Боли сильнее выражены к концу периода раскрытия.

В 1-м периоде родов различают:

- 1) **Латентную фазу** - промежуток времени от начала родовой деятельности до открытия маточного зева на 3-4 см. Скорость раскрытия 0,35 см/ч
- 2) **Активную фазу** от раскрытия шейки матки на 3-4 см до ее полного раскрытия, характеризуется быстрым раскрытием маточного зева со скоростью 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих.

Продолжительность схваток в течение 1 периода родов постепенно увеличивается от 10-15 сек до 60-80 сек, промежутки между схватками укорачиваются от 10-15 мин до 1-2 мин.

Когда предлежащая головка плода опускается в малый таз, она со всех сторон плотно прижимается к нижнему сегменту матки, образуя **пояс соприкосновения**. Пояс соприкосновения делит околоплодные воды на передние и задние. Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами, наибольшая часть околоплодных вод, располагающаяся выше пояса соприкосновения, называется задними водами.

Граница между истонченным нижним сегментом и телом матки имеет вид борозды и называется **контракционным кольцом**. Его можно определить после излития околоплодных вод во время схваток. Высота стояния контракционного кольца над лонным сочленением коррелирует со степенью раскрытия шейки матки: чем больше раскрывается шейка матки, тем выше располагается контракционное кольцо.

К концу первого периода родов при вступлении предлежащей головки плода в малый таз начинаются ее поступательные движения, плодный пузырь напрягается, оболочки перерастягиваются и разрываются. При разрыве плодного пузыря изливаются передние околоплодные воды

Различают:

- своевременное** излитие околоплодных вод- в конце первого периода родов
- преждевременное** излитие околоплодных вод- до начала родовой деятельности,

- **раннее** излитие околоплодных вод- от начала родовой деятельности до раскрытия маточного зева на 5-6 см.,

- **запоздалое** излитие околоплодных вод- после полного раскрытия маточного зева, в периоде изгнания плода.

Второй период-период изгнания-промежуток времени от полного раскрытия шейки матки до изгнания плода. Продолжительность его в среднем: у первородящих от 1 до 2 часов, у повторнородящих от 10 до 30 мин.

После излития околоплодных вод схватки ненадолго ослабевают, объем полости матки значительно уменьшается, стенки матки приходят в тесное соприкосновение с плодом; схватки вновь усиливаются. К сокращению матки присоединяются **потуги**-сокращение мышц брюшного пресса, диафрагмы и мышц тазового дна. Потуги являются рефлекторным актом и возникают благодаря давлению предлежащей части плода на нервные окончания, заложенные в шейке матки и в мышцах тазового дна. Повышение внутриматочного и внутрибрюшного давления способствует изгнанию плода из полости матки. Под влиянием родовых изгоняющих сил (схватки и потуги) плод совершает поступательные движения по оси родового канала, и головка плода совершает вращательные движения- повороты вокруг продольной оси и вращения вокруг поперечной оси (сгибание и разгибание). В норме, скорость продвижения головки по родовому каналу у первородящих 1см/ч, а у повторнородящих-2 см/ч. При прохождении головки через родовые пути происходит ее приспособление к форме и размерам таза матери. Кости черепа смещаются в области швов и родничков относительно друг друга, черепные кости уплощаются или становятся выпуклыми, в результате этого изменяется форма головки. Изменения формы головки при прохождении ее через родовые пути называется **конфигурацией**.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называют **биомеханизмом родов**. Особенности биомеханизма родов зависят от предлежания, вида, позиции плода, вставления головки, размеров и формы таза.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Первый момент-сгибание головки. Под влиянием внутриматочного и внутрибрюшного давления шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого, постепенно приближается к срединной (проводной) линии таза и становится наконец наиболее низко расположенной частью головки- **проводной точкой**. Сгибание головки позволяет ей пройти через полость малого таза наименьшим-малым косым размером (9.5 см).

Второй момент-внутренний поворот головки. Головка плода при своем поступательном движении в полости малого таза, одновременно со сгибанием начинает поворачиваться вокруг своей продольной оси. Это движение легко обнаружить, наблюдая за изменением положения стреловидного шва. Стреловидный шов, располагаясь до поворота в поперечном или в одном из косых размеров, переходит в прямой размер таза. Поворот головки заканчивается, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка устанавливается под лонным сочленением.

Третий момент-разгибание головки. Разгибание начинается после того, как подзатылочная ямка упирается в нижний край лонного сочленения, образуя точку фиксации. Головка вращается своей поперечной осью вокруг точки фиксации и в несколько потуг полностью разгибается и рождается. При этом из половой щели последовательно появляются теменная область, лоб, лицо и подбородок.

Четвертый момент- внутренний поворот туловища и наружный поворот головки. Во время разгибания головки плечики плода вставляются в поперечный размер входа. По мере поступательного движения головки они своим поперечным размером переходят из поперечного в косой, а при выходе- в прямой размер таза. Этот поворот передается родившейся головке, при этом затылок плода поворачивается к левому (при первой позиции) или правому (при второй позиции) бедру матери. Переднее плечико поворачивается к лонному сочленению, заднее - к крестцу. Затем рождается плечевой пояс в следующей последовательности: сначала верхняя

треть плечика, обращенного кпереди, а затем за счет бокового сгибания позвоночника плечико, обращенное кзади. Далее рождается все туловище плода, изливаются задние околоплодные воды.

Все перечисленные моменты совершаются при поступательном движении плода, и строгого разграничения между ними нет.

Третий период родов – последовый - начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа; средняя продолжительность у первородящих, повторнородящих женщин - 30 минут. В последовом периоде происходят отделение плаценты и оболочек от стенок матки и изгнание отслоившегося последа из половых путей.

После рождения младенца в течение короткого периода роженица отдыхает. Затем матка приобретает округлую форму, дно ее располагается на уровне пупка; через несколько минут начинаются ритмические сокращения матки - последовые схватки.

При последовых схватках, когда сокращается вся мускулатура матки, плацента, не обладающая способностью к сокращению, смещается от суживающегося места прикрепления. С каждой схваткой плацентарная площадка уменьшается, плацента образует складки, выпячивающиеся в полость матки, и, наконец, отслаивается от ее стенки. Отделение плаценты от стенки матки происходит либо:

- с ее края (**по Дункану**). В этом случае излившаяся кровь не образует ретроплацентарной гематомы, а, стекая вниз, отслаивает оболочки. Послед рождается из родовых путей ее материнской поверхностью, а амниотическая оболочка оказывается внутри.

- либо со стороны ее центра (**по Шультце**). Нарушение связи между плацентой и стенкой матки сопровождается разрывом маточно-плацентарных сосудов, что приводит к образованию ретроплацентарной гематомы, которая способствует дальнейшему отделению плаценты от места прикрепления. Плацента рождается центральной частью плодовой поверхности, амниотической оболочкой наружу.

Выделению последа, отделившегося от стенок матки, кроме схваток, способствуют потуги. Рефлекторное сокращение брюшных мышц происходит в результате смещения отделившейся плаценты в нижний сегмент матки и во влагалище и раздражение рецепторов указанных отделов родовых путей.

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0.5% от массы тела (250-400 мл).

Роды закончились, и с этого момента роженица именуется **родильницей**.

Физиологический послеродовой период

Послеродовым называется период, в течение которого у родильницы заканчивается обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подверглись изменениям в связи беременностью и родами. Исключением являются молочные железы и гормональная система, функция которых достигает в течение первых нескольких дней послеродового периода своего максимального развития и продолжается в течение периода лактации.

Ранний послеродовой период.

— это первые 2-4 часа после родов. Чаще всего осложнения, связанные с патологией сократительной деятельности матки после родов, а также аномалиями прикрепления плаценты (остатки долек плаценты в матке) проявляются возникновением кровотечения в первые часы после родов; поэтому в течение 2-4 ч. родильница находится в родильном отделении под постоянным наблюдением.

Сразу после родов дно матки пальпируется на уровне пупка. Длина ее по зонду — расстояние от наружного зева до дна— 15-20см.

После родов необходимо произвести осмотр шейки матки в зеркалах и мягких тканей родового канала. Осмотр обязательно производят всем родильницам. При обнаружении травмы мягких тканей родового канала, шейки матки, стенок влагалища, промежности их необходимо зашить. В течение этого периода необходимо следить за общим состоянием родильницы, цветом

кожных покровов, слизистых, характером пульса, АД, состоянием матки, температурой. Время от времени через переднюю брюшную стенку нужно производить массаж матки для удаления накопившихся в ней сгустков крови; обращая при этом внимание на консистенцию матки, ее величину, болезненность и характер выделений из половых путей.

Поздний послеродовой период

—это время с момента перевода роженицы в послеродовое отделение до момента, когда в организм женщины исчезнут изменения, вызванные беременностью и родами; продолжается от 6 до 8 недель.

За первую неделю послеродового периода масса матки уменьшается вдвое, т. е. достигает 500 г. К концу второй недели она весит 350г, к концу третьей — 250г. К 6-8 неделе после родов обратное развитие матки прекращается. Матка рожавшей женщины имеет массу около 75 г.

Высота стояния дна матки сразу после родов на 4 см ниже пупка, на следующий день дно матки поднимается и стоит на уровне пупка вследствие восстановления тонуса мышц тазовой диафрагмы. На 4 день после родов дно матки определяется обычно на середине расстояния между пупком и лоном. На 8-9 день дно матки еще можно пальпировать на уровне лона или на 2 см выше его. В среднем за каждые сутки дно матки опускается на 2см.

Эпителизация внутренней поверхности матки завершается к 7-8 дню послеродового периода, за исключением плацентарной площадки, где этот процесс идет медленнее и заканчивается концу 6-8 недели.

Лохии — это послеродовые выделения (кровь, слизь и расплавившиеся органические элементы). Общее количество лохий за 6-8 недель исчисляется 500- 1500г. В первые 2-3 дня лохии имеют кровяной характер, состоят из эритроцитов, носят название *lochia rubra*. На 4-5 день лохии принимают кровянисто – серозный вид (*lochia serosa*) с превалированием лейкоцитов. Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, клетки плоского эпителия и децидуальные, а эритроциты почти исчезают. В таком виде лохии имеют серовато-белый цвет и называются *lochia alba*. К концу 3 недели выделения почти прекращаются.

После родов роженица чувствует себя утомленной и нуждается в отдыхе. Температура нормальная; однократное повышение температуры может наблюдаться на 3- 4-й день послеродового периода вследствие проникновения микробов в полость матки или в результате нагрубания молочных желез. Частота пульса чаще всего нормальная, реже отмечается физиологическая брадикардия. АД несколько снижается. Аппетит в первые дни может быть понижен, затем восстанавливается; стул и мочеиспускание задержаны вследствие атонии кишечника и мочевого пузыря.

Закрепление нового материала:

- Назовите предвестники родов?
- Назовите периоды родов и их продолжительность?
- Дайте определение понятию конфигурация головки?
- Что такое контракционное кольцо?
- Как меняется высота стояния дна матки в послеродовом периоде?
- Когда в норме должны излиться околоплодные воды?
- Механизмы отделения плаценты?
- Дайте определение биомеханизму родов?
- Назовите моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- Когда происходит преждевременное излитие вод?
- Что такое потуги?
- Сколько длится послеродовый период?

Задание на дом: составить презентацию на тему «Физиологические роды»

Теоретическое занятие № 4: Патологическое течение беременности

Вопросы для контроля знаний:

- Назовите предвестники родов?
- Назовите периоды родов и их продолжительность?
- Дайте определение понятию конфигурация головки?
- Что такое схватки? Потуги?
- Что такое контракционное кольцо?
- Назовите 4 момента биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- Как меняется высота стояния дна матки в послеродовом периоде?
- Когда в норме должны излиться околоплодные воды?
- Механизмы отделения плаценты?

Информационный блок.

1. Ранние токсикозы. Классификация.
2. Рвота беременных. Классификация, клиника
3. Диагностика и лечение рвоты беременных
4. Преэклампсия. Определение, факторы риска.
5. Классификация преэклампсии
6. Лечение преэклампсии
7. Осложнения преэклампсии
8. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Классификация. Причины, Клиника
9. Предлежание плаценты. Классификация, этиология, клиника.

К **токсикозам** относятся патологические состояния, которые проявляются во время беременности и, как правило, исчезают после окончания или в раннем послеродовом периоде.

Классификация

Часто встречающиеся формы:

- рвота беременных
- слинотечение(птиализм)

Редкие формы токсикозов:

- дерматозы (атопический дерматит, зуд беременных)
- тетания беременных (проявляется судорогами верхних и нижних конечностей, лица, вследствие нарушения кальциевого обмена)
- остеомаляция (чаще наблюдается стертая форма-симфизит; заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена)
- внутрипеченочный холестаз
- бронхиальная астма беременных

РВОТА БЕРЕМЕННЫХ - осложнение беременности, проявляющееся в первой половине беременности, характеризуется диспепсическими расстройствами и нарушением всех видов обмена.

Классификация: по степени тяжести

- 1) Легкая рвота беременных
- 2) Умеренная (средней тяжести)
- 3) Тяжелая (чрезмерная, неукротимая)

К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относятся: хронические заболевания ЖКТ, печени, астенический синдром.

Клиника

Чем раньше возникает рвота, тем тяжелее она протекает. Как правило, по окончании процесса плацентации, к 12-13 неделям тошнота и рвота прекращаются.

Легкая рвота:

- общее состояние удовлетворительное
- частота рвоты до 4-5 раз в сутки
- незначительное уменьшение массы тела (1-3 кг-до 5% от исходной массы)
- пульс, А/Д, диурез, температура тела в пределах нормы

Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно, но у 10-15% она усиливается и может переходить в следующую стадию.

Умеренная рвота:

- ухудшение общего состояния (возникает значительная слабость и апатия)
- частота рвоты до 10 раз в сутки
- уменьшение массы тела на 3-5 кг (6-10% от исходной массы)
- тахикардия 90-100 уд в минуту, артериальная гипотония (САД 110-100 мм. рт. ст.)
- диурез снижен, в моче может быть ацетон
- кожа бледная, сухая; язык обложен белым налетом
- нередко наблюдается запор.

Чрезмерная рвота-встречается редко, характерно нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений, вследствие выраженной интоксикации и обезвоживания.

- общее состояние тяжелое, отмечается адинамия, упадок сил, головная боль, головокружение, боли в правом подреберье
- частота рвоты до 20 раз в сутки, обильное слюнотечение
- потеря массы тела более 10% от исходной (более 5 кг)
- $Ps > 100$, артериальная гипотензия (САД < 100 мм. рт. ст.)
- диурез резко снижен (< 700 мл)
- запах ацетона изо рта (резко положительная реакция мочи на ацетон)
- слой подкожной жировой клетчатки исчезает, кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие.
- задержка стула

Диагностика:

- сбор жалоб, анамнеза;
- Физикальное обследование (контроль массы тела, состояние кожных покровов, пульс, А/Д, температура)
- *Лабораторные исследования:*
 - ОАК (незначительная анемия, повышение гематокрита и лейкоцитов при тяжелой степени)
 - ОАМ (протеинурия, цилиндрурия, уробилинурия, эритроцитурия и лейкоцитурия при тяжелой рвоте)
 - анализ мочи на определение кетоновых тел (положительная реакция на ацетон)
 - биохимический анализ крови (билирубин, остаточный азот, мочевины, общий белок и белковые фракции, трансаминазы, глюкоза, креатинин)
 - электролиты — калий, натрий, хлориды уменьшаются
 - показатели КОС крови;
 - УЗИ органов брюшной полости (острая жировая дистрофия печени при тяжелой рвоте)

ЛЕЧЕНИЕ

Легкой формы рвоты амбулаторно. При рвоте средней и тяжелой степени показано комплексное лечение в стационаре.

Цели лечения— восстановление водно-солевого баланса, метаболизма, функций жизненно важных органов.

Основными компонентами лечения являются:

1) Лечебно-охранительный режим с устранением отрицательных эмоций. Не укладывать в одну палату двух подобных больных, чтобы исключить рефлекторную рвоту

2) Диета. Рекомендуется разнообразная пища, которая должна быть легкоусвояемой, богатой витаминами. Пищу принимать небольшими порциями каждые 2-3 часа. Ограничить употребление тяжелых для переваривания продуктов-копченостей, жирного мяса, острого, соленого. Питье щелочное-минеральная вода без газа, некрепкий чай с лимоном, с имбирем.

3) Физиотерапевтические методы-электроаналгезия, электросон, иглоукалывание, психотерапия.

4) Медикаментозная терапия должна быть комплексной и включать следующие ЛС:

-препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс-церукал в/м 2мл 1-2 раза в сутки или по 10мг*2р- 5-7 дней

Седативная терапия (настойка валерианы, пустырника, пиона по 30 капель*3 раза, ново-пассит)

-Инфузионная терапия для регидратации (NaCl 0.9% 200-400мл в/в, Натрия гидрокарбонат 400мл в/в капельно; Хлосоль, Дисоль, Ацесоль по 200-400мл в/в капельно) дезинтоксикации и парентерального питания (Инфукол, Инфезол по 400мл в/в кап). Общий объем 1-3 л в сутки 3-5 дней, в зависимости от степени обезвоживания и массы тела больной, под контролем АД, диуреза, гематокрита.

-метаболическая терапия: фолиевая кислота по 1г*3 р в сутки; хофитол по 300мг*3р или 5 мл в/в; эссенциале по 600мг*3р; поливитаминные комплексы-Фемибион.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Преэклампсия-патологическое состояние, возникающее после 20-й недели беременности, характеризуется артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией, нередко отеками и проявлениями полиорганной дисфункции.

Частота 2-8%. В основе ПЭ лежит генерализованный спазм сосудов, нарушение микроциркуляции, изменение реологических и коагуляционных свойств крови.

Факторы риска преэклампсии: преэклампсия в анамнезе; экстрагенитальные заболевания (артериальная гипертензия, заболевания почек, сахарный диабет 1 и 2 типа, анемия тяжелой степени); возраст 40 лет и более; ожирение, чрезмерная прибавка веса во время беременности; аутоиммунные заболевания: антифосфолипидный синдром и системная красная волчанка; наследственные тромбофилии; использование вспомогательных репродуктивных технологий; перерыв между родами 10 лет и более

Классификация:

1) Умеренная ПЭ

Артериальная гипертензия-САД>140 мм.рт.ст. или ДАД>90 мм.рт.ст.;

Протеинурия>0.3 г/л белка в суточной пробе мочи

2) Тяжелая ПЭ

АГ: САД>160 мм.рт.ст. или ДАД>110 мм.рт.ст. при двукратном измерении с интервалом в 6 ч в состоянии покоя;

Протеинурия >5.0г/л в суточной пробе мочи или больше 3г/л в двух порциях мочи, взятой с интервалом в 6ч.

Дополнительные критерии (свидетельствуют о полиорганной недостаточности)

-олигурия (менее 500мл за сутки)

-тромбоцитопения (меньше 100)

-боли в эпигастрии или в правом верхнем квадранте

-нарушение функции печени (повышение АСТ, АЛТ)

-задержка внутриутробного роста плода, антенатальная гибель плода

-церебральные симптомы (головная боль, фотопсии, парестезии, мелькание мушек)

Диагноз ПЭ тяжелой степени ставится при наличии двух основных критериев тяжелой степени или одного основного и дополнительного критерия.

Лечение преэклампсии.

Родоразрешение -самое эффективное лечение ПЭ.

При умеренной ПЭ показана госпитализация для уточнения диагноза и тщательного мониторинга состояния беременной и плода, но при этом возможно пролонгирование беременности. Родоразрешение показано при ухудшении состояния матери и плода.

При тяжелой ПЭ необходимо решение вопроса о родоразрешении после стабилизации состояния матери, при возможности после проведения профилактики РДС плода при сроке менее 34 недель (8 мг дексаметазона через каждые 8 ч трижды) и перевода матери в акушерский стационар 3-й группы.

Антигипертензивные ЛС:

-Допегит (метилдопа)-антигипертензивный препарат центрального действия (препарат первой линии) -250мг*3р в сутки

-Нифедипин-блокатор кальциевых каналов-20мг*2 р в сутки

-Метопролол- в-адреноблокатор, по 50 мг* 2 р в сутки

Противопоказаны при беременности: ингибиторы АПФ, антагонисты кальция и антагонисты рецепторов ангиотензина 2.

Профилактика и лечение судорог:

Сульфат магния-препарат выбора. Стартовая доза 16-24 мл вводится в/в медленно в течении 10-15 минут. Поддерживающая доза-4-8 мл в час в/в капельно.

Осложнения ПЭ: эклампсия; отек, кровоизлияние и отслойка сетчатки; острый жировой гепатоз; HELLP-СИНДРОМ; острая почечная недостаточность; отек легких; инсульт; инфаркт миокарда; отслойка плаценты; антенатальная гибель плода.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) - это отделение нормально расположенной плаценты от стенок матки, которое происходит во время беременности или до рождения плода в родах.

Частота ПОНРП колеблется от 0,4 до 1,8%.

Материнская смертность при ПОНРП связана с шоком и кровотечением; перинатальная смертность внутриутробной гипоксией.

Классификация:

В зависимости от вида кровотечения различают:

- отслойку с наружным, или видимым, кровотечением, при котором наблюдается выделение крови из влагалища
- отслойку с внутренним, или скрытым, кровотечением, при котором кровь располагается между плацентой и стенкой матки (ретроплацентарная гематома)
- отслойку со смешанным кровотечением (наружным и внутренним).

В зависимости от площади отслойки выделяют: частичную (прогрессирующую или непрогрессирующую) и полную отслойку нормально расположенной плаценты.

По степени тяжести клинической картины различают: легкую, средней тяжести и тяжелую форму ПОНРП.

Факторы риска ПОНРП • Артериальная гипертензия до и во время беременности; • Насильственные действия в отношении беременной, падения, травмы; • Курение, употребление наркотиков; • Экстрагенитальная патология (гломерулонефрит, тяжелая анемия) и эндокринопатии (сахарный диабет); • Аутоиммунные состояния (АФС, системная красная волчанка); • Генетические дефекты гемостаза, предрасполагающие к тромбозам; • Короткая пуповина, предлежание плаценты; • Быстрая декомпрессия перерастянутой матки (при многоплодии, многоводии); • Многогрозавшие, кесарево сечение в анамнезе; • ПОНРП в анамнезе; • Внутриутробные инфекции; • Аномалии развития и опухоли матки; • Юный или старший (>40 лет) возраст первородящих;

Клиника: • кровотечение из половых путей; • боли в животе; • гипертонус матки; острая гипоксия плода (брадикардия, тахикардия)

Боль при ПОНРП обусловлена растяжением, имбибицией стенки матки кровью, раздражением брюшины. Иногда боли настолько сильные, что сравнимы с болями при разрыве матки или маточной трубы.

Предлежание плаценты(ПП) (placenta praevia)—прикрепление плаценты в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева. При предлежании плацента находится на пути рождающегося плода.

Классификация:

- 1) **Полное (центральное)** предлежание –плацента полностью перекрывает внутренний зев.
- 2) **Неполное (частичное)** предлежание –плацента частично перекрывает внутренний зев.
- 3) **Краевое ПП** (предлежание плаценты) –нижний край плаценты располагается на уровне края внутреннего зева;
- 4) **Низко расположенная плацента** –такое расположение плаценты, когда между ее нижним краем и внутренним зевом матки расстояние менее 5 см.

Различают также плотное прикрепление и приращение плаценты.

Предрасполагающие факторы к ПП: • рубец на матке после операции кесарева сечения и других операций на матке; • предлежание плаценты в анамнезе; • воспалительные процессы матки (хронический эндометрит); • большое число родов в анамнезе; • перенесенные аборт и послеабортные воспалительные заболевания матки; • субмукозная миома матки; • беременность после ЭКО; • возраст первородящей старше 40 лет; • многоплодие.

Жалобы: • кровянистые выделения из половых путей яркого цвета при безболезненной матке во второй половине беременности

• анамнез: повторяющиеся безболезненные кровянистые выделения из половых путей

Физикальное обследование:

• высокое стояние предлежащей части плода; •неправильные положения или тазовые предлежания плода.

Инструментальные исследования:

• УЗИ • Доплерография плаценты • МРТ для диагностики и уточнения степени инвазии вросшей плаценты

В случае предлежания плаценты важное значение имеет информирование беременных о необходимости избегать половых контактов, риске преждевременных родов, кровотечения. Необходимо консультирование о важности близости нахождения к учреждению родовспоможения, постоянное присутствие партнера.

Закрепление нового материала:

Тестовый контроль:

1. К часто встречающимся формам раннего токсикоза относятся

- 1) отеки беременных, гипертония беременных
- 2) птолизм, рвота беременных
- 3) гипертония беременных, преэклампсия
- 4) дерматозы, хорей беременных
- 5) острая желтая атрофия печени, рвота беременных

2. Ацетонурия характерна

- 1) для преэклампсии
- 2) для отеков беременных
- 3) для рвоты беременных
- 4) для нефропатии беременных
- 5) для дерматозов беременных

3. В стационар поступила беременная с жалобами - на тошноту, - рвоту до 15 раз в сутки, - потерю 8 кг веса, - слабость. Пульс 100 уд. в 1 минуту, ритмичный. АД - 95/60 мм рт.ст., температура 37,2. Срок беременности 8 недель. ДИАГНОЗ

- 1) острый гастрит
 - 2) острый холецистит
 - 3) рвота беременных легкой степени
 - 4) рвота беременных средней степени
 - 5) рвота беременных тяжелой степени
- 4.** Первородящая 23 лет доставлена в родильный дом на 36 неделе беременности с жалобами - на головную боль, тошноту, двухкратную рвоту, неясное зрение. Эти явления появились три часа назад. Пульс 90 ударов в 1 минуту, напряженный. АД - 170/100 мм рт.ст., отеки ног, белок в моче 3,3 г/л. ДИАГНОЗ
- 1) эклампсия
 - 2) преэклампсия
 - 3) нефропатия 3-й степени тяжести
 - 4) нефропатия 2-й степени тяжести
 - 5) рвота беременных
- 5.** К наиболее частым причинам кровотечения в конце беременности относится
- 1) начавшийся выкидыш
 - 2) разрыв матки
 - 3) предлежание плаценты
 - 4) пузырный занос
 - 5) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- 6.** Нормальным считается расположение плаценты
- 1) выше области внутреннего зева на 5 см и более
 - 2) по передней стенке матки
 - 3) выше области внутреннего зева на 3 см
 - 4) по задней стенке матки
 - 5) в области нижнего сегмента матки
- 7.** Основной при предлежании плаценты является жалоба
- 1) на сильные распирающие боли в животе
 - 2) на схваткообразные боли в низу живота
 - 3) на наружное кровотечение
 - 4) на боли в эпигастральной области
 - 5) на слабые шевеления плода
- 8.** При наружном акушерском исследовании у беременной с предлежанием плаценты обычно выявляется
- 1) матка в гипертонусе
 - 2) болезненность при пальпации нижнего сегмента матки
 - 3) матка в нормальном тоне
 - 4) неправильное положение плода, высокое расположение предлежащей части плода
- 9.** Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты может проявляться
- 1) сильными болями распирающего характера в животе
 - 2) профузным наружным кровотечением
 - 3) гипертонусом матки
 - 4) гипоксией или внутриутробной гибелью плода
 - 5) схваткообразными болями в низу живота
- 10.** Какие осложнения вызывает преэклампсия
- 1) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - 2) Синдром внутриутробной задержки роста плода
 - 3) отек легких
 - 4) Кровоизлияния (мозг, надпочечники, кишечник)
 - 5) все верно
- Ответы на тесты: 1) 2 2) 3 3) 5 4) 2 5) 3, 5 6) 1, 2, 4 7) 3 8) 3, 4 9) 1,3, 4 10) 5

Задание на дом: Составить реферат на тему «История кесарева сечения. От древности до наших дней»

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

- Что такое оплодотворение и где оно происходит?
- Какие периоды внутриутробного развития плода вы знаете?
- Что относится к экзогенной группе тератогенных факторов?
- Какие критические периоды внутриутробного развития вы знаете?
- Какие последствия могут возникнуть у плода при воздействии тератогенных факторов в фетальном периоде?
- Какие изменения наблюдаются в сердечно-сосудистой системе при беременности?
- Какие физиологические изменения происходят в органах пищеварения при беременности?
- Какова нормальная прибавка массы тела при беременности?
- Какие изменения на коже наблюдаются во время беременности?
- Что такое плацента и какие функции она выполняет?

Роды – это этапный физиологический процесс, в ходе которого происходит изгнание плода, а также выделение околоплодных вод, плодных оболочек и плаценты через естественные родовые пути.

Срочными считаются роды на 37–42-й неделе беременности, **преждевременными** – роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют **запоздалыми**.

В конце беременности происходят изменения, которые свидетельствуют о готовности организма к родам - "**предвестники родов**". К ним относятся:

- "опускание" живота беременной в результате растяжения нижнего сегмента и вставления головки во вход в малый таз, вследствие этого беременной становится легче дышать;
- снижение массы тела беременной на 1-2 кг (за 2-3 дня до родов)
- снижение двигательной активности плода;
- появление в области крестца и нижней части живота нерегулярных, сначала тянущих, затем схваткообразных ощущений (прелиминарные боли);
- выделение из половых путей густой тягучей слизи - слизистой пробки (выделение слизистой пробки часто сопровождается незначительными кровянистыми выделениями из-за неглубоких надрывов краев зева);
- "созревание" шейки матки. Степень зрелости шейки матки определяется в баллах с использованием шкалы Бишопа.

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки	Больше 2 см	1-2 см	Меньше 1 см и сглажена
Проходимость канала, зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Больше одного пальца, при сглаженной шейке более 2 см
Положение шейки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кпереди	Срединное

При оценке 0-2 балла - шейка считается "незрелой", 3-4 балла - "созревающей", 5-8 баллов - "зрелой". "Зрелость" шейки матки, определяемая при влагалищном исследовании, является основным признаком готовности организма к родам.

Женщину во время родов называют роженицей.

Выделяют три периода родов: первый период - раскрытие шейки матки; второй период - изгнание плода; третий период - последовый.

Средняя продолжительность родов у первородящих около 8-14 часов, у повторнородящих 6-12 часов.

Первый период-период раскрытия - начинается с появления регулярных маточных сокращений (схваток) и заканчивается полным раскрытием шейки матки. У первородящих продолжительность первого периода 10-11 ч, у повторнородящих 6-7 ч. Меньшая продолжительность у повторнородящих объясняется особенностью механизма раскрытия шейки матки, выражающейся в одновременном раскрытии наружного и внутреннего зева. У первородящих вначале раскрывается внутренний зев, шейка становится тонкой (сглаживается), а затем раскрывается наружный зев.

В раскрытии шейки матки имеют значение два механизма: 1) сокращение мышц матки 2) действие на шейку изнутри плодного пузыря или подлежащей части за счет повышения внутриматочного давления.

Схватки - произвольные периодические сокращения матки. Во время схватки в мышечной стенке матки происходят процессы контракции (сокращение мышечных волокон), ретракции (смещение мышечных волокон относительно друг друга) и дистракции (растяжение мышечных волокон). Родовые схватки обычно очень болезненны. Степень болевых ощущений различна. Это в значительной мере зависит от функциональных особенностей нервной системы рожениц. Боли сильнее выражены к концу периода раскрытия.

В 1-м периоде родов различают:

1) **Латентную фазу** - промежуток времени от начала родовой деятельности до открытия маточного зева на 3-4 см. Скорость раскрытия 0,35 см/ч

2) **Активную фазу** от раскрытия шейки матки на 3-4 см до ее полного раскрытия, характеризуется быстрым раскрытием маточного зева со скоростью 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих.

Продолжительность схваток в течение 1 периода родов постепенно увеличивается от 10-15 сек до 60-80 сек, промежутки между схватками укорачиваются от 10-15 мин до 1-2 мин.

Когда подлежащая головка плода опускается в малый таз, она со всех сторон плотно прижимается к нижнему сегменту матки, образуя **пояс соприкосновения**. Пояс соприкосновения делит околоплодные воды на передние и задние. Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами, наибольшая часть околоплодных вод, располагающаяся выше пояса соприкосновения, называется задними водами. Граница между истонченным нижним сегментом и телом матки имеет вид борозды и называется **контракционным кольцом**. Его можно определить после излития околоплодных вод во время схваток. Высота стояния контракционного кольца над лонным сочленением коррелирует со степенью раскрытия шейки матки: чем больше раскрывается шейка матки, тем выше располагается контракционное кольцо.

К концу первого периода родов при вступлении подлежащей головки плода в малый таз начинаются ее поступательные движения, плодный пузырь напрягается, оболочки перерастягиваются и разрываются. При разрыве плодного пузыря изливаются передние околоплодные воды

Различают:

- **своевременное** излитие околоплодных вод - в конце первого периода родов

- **преждевременное** излитие околоплодных вод - до начала родовой деятельности,

- **раннее** излитие околоплодных вод - от начала родовой деятельности до раскрытия маточного зева на 5-6 см.,

- **запоздалое** излитие околоплодных вод - после полного раскрытия маточного зева, в периоде изгнания плода.

Второй период-период изгнания-промежуток времени от полного раскрытия шейки матки до изгнания плода. Продолжительность его в среднем: у первородящих от 1 до 2 часов, у повторнородящих от 10 до 30 мин.

После излития околоплодных вод схватки ненадолго ослабевают, объем полости матки значительно уменьшается, стенки матки приходят в тесное соприкосновение с плодом; схватки вновь усиливаются. К сокращению матки присоединяются **потуги**-сокращение мышц брюшного пресса, диафрагмы и мышц тазового дна. Потуги являются рефлексорным актом и возникают благодаря давлению предлежащей части плода на нервные окончания, заложенные в шейке матки и в мышцах тазового дна. Повышение внутриматочного и внутрибрюшного давления способствует изгнанию плода из полости матки. Под влиянием родовых изгоняющих сил (схватки и потуги) плод совершает поступательные движения по оси родового канала, и головка плода совершает вращательные движения- повороты вокруг продольной оси и вращения вокруг поперечной оси (сгибание и разгибание). В норме, скорость продвижения головки по родовому каналу у первородящих 1см/ч, а у повторнородящих-2 см/ч. При прохождении головки через родовые пути происходит ее приспособление к форме и размерам таза матери. Кости черепа смещаются в области швов и родничков относительно друг друга, черепные кости уплощаются или становятся выпуклыми, в результате этого изменяется форма головки. Изменения формы головки при прохождении ее через родовые пути называется **конфигурацией**.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называют **биомеханизмом родов**. Особенности биомеханизма родов зависят от предлежания, вида, позиции плода, вставления головки, размеров и формы таза.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Первый момент-сгибание головки. Под влиянием внутриматочного и внутрибрюшного давления шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого, постепенно приближается к срединной (проводной) линии таза и становится наконец наиболее низко расположенной частью головки- **проводной точкой**. Сгибание головки позволяет ей пройти через полость малого таза наименьшим-малым косым размером (9.5 см).

Второй момент-внутренний поворот головки. Головка плода при своем поступательном движении в полости малого таза, одновременно со сгибанием начинает поворачиваться вокруг своей продольной оси. Это движение легко обнаружить, наблюдая за изменением положения стреловидного шва. Стреловидный шов, располагаясь до поворота в поперечном или в одном из косых размеров, переходит в прямой размер таза. Поворот головки заканчивается, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка устанавливается под лонным сочленением.

Третий момент-разгибание головки. Разгибание начинается после того, как подзатылочная ямка упирается в нижний край лонного сочленения, образуя точку фиксации. Головка вращается своей поперечной осью вокруг точки фиксации и в несколько потуг полностью разгибается и рождается. При этом из половой щели последовательно появляются теменная область, лоб, лицо и подбородок.

Четвертый момент- внутренний поворот туловища и наружный поворот головки. Во время разгибания головки плечики плода вставляются в поперечный размер входа. По мере поступательного движения головки они своим поперечным размером переходят из поперечного в косой, а при выходе- в прямой размер таза. Этот поворот передается родившейся головке, при этом затылок плода поворачивается к левому (при первой позиции) или правому (при второй позиции) бедру матери. Переднее плечико поворачивается к лонному сочленению, заднее - к крестцу. Затем рождается плечевой пояс в следующей последовательности: сначала верхняя треть плечика, обращенного кпереди, а затем за счет бокового сгибания позвоночника плечико, обращенное кзади. Далее рождается все туловище плода, изливаются задние околоплодные воды. Все перечисленные моменты совершаются при поступательном движении плода, и строгого разграничения между ними нет.

Третий период родов – последовый - начинается с момента рождения плода и заканчивается рождением последа; средняя продолжительность у первородящих, повторнородящих женщин - 30 минут. В последовом периоде происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и изгнание отслоившегося последа из половых путей.

После рождения младенца в течение короткого периода роженица отдыхает. Затем матка приобретает округлую форму, дно ее располагается на уровне пупка; через несколько минут начинаются ритмические сокращения матки - последовые схватки.

При последовых схватках, когда сокращается вся мускулатура матки, плацента, не обладающая способностью к сокращению, смещается от суживающегося места прикрепления. С каждой схваткой плацентарная площадка уменьшается, плацента образует складки, выпячивающиеся в полость матки, и, наконец, отслаивается от ее стенки. Отделение плаценты от стенки матки происходит либо:

- с ее края (**по Дункану**). В этом случае излившаяся кровь не образует ретроплацентарной гематомы, а, стекая вниз, отслаивает оболочки. Послед рождается из родовых путей ее материнской поверхностью, а амниотическая оболочка оказывается внутри.
- либо со стороны ее центра (**по Шульце**). Нарушение связи между плацентой и стенкой матки сопровождается разрывом маточно-плацентарных сосудов, что приводит к образованию ретроплацентарной гематомы, которая способствует дальнейшему отделению плаценты от места прикрепления. Плацента рождается центральной частью плодовой поверхности, амниотической оболочкой наружу.

Выделению последа, отделившегося от стенок матки, кроме схваток, способствуют потуги. Рефлекторное сокращение брюшных мышц происходит в результате смещения отделившейся плаценты в нижний сегмент матки и во влагалище и раздражение рецепторов указанных отделов родовых путей.

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0.5% от массы тела (250-400 мл).

Роды закончились, и с этого момента роженица именуется **родильницей**.

Физиологический послеродовой период

Послеродовым называется период, в течение которого у родильницы заканчивается обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подверглись изменениям в связи беременностью и родами. Исключением являются молочные железы и гормональная система, функция которых достигает в течение первых нескольких дней послеродового периода своего максимального развития и продолжается в течение периода лактации.

Ранний послеродовой период.

— это первые 2-4 часа после родов. Чаще всего осложнения, связанные с патологией сократительной деятельности матки после родов, а также аномалиями прикрепления плаценты (остатки долек плаценты в матке) проявляются возникновением кровотечения в первые часы после родов; поэтому в течение 2-4 ч. родильница находится в родильном отделении под постоянным наблюдением.

Сразу после родов дно матки пальпируется на уровне пупка. Длина ее по зонду — расстояние от наружного зева до дна— 15-20см.

После родов необходимо произвести осмотр шейки матки в зеркалах и мягких тканей родового канала. Осмотр обязательно производят всем родильницам. При обнаружении травмы мягких тканей родового канала, шейки матки, стенок влагалища, промежности их необходимо зашить. В течение этого периода необходимо следить за общим состоянием родильницы, цветом кожных покровов, слизистых, характером пульса, АД, состоянием матки, температурой. Время от времени через переднюю брюшную стенку нужно производить массаж матки для удаления накопившихся в ней сгустков крови; обращая при этом внимание на консистенцию матки, ее величину, болезненность и характер выделений из половых путей.

Поздний послеродовой период

—это время с момента перевода родильницы в послеродовое отделение до момента, когда в организм женщины исчезнут изменения, вызванные беременностью и родами; продолжается от 6 до 8 недель.

За первую неделю послеродового периода масса матки уменьшается вдвое, т. е. достигает 500 г. К концу второй недели она весит 350г, к концу третьей — 250г. К 6-8 неделе после родов обратное развитие матки прекращается. Матка рожавшей женщины имеет массу около 75 г.

Высота стояния дна матки сразу после родов на 4 см ниже пупка, на следующий день дно матки поднимается и стоит на уровне пупка вследствие восстановления тонуса мышц тазовой диафрагмы. На 4 день после родов дно матки определяется обычно на середине расстояния между пупком и лоном. На 8-9 день дно матки еще можно пальпировать на уровне лона или на 2 см выше его. В среднем за каждые сутки дно матки опускается на 2см.

Эпителизация внутренней поверхности матки завершается к 7-8 дню послеродового периода, за исключением плацентарной площадки, где этот процесс идет медленнее и заканчивается концу 6-8 недели.

Лохии — это послеродовые выделения (кровь, слизь и расплавившиеся органические элементы). Общее количество лохий за 6-8 недель исчисляется 500- 1500г. В первые 2-3 дня лохии имеют кровяной характер, состоят из эритроцитов, носят название *lochia rubra*. На 4-5 день лохии принимают кровянисто – серозный вид (*lochia serosa*) с превалированием лейкоцитов. Спустя неделю после родов в маточном отделяемом появляются слизь, клетки плоского эпителия и децидуальные, а эритроциты почти исчезают. В таком виде лохии имеют серовато-белый цвет и называются *lochia alba*. К концу 3 недели выделения почти прекращаются.

После родов родильница чувствует себя утомленной и нуждается в отдыхе. Температура нормальная; однократное повышение температуры может наблюдаться на 3- 4-й день послеродового периода вследствие проникновения микробов в полость матки или в результате нагрубания молочных желез. Частота пульса чаще всего нормальная, реже отмечается физиологическая брадикардия. АД несколько снижается. Аппетит в первые дни может быть понижен, затем восстанавливается; стул и мочеиспускание задержаны вследствие атонии кишечника и мочевого пузыря.

Закрепление нового материала:

- Назовите предвестники родов?
- Назовите периоды родов и их продолжительность?
- Дайте определение понятию конфигурация головки?
- Что такое контракционное кольцо?
- Как меняется высота стояния дна матки в послеродовом периоде?
- Когда в норме должны излиться околоплодные воды?
- Механизмы отделения плаценты?
- Дайте определение биомеханизму родов?
- Назовите моменты биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания?
- Когда происходит преждевременное излитие вод?
- Что такое потуги?
- Сколько длится послеродовый период?

Задание на дом: составить презентацию на тему «Физиологические роды»

Теоретическое занятие № 5: *Патологическое течение родов*

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

1. Токсикозы беременных. Определение.
2. Классификация токсикозов
3. Рвота беременных. Определение. Классификация
4. Клинические признаки характерные для рвоты средней тяжести
5. Частота рвоты и потеря массы тела при легкой рвоте?
6. Клиника при тяжелой рвоте?
7. Что такое преэклампсия?
8. Факторы риска преэклампсии?
9. Классификация преэклампсии?
10. Осложнения преэклампсии?
11. ПОНРП определение
12. Классификация ПОНРП
13. Клиника ПОНРП
14. Дайте определение предлежанию плаценты?
15. Клинические проявления при предлежании?

Информационный блок. План:

- 1 Причины патологического течения родов
- 2 Узкий таз. Причины, классификация.
- 3 Тазовое предлежание. Классификация. Показания к к/с.
- 4 Аномалии сократительной деятельности. Классификация.
- 5 Причины аномалий сократительной деятельности
- 6 Роды при крупном плоде.
- 7 Кесарево сечение. Показания. Противопоказания. Условия, необходимые для операции

Патологическими называют роды, протекающие с различными осложнениями. Такой родовой процесс может нести угрозу для жизни и здоровья матери и ребенка.

Причины:

- 1) Узкий таз
- 2) Неправильные положения плода (косое, поперечное), тазовое предлежание плода
- 3) Аномалии сократительной деятельности
- 4) Многоплодная беременность
- 5) Крупный плод
- 6) Аномалии развития половых органов (двурогая, седловидная матка)
- 7) Рубец на матке
- 8) Разгибательные предлежания головки плода (переднеголовное, лобное, лицевое)

УЗКИЙ ТАЗ

Анатомически узким называют таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен на 1.5-2 см и более. Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты: если она меньше 11 см, то таз считается узким.

Причины анатомически узкого таза: недостаточное питание в детском возрасте, рахит, остеомаляция, переломы, опухоли, туберкулез, деформации позвоночника, акселерация, значительные психоэмоциональные нагрузки.

Классификация:

По форме сужения

А. Часто встречающиеся формы:

- 1) Поперечносуженный таз

- 2) Плоский таз:
 - а) простой плоский таз
 - б) плоскорихитический таз
 - в) таз с уменьшением прямого размера широкой части полости

3) Общеравномерно суженный таз

Б. Редко встречающиеся формы:

- 1) Кососмещенный и кососуженный таз
- 2) Таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением.
- 3) Другие формы таза.

По степени сужения:

1-истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см

2-истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7.5 см

3-истинная конъюгата меньше 7.5 см

4-истинная конъюгата меньше 6.5 см. Сужение таза 3 и 4 ст в практике обычно не встречается.

Диагностика: сбор анамнеза (заболевания, травмы, течение и исход предыдущих родов); общее обследование (рост, вес, наличие деформаций костей скелета, обращают внимание на остроконечную форму живота у первородящих, отвислую у повторнородящих, форма крестцового ромба); наружное акушерское исследование (предлежащая часть подвижна над входом в малый таз); пельвиометрия (уменьшение размеров таза и их соотношение); влажный исследование (емкость таза, состояние крестца-вогнутый в норме, плоский при рахитичном тазе; наличие ложного мыса, экзостозов, состояние копчика). Измеряем диагональную конъюгату (расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой крестцового мыса) и, вычтя 1,5-2 см, получаем длину истинной конъюгаты. Рентгенопельвиометрия, КТ, УЗИ позволяют судить о форме и размерах малого таза.

Ведение родов.

За 1-2 неделю до родов беременных следует госпитализировать в отделение патологии для уточнения диагноза и выбора метода родоразрешения.

Показания для планового кесарева сечения:

- 1) сужения таза 3-4 степени
- 2) наличие экзостозов, опухолей в малом тазу, значительных посттравматических деформаций
- 3) наличие оперированных мочеполовых или кишечно-половых свищей, разрыва лонного сочленения при предыдущих родах, обусловленных сужением таза
- 4) сужение таза 1 и 2 степени в сочетании с крупным плодом, тазовым предлежанием, перенашиванием беременности, рубцом на матке, бесплодием и мертворождением в анамнезе.

У беременных с узким тазом 1 степени и небольших размерах плода роды начинают вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза. Во время родов систематически следят за функцией важнейших органов, характером родовых сил, состоянием плода, способностью головки к конфигурации, за механизмом вставления и продвижения головки, за состоянием родовых путей.

Клинически узкий таз означает несоответствие между тазом матери и головкой плода.

Основные причины клинически узкого таза:

1. Анатомическое сужение таза
2. Крупные размеры плода
3. Разгибательные предлежания головки (лобное, передний вид лицевого предлежания)
4. Отсутствие достаточной конфигурации при переносной беременности

Диагноз клинически узкого таза устанавливают только в родах по совокупности признаков, позволяющих выявить диспропорцию таза и головки.

Основными признаками клинически узкого таза являются:

- 1) отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз с началом родовой деятельности;

- 2) нарушение сократительной деятельности матки
- 3) несвоевременное излитие околоплодных вод
- 3) отсутствие продвижения головки при хорошей родовой деятельности
- 4) задержка мочеиспускания или появление примеси крови в моче
- 5) появление отека шейки матки, симулирующего неполное раскрытие
- 6) преждевременное появление потуг при высоко стоящей головке
- 7) положительный признак Вастена.

Если в процессе наблюдения за роженицей появляются признаки абсолютного несоответствия, то роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.

Роды при тазовом предлежании

Частота 3-5%.

Этиология: аномалии развития матки, миому, узкий таз, аномалии развития плода, недоношенность, многоплодие, предлежание плаценты, многоводие, маловодие. Устойчивое тазовое предлежание формируется к 34 неделям.

Классификация:

- 1) **Ягодичное:** чистое ягодичное (63-68%)-ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, предлежат только ягодицы.
- 2) **Смешанное ягодичное-** ножки согнуты в коленных и т/б суставах.
- 3) **Ножное** (11-13%)-неполное, полное, коленное.

Диагностика: приемы Леопольда-Левицкого, в дне матки определяется плотную, округлую, крупную часть-головку. У входа в таз пальпируется крупная мягкая часть, не имеющая четких контуров. Сердцебиение выслушивается справа или слева выше пупка. УЗИ плода дает информацию о характере предлежания, предполагаемой массе плода, определение степени разгибания головки, описание пуповины. Вагинально-через своды определяется крупная мягковатая часть.

Показания к кесареву сечению: ИМТ>35кг/м, бесплодие, сужение размеров таза, рубец на матке, разгибание головки 3 степени, масса плода <2500 и >3600; ножное предлежание плода у первородящей, тазовое предлежание 1 плода при многоплодии, отказ женщины от родов через естественные родовые пути. Рекомендуется не раньше 39 недель. При ведении родов через ЕРП во 2 периоде родов проводят пособие **по Цовьянову**, которое помогает сохранить правильное членорасположение плода и обеспечить физиологическое течение периода изгнания.

К **аномалиям сократительной деятельности** относят варианты, при которых нарушен характер хотя бы одного из ее показателей (тонус, интенсивность, продолжительность интервал, ритмичность, частота и координированность сокращений).

Классификация аномалий родовой деятельности:

I. Патологический прелиминарный период

II. Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):

1. первичная;
2. вторичная;
3. слабость потуг (первичная, вторичная).

III. Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).

IV. Дiskoординированная родовая деятельность.

Клинические факторы, обуславливающие возникновение аномалий родовой деятельности, делят на 5 групп:

- 1) Акушерские (преждевременное излитие околоплодных вод, клинически узкий таз, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием; аномалии расположения плаценты, тазовое предлежание плода, преэклампсия).
- 2) Патология репродуктивной системы (инфантилизм, аномалии развития половых органов, возраст женщины старше 30 лет и моложе 18 лет, нарушение менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, аборт, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женских половых органов).
- 3) Соматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания ЦНС, ожирение, диэнцефальная патология, анемия.
- 4) Факторы, исходящие от плода (гипотрофия, внутриутробные инфекции, пороки развития плода, переносный плод, фетоплацентарная недостаточность).
- 5) Ятрогенные факторы (необоснованное и несвоевременное применение родостимулирующих средств и методов, неумелое обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

Слабость родовой деятельности.

Для слабости родовой деятельности характерны недостаточные сила, длительность и периодичность схваток, замедленные сглаживания шейки матки, раскрытие ее и продвижение плода по родовому каналу. Слабость родовых сил чаще встречается у первородящих, чем у повторнородящих.

Первичная слабость родовой деятельности-патологическое состояние, при котором схватки с самого начала родов редкие (менее 2 за 10 минут), слабые и неэффективные. Сглаживание и раскрытие шейки матки идет замедленными темпами, головка длительно остается над входом в таз или прижатой.

Осложнения: продолжительность родов увеличивается и приводит к утомлению роженицы, нередко имеет место несвоевременное излитие вод, что способствует удлинению безводного промежутка, внутриутробной гипоксии плода, возникновению инфекции в родах. В последовом и раннем послеродовом периодах часто наблюдаются кровотечения как следствие пониженной сократительной активности матки.

Диагноз слабости родовой деятельности ставят после 2-3 часов наблюдения за роженицей (динамика характера родовой деятельности: сила, частота и продолжительность схваток, характер раскрытия маточного зева, гистерография).

Лечение первичной слабости родовых сил

1 Устраняют причину слабости родовых сил. При плоском плодном пузыре или многоводии показано проведение амниотомии на фоне раскрытия шейки матки 3-4 см.

2 При утомлении роженицы предоставляют медикаментозный сон-отдых (ГОМК). Нередко роженице достаточно отдыха, чтобы у нее после пробуждения началась хорошая родовая деятельность. Если в течение 1-1,5 часов после пробуждения родовая деятельность не восстановилась, приступают к введению утеротонических средств.

3 Применяют родостимуляцию (5 ЕД окситоцина в 500 мл 0.9 % раствора натрия хлорида, в/в капельно, начиная с 10 капель в минуту, через каждые 15 минут увеличивают на 10 капель. Максимальная скорость не более 40 кап/мин)

4 Кесарево сечение при отсутствии эффекта от терапии и появлении признаков внутриутробной гипоксии плода.

Вторичная слабость родовой деятельности-ослабление первоначально полноценной родовой деятельности. Схватки вначале носят регулярный характер достаточной силы, а затем постепенно ослабевают, становятся все реже и короче. Раскрытие зева, достигнув 4-6 см, далее не происходит, продвижение плода по родовому каналу прекращаются. Возникает как в первом, так и во втором периодах родов.

Лечение: медикаментозный сон-отдых, стимуляция родовой деятельности, во втором периоде – оперативное родоразрешение (вакуум-экстракция плода, акушерские щипцы), профилактика послеродового кровотечения.

Слабость потуг характеризуется их недостаточностью вследствие слабости мышц брюшного пресса или утомления.

Противопоказания к родостимуляции: анатомически и клинически узкий таз; рубец на матке после к/с или миомэктомии; неправильное положение или предлежание плода; предлежание плаценты; угрожающий разрыв матки; гипоксия плода; многорожавшие (более 6 родов).

Роды при крупном плоде

Крупным считается плод, масса которого при рождении составляет 4 кг и более, гигантским-5 кг. Чаще всего рождаются у женщин следующих групп: многорожавшие, женщины с ожирением, высокого роста, с большой прибавкой во время беременности, с перенашиванием, страдающие сахарным диабетом. Крупными чаще бывают мальчики.

Осложнения во время родов: слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, клинически узкий таз.

Для того чтобы избежать осложнений необходимо определить предполагаемую массу плода (наиболее точно по УЗИ)

Плановое кесарево сечение проводится у беременных с крупным плодом при наличии таких неблагоприятных факторов, как тазовое предлежание, рубец на матке, анатомически узкий таз, перенашивание, хроническая гипоксия плода, преэклампсия.

При ведении родов проводится профилактика гипоксии плода, слабости родовой деятельности, кровотечений в послеродовый и ранний послеродовый период.

Кесарево сечение.

Кесарево сечение - хирургическая операция, предназначенная для извлечения плода и последа через разрез брюшной стенки (лапаротомия) и матки (гистеротомия), когда роды через естественные родовые пути по каким-либо причинам невозможны или сопровождаются различными осложнениями для матери и плода.

Показания:

1. Предлежание плаценты (полное, неполное с кровотечением)
2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
3. Предыдущие операции на матке (два и более КС; одно КС в сочетании с другими относительными показаниями; миомэктомия; операции по поводу пороков развития матки в анамнезе)
4. Неправильное положение и предлежание плода (поперечное, косое положения; тазовое предлежание с предполагаемой массой 3600 и более; тазовое в сочетании с другими относительными показаниями к КС; лобное, лицевое вставление головки)
5. Многоплодная беременность (при любом неправильном положении одного из плодов, тазовое предлежание 1-го плода); фето-фетальный трансфузионный синдром.
6. Беременность сроком 41 неделя и более при отсутствии эффекта от подготовки к родам
7. Плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз 2-3 степени сужения, деформация костей таза; клинически узкий таз)
8. Анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоль шейки матки, рубцовые деформации шейки матки и влагалища)
9. Преэклампсия тяжелой степени, HELLP синдром или эклампсия при беременности и в родах
10. Соматические заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсация сердечно-сосудистых заболеваний, осложненная миопия)
11. Дистресс плода
12. Выпадение пуповины
13. Некоторые аномалии развития плода (гастрошизис, омфалоцеле)

Противопоказания:

1. Внутриутробная смерть плода или уродства, несовместимые с жизнью
 2. Глубокая недоношенность
 3. Наличие потенциальной или клинически выраженной инфекции
 4. Гипоксия плода, если нет уверенности в рождении живого ребенка (единичные сердцебиения) и жизнеспособного ребенка и нет показаний со стороны матери
- Противопоказания теряют силу если есть угроза жизни матери.

Условия для выполнения кесарева сечения;

1. Наличие живого и жизнеспособного плода (не всегда выполнимо при абсолютных показаниях).
2. У беременной нет признаков инфицирования (отсутствие потенциальной и клинически выраженной инфекции).
3. Согласие матери на операцию, что отражается в истории (если нет жизненных показаний).
4. Общехирургические условия: хирург, владеющий операцией; квалифицированные анестезиолог и неонатолог; наличие оборудования.

Закрепление нового материала (фронтальный опрос):

1. Перечислите причины патологического течения родов?
2. Определение и причины анатомически узкого таза?
3. Определение и причины клинически узкого таза?
4. Диагностика узкого таза?
5. Показания к кесареву сечению при узком тазе?
6. Тазовое предлежание плода. Причины, диагностика?
7. Классификация тазового предлежания?
8. Какой плод считается крупным, гигантским?
9. Осложнения родов при крупном плоде?
10. Классификация аномалий родовой деятельности?
11. Причины аномалий родовой деятельности?
12. Первичная слабость родовой деятельности. Определение. Тактика?
13. Условия, необходимые для выполнения операции кесарево сечение?
14. Показания к кесареву сечению?
15. Противопоказания к кесареву сечению?

Задание на дом: составление тестовых заданий с эталонами ответов по теме «Патология родов»

Теоретическое занятие №6: *Беременность на фоне экстрагенитальной патологии*

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

- Перечислите причины патологического течения родов?
- Классификация аномалий родовой деятельности?
- Какой плод считается крупным, гигантским?
- Дайте определение понятиям анатомически и клинически узкий таз?
- Классификация узкого таза по форме сужения?
- Диагностика узкого таза?
- Причины анатомически узкого таза?
- Причины клинически узкого таза?
- Первичная слабость родовой деятельности. Определение. Тактика?
- Условия, необходимые для выполнения операции кесарево сечение?
- Причины аномалий родовой деятельности?

Информационный блок. План.

1. Осложнения беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
2. Противопоказания к вынашиванию беременности при пороках сердца
3. Ведение беременности и родов при пороках сердца
4. Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях почек
5. Противопоказания для сохранения беременности при заболеваниях почек
6. Ведение беременности при сахарном диабете. Противопоказания для вынашивания беременности.

Экстрагенитальная патология представляет собой объединенную группу различного рода болезней, обостряющихся или развивающихся у женщин в период беременности. В эту группу не входят гинекологические заболевания и акушерские осложнения.

Экстрагенитальные заболевания могут влиять на течение беременности, родов, перинатальную заболеваемость. В свою очередь, беременность и роды отягощают течение основного заболевания. В настоящее время, благодаря внедрению в медицину новых технологий, совершенствованию лекарственных препаратов, показания к сохранению беременности при экстрагенитальной патологии расширились.

Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре ЭГЗ. Чаще всего встречаются: врожденные и приобретенные пороки сердца, гипо- и гипертоническая болезнь, оперированное сердце, тромбозы вен и тромбоэмболия, нарушения ритма сердца.

Осложнения беременности и родов: преждевременные роды, преэклампсия, аномалии сократительной деятельности матки, увеличивается число быстрых и стремительных родов, гипоксия плода в родах; сразу после родов из-за резкого увеличения ОЦК, может возникнуть сердечная недостаточность.

Противопоказания к вынашиванию беременности:

1. Декомпенсированный порок сердца (беременность можно вынашивать только без признаков НК)
2. Сложные врожденные пороки, типа триады и тетрады Фалло.
3. Многоклапанное протезирование.
4. Кардиомегалия.
5. Нарушение ритма сердца.
6. Высокая легочная гипертензия.
7. Активная фаза ревматизма.

Ведение беременности и родов при пороках сердца

1. Первая госпитализация в сроке 8-12 недель, для решения вопроса о сохранении или прерывании беременности.

2. Плановая госпитализация в сроке 28-32 недели, в период наибольших гемодинамических нагрузок на сердце. Беременные нуждаются в обследовании и проведении кардиальной терапии.

3. В сроке 37-38 недель госпитализация для подготовки к родоразрешению. С учетом акушерских показаний необходимо выбрать метод и срок родоразрешения.

Метод выбора-роды через естественные родовые пути. Необходимо использовать кардиальные средства, ингаляцию кислорода; проводить адекватное обезболивание; при необходимости осуществлять регуляцию родовой деятельности, не допуская затяжных, быстрых или стремительных родов; производить раннее вскрытие плодного пузыря; укорачивать период изгнания; за родами должен наблюдать терапевт или кардиолог, анестезиолог-реаниматолог. Кесарево сечение выполняется при активном ревматическом процессе; при сочетании порока с акушерской патологией, требующей хирургического родоразрешения.

Общие принципы ведения беременности и родов при заболеваниях почек

1. Диспансерное наблюдение акушером-гинекологом и терапевтом ж/к.

2. Общий анализ мочи не реже 1-2 раз в месяц, общий анализ крови 1 раз в месяц, анализ мочи по Нечипоренко, и проба Зимницкого 1 раз в 4 месяца. посев мочи на флору 1 раз в месяц, осмотр окулистом, урологом 1 раз в 4 месяца.

3. При наличии в моче лейкоцитов 15-20 и более в поле зрения, бессимптомной бактериурии - более 10^5 /мл – противовоспалительная и антибактериальная терапия, при неэффективности-госпитализация в наблюдательное отделение.

4. Диета, фитотерапия.

5. Санация очагов инфекции.

6. Родоразрешение через естественные родовые пути. По акушерским показаниям - кесарево сечение.

7. Если возникают показания для урологической операции, то вначале проводится операция, затем решается вопрос о пролонгировании или прерывании беременности.

8 После родов необходима профилактика гнойно-септических осложнений.

Противопоказания для сохранения беременности:

1. Пиелонефрит единственной почки с явлениями почечной недостаточности, гипертензией.

2. Гипертоническая и смешанная формы хронического гломерулонефрита.

3. Острый гломерулонефрит и обострение хронического.

4. Азотемия независимо от формы заболевания.

5. Гидронефроз врожденный или появившийся до беременности.

6. Гидронефроз единственной почки даже при сохраненной её функции.

7. Поликистоз почек при минимальных проявлениях почечной недостаточности.

8. Гипоплазия, аномалии развития почек при пиелонефрите, гипертензии, почечной недостаточности.

Сахарный диабет и беременность

Сахарный диабет представляет собой одну из серьезных проблем акушерской практики.

Различают:

1) Сахарный диабет 1 типа (инсулинзависимый сд)

2) Сахарный диабет 2 типа (инсулиннезависимый сд)

3) Гестационный диабет (транзиторное состояние гипергликемии, впервые выявленное во время беременности)

Осложнения беременности и родов: преждевременные роды, преэклампсия, многоводие, слабость родовой деятельности, кровотечения в раннем послеродовом периоде, повреждение мягких тканей родовых путей, высокий процент послеродовых инфекционных осложнений.

Кардинальный симптом СД-диабетическая фетопатия-большая масса тела при рождении, не соответствующая сроку внутриутробного развития. Это является следствием увеличенного перехода глюкозы через плаценту при гликемии. Имеются изменения внутренних органов: гипертрофия островков поджелудочной железы, увеличение размеров сердца. В функциональном отношении новорожденные отличаются незрелостью органов и систем. Часто наблюдаются респираторные расстройства, высокая перинатальная смертность- до 5-10%; частота врожденных аномалий составляет 6-8%(пороки развития сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, пороки костной системы).

Противопоказаниями для продолжения беременности являются:

- 1) наличие сахарного диабета у обоих родителей;
- 2) инсулинорезистентный диабет с склонностью к кетоацидозу;
- 3) ювенильный диабет, осложненный ангиопатией;
- 4) сочетание СД с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (активный туберкулез, заболевания сердца, крови, эпилепсия)

Ведение беременности при сахарном диабете

В случае сохранения беременности, главным условием является полная компенсация диабета. В основу питания положена диета №9, включающая нормальное содержание полноценных белков (120 г); ограничение жиров до 50-60 г и углеводов до 300-500 г с полным исключением сахара, меда, варенья, кондитерских изделий. Общая калорийность суточного рациона должна составлять 2500-3000 ккал. Диета должна быть полноценной в отношении витаминов. Необходимо строгое соответствие между инъекцией инсулина и приемом пищи по времени. Все больные с сахарным диабетом, во время беременности должны получать инсулин. Пероральные антидиабетические препараты не применяются во время беременности.

Учитывая изменчивость потребности в инсулине в течение беременности, необходимо госпитализировать беременных не менее 3 раз: при первом обращении к врачу; в 20-24 недели беременности, когда наиболее часто меняется потребность в инсулине; в 32-36 недель, когда нередко присоединяется преэклампсия беременных и требуется тщательный контроль за состоянием плода. При этой госпитализации решается вопрос о сроках и способе родоразрешения.

Закрепление нового материала:

- Осложнения беременности и родов при заболеваниях ССС?
- Противопоказания к вынашиванию беременности при пороках сердца?
- В какие сроки показана госпитализация при пороках сердца?
- Какой метод родоразрешения предпочтителен при пороках сердца?
- Принципы ведения беременности при заболеваниях почек?
- Противопоказания к сохранению беременности при заболеваниях почек?
- Противопоказания к сохранению беременности при сахарном диабете?
- Что означает диабетическая фетопатия?
- Сроки госпитализации беременной с сахарным диабетом?

Задание на дом: составление реферата на тему «Беременность на фоне анемии»

Теоретическое занятие № 7: Менструальный цикл и его регуляция. Нарушения менструального цикла.

Контроль знаний:

- Осложнения беременности и родов при заболеваниях ССС?
- Противопоказания к вынашиванию беременности при пороках сердца?
- В какие сроки показана госпитализация при пороках сердца?
- Какой метод родоразрешения предпочтителен при пороках сердца?
- Принципы ведения беременности при заболеваниях почек?
- Противопоказания к сохранению беременности при заболеваниях почек?
- Что означает диабетическая фетопатия?
- Сроки госпитализации беременной с сахарным диабетом?

Информационный блок. План:

1. Менструальный цикл. Нейрогуморальная регуляция.
2. Изменения в яичниках во время менструального цикла (яичниковый цикл)
3. Изменения, происходящие в матке во время менструального цикла. Фазы маточного цикла.
4. Нарушения менструального цикла.

Менструальный цикл (лат. Menstruus-месячный, ежемесячный) – это циклические изменения в организме женщины, особенно в звеньях репродуктивной системы, повторяющиеся через определенные промежутки времени и внешне проявляющиеся регулярными маточными кровотечениями-менструациями

Первая менструация (менархе) чаще появляется в 11-13 лет, регулярный характер приобретает через 1-1,5 года. Менструация прекращается чаще в 45-50 лет. Первый день менструации условно принимается за первый день цикла, а продолжительность цикла рассчитывается как интервал между первыми днями двух последующих менструаций.

Внешние параметры нормального менструального цикла:

- 1 Длительность цикла-от 24 до 38дней (в среднем 28)
- 2 Продолжительность менструации- от 3 до 8 дней.
- 3 Кровопотеря-20-80 мл

Регуляция менструального цикла.

В регуляции менструального цикла участвует 5 звеньев:

- кора головного мозга.
- гипоталамус.
- гипофиз.
- яичники.
- матка.

Кора головного мозга и ее структуры, воспринимают импульс из внешней среды и передают их посредством нейротрансмиттеров (дофамин, норадреналин, серотонин) и нейропептидов (эндорфины, энкефалины) в гипоталамус.

Гипоталамус играет роль пускового механизма. Ядра гипоталамуса вырабатывают рилизинг-гормоны – либерины, которые через специальную сосудистую систему попадают в переднюю долю гипофиза и воздействуют на него.

Гипофиз – это третий уровень регуляции. Он находится в области турецкого седла и состоит из передней (аденогипофиза) и задней доли (нейрогипофиза). В задней доле накапливается гормон окситоцин и вазопрессин, которые синтезируются в гипоталамусе. В передней доле вырабатываются гонадотропные гормоны (стимулирующие функции яичника):

*Фолликулостимулирующий(ФСГ)-стимулирует рост и созревание фолликулов в яичнике

*Лютеинизирующий (ЛГ)-пиковое его повышение инициирует овуляцию, способствует образованию желтого тела

*Пролактин-способствует продукции прогестерона в желтом теле

Кроме гонадотропных в передней доле продуцируются: ТТГ(тиреотропный)-стимулирующий работу щитовидной железы; СТГ (соматотропный)-гормон роста; АКТГ (адренкортикотропный)-стимулирует работу надпочечников.

Яичниковый цикл. Гонадотропные гормоны воспринимаются рецепторами яичника. Под их влиянием в яичнике совершаются ритмически повторяющиеся изменения, которые проходят три фазы:

1 **Фолликулиновая фаза**-развитие фолликула, под действием ФСГ гипофиза, с 1-го по 14-15-й день менструального цикла (при 28-дневном менструальном цикле)

2 **фаза овуляции** –разрыв созревшего фолликула и выход зрелой яйцеклетки, под воздействием ФСГ и ЛГ, на 14-15-й день менструального цикла.

3 **Лютеиновая фаза**-развитие желтого тела, под воздействием ЛГ и пролактина с 15-го по 28-й день цикла

Каждый менструальный цикл под влиянием ФСГ от 3 до 30 фолликулов вступают в фазу роста. С седьмого дня один из фолликулов опережает в развитии остальные, к моменту овуляции достигает в размере 20-25мм, имеет более выраженную капиллярную сеть и носит название **доминантного**. Доминантный фолликул содержит яйцеклетку, полость его заполнена фолликулярной жидкостью. К моменту овуляции объем фолликулярной жидкости увеличивается в 100 раз. Во время овуляции через образовавшееся отверстие выливается фолликулярная жидкость и выносятся ооцит. Неоплодотворенная яйцеклетка через 12-24 часа погибает.

В яичнике, в фолликулиновую фазу вырабатываются эстрогены: эстрадиол, эстрон, эстриол.

В лютеиновую фазу, на месте разорвавшегося фолликула образуется новая железа внутренней секреции-**желтое тело** (corpus luteum), продуцирующая гормон прогестерон и функционирующая 14 дней (от овуляции до очередной менструации). Если беременность не наступает, то с 28-го дня цикла начинается обратное развитие желтого тела.

Маточный цикл. Под влиянием гормонов яичника, образующихся в фолликуле и желтом теле, возникают циклические изменения тонуса, возбудимости и кровенаполнения матки. Однако наиболее существенные изменения возникают в функциональном слое эндометрия.

В маточном цикле различают следующие фазы:

а) **фаза десквамации**-это собственно менструация. Это фаза совпадает с гибелью желтого тела в яичнике. При этом происходит падение уровня прогестерона, спиральные артерии в толще эндометрия спазмируются, эта зона ишемизируется, выходят простагландины из поврежденных артерий и происходит отторжение функционального слоя.

б) **фаза регенерации**(восстановление) слизистой оболочки начинается еще в период десквамации и заканчивается к 5-7-му дню от начала менструации. Восстановление функционального слоя происходит за счет разрастания эпителия остатков желез, располагающихся в базальном слое, и пролиферации других элементов этого слоя (стромы, сосуды, нервы)

в) **фаза пролиферации** эндометрия совпадает с созреванием фолликула в яичнике и продолжается до 14-го дня. Под влиянием эстрогенов происходят пролиферация стромы и рост желез слизистой эндометрия. Железы вытягиваются в длину, извиваются, но секрета не содержат. Разрастается сосудистая сеть, увеличивается число спиральных артерий. Слизистая оболочка матки утолщается в этот период в 4-5 раз.

г) **фаза секреции** совпадает с развитием и расцветом желтого тела в яичнике и продолжается с 14-15-го дня до 28-го, т.е. до конца цикла. Под влиянием прогестерона железы начинают вырабатывать секрет, полость их расширяется. В слизистой оболочке откладываются гликопротеины, гликоген, фосфор, кальций и другие вещества. В результате указанных изменений создаются условия, благоприятные для развития зародыша.

Если происходит имплантация зародыша в эндометрий желтое тело беременности продолжает функционировать, уровень прогестерона не падает, функциональный слой не отторгается –

менструации нет. Если беременность не наступает, уровень прогестерона падает, функциональный слой отторгается – возникает менструация.

Нарушения менструального цикла – это проявление различных патологических состояний, связанных не только с нарушениями в половой сфере, но и с общими системными и эндокринными заболеваниями. Нарушения менструального цикла характеризуются изменением цикличности, продолжительности и объема менструальной кровопотери.

Классификация нарушений менструального цикла

- 1) Опсоменорея - удлинение цикла (более 38 дней).
- 2) Пройоменорея - укорочение цикла (менее 24 дня)
- 3) Полименорея – удлинение менструации (более 8 дней)
- 4) Олигоменорея – укорочение менструации (менее 3 дней)
- 5) Гиперменорея - обильные менструации (более 80 мл)
- 6) Гипоменорея - скудные менструации (менее 20 мл)
- 7) Гиперполименорея или меноррагия - обильные и продолжительные менструации в срок
- 8) Дисменорея - болезненные менструации
- 9) Аменорея- отсутствие менструации в течении 6 месяцев и более
- 10) Метроррагия - межменструальные кровянистые выделения

Закрепление нового материала.

Тестовый контроль.

1. Сколько яйцеклеток созревает у женщины на протяжении репродуктивного периода:

- а) 100–150;
- б) 30000–50000;
- в) 350–400;
- г) около 1000;
- д) 1,5–2 млн.

2. На 1 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:

- а) эстрогены и прогестерон;
- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) рилизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

3. На 2 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:

- а) эстрогены и прогестерон;
- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) рилизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

4. На 3 уровне регуляции менструального цикла активными действующими веществами являются:

- а) эстрогены и прогестерон;
- б) ФСГ, ЛГ, пролактин;
- в) рилизинг-гормоны;
- г) нейротрансмиттеры и нейропептиды;
- д) окситоцин и простагландины.

5. Органами и тканями-мишенями для половых гормонов не является:

- а) эндотелий сосудов;
- б) гипоталамус;
- в) матка и маточные трубы;
- г) влагалище;

д) жировая и костная ткань.

6. Гормональная функция яичников не включает:

а) синтез эстрогенов (эстрадиола, эстриола и эстрона);

б) синтез прогестерона;

в) синтез андрогенов;

г) синтез пролактина;

д) синтез окситоцина ингибина, простагландинов, релаксина, ростовых факторов.

7. Маточный цикл состоит из фаз:

а) десквамации, регенерации, пролиферации, секреции;

б) фолликулярной;

в) желтого тела;

г) десквамации, пролиферации, секреции;

д) пролиферации и секреции.

8. Фазы яичникового цикла:

а) фолликулярная, фаза желтого тела;

б) лютеиновая;

в) фолликулярная, овуляция, лютеиновая;

г) примордиального, преантрального, доминантного фолликула.

9. Основным критерием двухфазного менструального цикла является:

а) правильный ритм менструации;

б) время наступления первой менструации;

в) особенность становления менструальной функции в период полового созревания;

г) длительность менструального цикла; д) овуляция.

12. Аменорея — это ...

а) регулярные обильные длительные менструации;

б) нерегулярные маточные кровотечения длительностью более 7 дней при кровопотере более 80 мл, ациклические маточные кровотечения, не связанные с менструальным циклом;

в) отсутствие менструации в течение 6 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации;

г) отсутствие менструации в течение 3 месяцев у женщин репродуктивного периода вне беременности и лактации уменьшение продолжительности менструаций до 1–2 дней;

д) редкие и скудные менструации.

Задание на дом: составление ситуационных задач по теме «Нарушения менструального цикла»

Теоретическое занятие № 8: *Дисфункциональные маточные кровотечения.*

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

- Дайте определение понятию менструальный цикл?
- Назовите параметры нормального менструального цикла?
- Перечислите гонадотропные гормоны, продуцирующие в гипофизе?
- Что означает доминантный фолликул и каких размеров он должен быть?
- Что такое овуляция?
- Назовите фазы яичникового цикла?
- Назовите фазы маточного цикла?
- Что такое аменорея?
- Какие нарушения менструального цикла вы знаете?

Информационный блок. План.

- Дисфункциональные маточные кровотечения. Определение. Классификация.
- ДМК ювенильного периода. Причины, клиника, методы гемостаза.
- ДМК репродуктивного периода. Причины, диагностика, лечение.
- ДМК климактерического периода. Причины. Тактика лечения.

Дисфункциональные маточные кровотечения-ациклические маточные кровотечения длительностью более 7 дней после периода задержки более 1.5 месяца.

Термин «дисфункциональные» подчеркивает отсутствие анатомической патологии, которая может быть причиной кровотечения. ДМК являются следствием нарушения гормональной функции яичников, которая встречается в разные возрастные периоды жизни женщины.

Различают:

- ДМК ювенильного периода
- ДМК репродуктивного периода
- ДМК климактерического периода

Ювенильными называются ациклические маточные кровотечения у девушек пубертатного возраста(12-18лет). В основе развития ЮК лежат нарушения циклической функции гипоталамо-гипофизарной системы. Из-за незрелости структур гипоталамуса выброс ФСГ и ЛГ носят хаотичный характер, что, в свою очередь, нарушает процессы фолликулогенеза в яичниках и приводит к ановуляции по типу атрезии фолликулов, не достигших овуляторной стадии зрелости. Ациклические кровотечения могут начаться с периода менархе, чаще в течении 1.5-2 лет, после первой менструации, на фоне неустановившегося цикла. Нередко после инфекционного заболевания или стресса.

Клиника характеризуется длительными (более 7 дней), обильными, анемизирующими большую ациклическими кровотечениями. Анемизация проявляется в слабости, утомляемости, головных болях, бледности, тахикардии.

У 87% больных с ЮК отмечаются гиперпластические процессы эндометрия.

Дифференциальная диагностика. Маточные кровотечения в пубертатном возрасте могут быть следствием заболеваний крови (аутоиммунная тромбоцитопеническая пурпура-болезнь Верльгофа), у девушек с СПКЯ, в редких случаях миома матки или гормонально-активные опухоли. Нередко за ЮК принимают редкие нерегулярные менструации в первые 2 года после менархе.

Диагностика: о/а крови и коагулограмма, УЗИ органов малого таза, вагиноскопия с использованием специальных зеркал для девушек и девочек.

Лечение можно разделить на 2 этапа:

1. Гемостаз.

При удовлетворительном состоянии, компенсированной кровопотере с целью гемостаза назначаются **утеротонические** средства: окситоцин, эрготал; **кровоостанавливающие и укрепляющие сосудистую стенку:** транексамовая кислота, препараты кальция, викасол,

дицинон, эписилон-аминокапроновая кислота, витамины группы В, Е, фолиевая кислота; **антианемические** средства: фенюльс, сорбифер феррум-лек. **Фитотерапия:** отвары, настои, экстракты крапивы, пастушьей сумки, спорыша.

При состоянии больной средней тяжести, с умеренно выраженными симптомами анемии и гиповолемии (содержание Hb крови 80 г/л и выше, Ht не ниже 25%), при отсутствии эффекта от симптоматической терапии проводят **гормональный гемостаз**, применяют комбинированные эстроген-гестагенные препараты с содержанием эстрогенов 30-50 мкг-регулон, марвелон, ригевидон). Препарат назначают в дозе 4-6 таблеток в сутки, постепенно уменьшая дозу на одну таблетку в день, и продолжают прием в течении 3-х недель. Через 2-3 дня после окончания приема гормональных препаратов наступает ответная менструальная реакция. Как правило, в течении первых двух дней кровотечение останавливается. Параллельно антианемическая терапия.

При тяжелом состоянии больной с выраженными симптомами анемии и гиповолемии (содержание гемоглобина ниже 70 г/л, Ht ниже 20%, отмечаются тахикардия, гипотония) и продолжающемся кровотечении показан **хирургический гемостаз** - выскабливание слизистой оболочки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба.

Хирургический гемостаз с диагностической целью также показан больным с рецидивирующими, длительными ювенильными кровотечениями, не поддающимися лечению (для исключения онкологического заболевания).

Во избежание разрывов девственной плевы производят обкалывание ее 0.25% раствором новокаина с 64 ЕД лидазы.

2-профилактика рецидивов кровотечения. Оптимальным методом является циклический прием однофазных гормональных контрацептивов, в течении 3-х месяцев. Эффективность лечения основана на нормализации выделения гонадотропинов и подавлении пролиферации эндометрия. Следующие три месяца можно использовать только прогестины-с 16-го по 26-й день цикла (дюфастон, утрожестан)

Правильная и своевременная терапия и профилактика рецидивов ЮК способствует становлению нормальной циклической функции всех отделов РС и являются действенной профилактикой бесплодия и невынашивания беременности.

ДМК в репродуктивном периоде встречаются реже, чем в пубертатном, поскольку, репродуктивная система завершила свое развитие, и циклическая функция всех ее отделов сформировалась и закрепилась.

Причины: стрессы, аборт, инфекции, эндокринные заболевания, прием лекарственных препаратов(аспирин).

При ДМК репродуктивного периода в яичниках происходит персистенция фолликула с избыточной продукцией эстрогенов. При этом возникает абсолютная гиперэстрогения, развиваются гиперпластические изменения (железисто-кистозная гиперплазия)

Клиника определяется длительностью кровотечения и степенью кровопотери, следствием которых являются слабость, головные боли, утомляемость, снижение АД, тахикардия.

Диагноз ДМК в репродуктивном периоде основывается на следующих признаках:

*ациклический характер кровотечений

*бесплодие первичное или сниженная репродуктивная функция

*ЮК в анамнезе

*наличие гиперпластических процессов эндометрия

ЛЕЧЕНИЕ. Консервативный гормональный гемостаз не рекомендуется. Лечение ДМК у женщин репродуктивного периода следует начинать с отдельного лечебно-диагностического выскабливания матки. Соскоб обязательно отправить на гистологическое исследование. После этого начинают терапию, направленную на нормализацию функции яичников.

Эстроген-гестагенные препараты (ОК) с 5-го по 25-й день цикла в течении 3 месяцев.

Применяют методы стимуляции овуляции, рекомендуется Кломифен по 1 тб с 5-го по 9-й день цикла в течение 3-х циклов.

При недостаточности лютеиновой фазы: гестагены (утрожестан, дюфастон с 16-го по 25 день цикла).

При наличии клинических проявлений анемии и гиповолемии-антианемическая и инфузионная терапия, витаминотерапия.

ДМК в репродуктивном возрасте при неадекватной терапии склонны к рецидивам.

Климактерические маточные кровотечения.

У женщин в возрасте 45-55 лет маточные кровотечения являются наиболее частой гинекологической патологией. Гонадотропная функция нарушается в силу инволютивных процессов, преобладает образование и выделение ФСГ, формируется лютеиновая недостаточность, переходящая в ановуляторную дисфункцию яичников.

Дифференциальная диагностика причин маточных кровотечений проводится с органической патологией: аденокарцинома эндометрия, миомы, полипы, аденомиоз, гормонально-активные новообразования яичников.

Раздельное выскабливание слизистой оболочки цервикального канала и тела матки является обязательным лечебно-диагностическим этапом при климактерических кровотечениях. Выскабливание должно проводиться под контролем гистероскопии. Необходимо удалить весь эндометрий: из соображений онкологической настороженности и профилактики рецидивов.

Задачей гормонотерапии ДМК в перименопаузе является подавление гормональной функции яичников и переход в постменопаузу. С этой целью используются аГнРГ (золадекс, бусерелин) и гестагены (дюфастон, утрожестан, 17-ОПК), а также методы консервативной хирургии-аблацию и резекцию эндометрия.

Показания к консервативной терапии:

-гиперпластические процессы эндометрия при отсутствии другой гинекологической и экстрагенитальной патологии.

-гиперпластические процессы эндометрия в сочетании с небольшими интрамурально-субсерозными узлами миомы и диффузной формой аденомиоза 1-2 степени.

Показания к удалению матки:

-аденокарцинома эндометрия

-атипическая гиперплазия в сочетании с аденомиозом или миомой любой локализации

-сочетание рецидивирующей гиперплазии с субмукозной миомой и/или очаговой формой эндометриоза.

Закрепление нового материала (тестовый контроль):

1. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, обусловленное

- 1. нарушением цирхоральной продукции гонадотропных гормонов
- 2. органической патологией половой сферы
- 3. дисфункцией половых желез
- 4. нарушением процессов гемокоагуляции
- 5. нарушением регуляции в системе гипоталамус-гипофиз

2. Дисфункциональное маточное кровотечение - это полиэтиологическое заболевание, развитие которого может быть обусловлено

- 1. возрастными изменениями организма
- 2. нервно-психическими факторами
- 3. профессиональными вредностями
- 4. изменением иммунологического статуса
- 5. всем перечисленным

3. Дисфункциональные маточные кровотечения в репродуктивном периоде обусловлены

- 1. нарушенной внематочной беременностью

- 2. эндометриозом
 - 3. синдромом поликистозных яичников
 - 4. воспалительным процессом эндометрия
 - 5. нарушением механизма регуляции менструального цикла
4. Дисфункциональное маточное кровотечение при персистенции фолликула протекает на фоне
- 1. высокой эстрогенной насыщенности
 - 2. низкой эстрогенной насыщенности
 - 3. высокой гестагенной насыщенности
 - 4. андрогенной насыщенности
 - 5. недостаточности глюкокортикоидов
5. К дисфункциональным маточным кровотечениям в ювенильном периоде относят кровотечения
- 1. при заболеваниях крови
 - 2. при сердечно-сосудистой патологии
 - 3. при патологии щитовидной железы
 - 4. при заболеваниях надпочечников
 - 5. при нарушении становления цирхоральной продукции гонадотропного релизинг-гормона
6. К ановуляторным ациклическим кровотечениям относят
- 1. кратковременную ритмическую персистенцию фолликула
 - 2. атрезию фолликула
 - 3. длительную персистенцию фолликула
 - 4. персистенцию желтого тела
 - 5. недостаточность желтого тела
7. Состояние эндометрия при атрезии фолликула характеризуется
- 1. железистой гиперплазией
 - 2. атипической железистой гиперплазией (аденоматозом)
 - 3. высоким содержанием гликогена
 - 4. децидуальными изменениями
 - 5. появлением крупных клеток Ариас-Стелла
8. Состояние эндометрия при персистенции фолликула характеризуется наличием
- 1. светлых желез Овербека
 - 2. Аденоакантомы
 - 3. аденоматоза
 - 4. Аденомиоза
 - 5. железисто-кистозной гиперплазии
9. Для лечения дисфункционального маточного кровотечения в ювенильном периоде обычно применяют
- 1. выскабливание полости матки
 - 2. комплексную негормональную терапию
 - 3. гемостаз малыми дозами эстрогенов
 - 4. гемостаз малыми дозами андрогенов
 - 5. даназол
10. Для лечения кровотечения при персистенции желтого тела применяют
- 1. выскабливание полости матки
 - 2. электростимуляцию шейки матки
 - 3. Гестагены
 - 4. Даназол
 - 5. Парлодел

Задание на дом: Составление списка инструментов для отдельного лечебно-диагностического выскабливания

Теоретическое занятие №9: Аномалии развития и положения половых органов

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

- Дайте определение дисфункциональным маточным кровотечениям?
- Перечислите причины ДМК?
- Классификация ДМК?
- Клинические проявления при ДМК?
- Гормональный гемостаз при ДМК?
- Негормональные средства для остановки кровотечения?
- Хирургический метод остановки кровотечения?

Информационный блок. План.

1. Причины, способствующие возникновению аномалий половых органов
2. Классификация аномалий половых органов
3. Клиническая картина и диагностика пороков развития половых органов
4. Опущение и выпадение половых органов. Этиология. Классификация
5. Клиника и диагностика опущения и выпадения половых органов
6. Профилактика опущения и выпадения половых органов.

К **аномалиям развития женских половых органов** относят врожденные нарушения анатомического строения гениталий в виде незавершенного органогенеза, отклонения от величины, формы, пропорций, симметрии, топографии.

Аномалии развития половых органов встречаются приблизительно у 3% женщин. Они возникают в период внутриутробного развития половых органов-на 8-12-й неделе беременности, вследствие нарушения формирования и слияния парамезонефральных (мюллеровых) протоков. Их причиной являются наследственная предрасположенность, воздействия генетических факторов (хромосомные и генные мутации), наркомания, алкоголизм, инфекции, ионизирующее излучение, интоксикации.

Существуют следующие типы нарушений:

- 1 Агенезия — отсутствие органа.
- 2 Аплазия — отсутствие части органа.
- 3 Атрезия — отсутствие, недоразвитие или заращение канала или отверстия.
- 4 Гиперплазия — разрастание органа.
- 5 Гипоплазия — уменьшение органа.
- 6 Стеноз — сужение канала.

Классификация по анатомическому принципу:

I класс. Аплазия влагалища (полная аплазия влагалища и матки, полная аплазия влагалища и функционирующая рудиментарная матка, аплазия части влагалища при функционирующей матке)

II класс. Однорогая матка

III класс. Удвоение матки и влагалища

IV класс. Двурогая матка (неполная, полная и седловидная формы)

V класс. Внутриматочная перегородка (полная внутриматочная перегородка – до внутреннего зева, неполная внутриматочная перегородка)

VI класс. Пороки развития маточных труб и яичников (аплазия придатков матки с одной стороны, аплазия труб, наличие добавочных труб, аплазия яичника, гипоплазия яичников, наличие добавочных яичников)

VII класс. Редкие формы пороков половых органов (мочеполовые и кишечно-половые пороки развития)

Клиническая картина пороков развития половых органов, зависит от характера аномалии и может сопровождаться :

- 1) отсутствием менструаций и невозможностью половой жизни (аплазия матки и влагалища);
- 2) полной задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (атрезия гимена, перегородка, аплазия части или всего влагалища при функционирующей матке);
- 3) односторонней задержкой оттока менструальной крови с образованием гематокольпоса, гематометры (дополнительное замкнутое влагалище, дополнительный замкнутый рог матки);
- 4) привычным невынашиванием беременности (внутриматочная перегородка);
- 5) затруднениями при половой жизни (две матки, полная или неполная влагалищная перегородка).

Симптоматика пороков развития проявляется в период полового созревания.

Болевой синдром типичен для всех видов аномалий с нарушением оттока менструальной крови, однако характер и интенсивность боли имеют особенности, обусловленные формой порока развития.

Диагностика: жалобы, анамнез, бимануальное и влагалищное исследование, УЗИ, МРТ, гистеросальпингография, гистероскопия, диагностическая лапароскопия.

Опущение половых органов, или пролапс - это смещение влагалища и матки вниз, а **выпадение** – полный выход матки вместе с влагалищем наружу, за пределы половой щели.

Классификация

Пролапс тазовых органов может возникнуть в переднем (**34 %**), среднем (**14 %**), заднем (**19 %**) отделах тазового дна.

К пролапсу переднего отдела относят

- **Уретроцеле** (опущение уретры и передней стенки влагалища)
- **Цистоцеле** (опущение мочевого пузыря и передней стенки влагалища)
- **Цистоуретроцеле** (опущение уретры, мочевого пузыря и передней стенки влагалища)

К пролапсу среднего отдела относят:

- **Опущение матки** (Апикальный пролапс)
- **Выпадение купола влагалища** (полное выпадение влагалища, развивается после удаления матки и шейки матки)
- **Энтероцеле** (выпячивание через карман Дугласа петель кишечника или брыжейки)

К пролапсу заднего отдела относят:

- **Ректоцеле**

Классификация М.С. Малиновского:

1 степень-шейка матки опускается до входа во влагалище

2 степень-шейка матки появляется за пределами входа во влагалище, а тело матки располагается выше него

3 степень-вся матка находится за пределами входа во влагалище.

Причины:

- Заболевания, сопровождающиеся повышением внутрибрюшного давления (хронический бронхит, бронхиальная астма, запоры и др.),
- роды, осложненные травмой промежности
- малоподвижный образ жизни, избыточный вес
- тяжелая физическая работа, подъем тяжестей
- гипоэстрогения
- системная дисплазия соединительной ткани

Предрасполагающими моментами являются ранний физический труд в послеродовом периоде, частые роды, резкое похудание, инфантилизм, атрофия тканей в пожилом и старческом возрасте.

Клиника

Больные жалуются на чувство тяжести и боль внизу живота, расстройство мочеиспускания (затрудненное мочеиспускание или недержание мочи при кашле и чихании), ощущение

инородного тела в области промежности. На шейке матки и стенках влагалища при выпадении половых органов нередко развиваются пролежни (декубитальная язва). Стенки влагалища становятся грубыми и неэластичными, отечными, легко возникают трещины. Пролежни приводят к развитию инфекции, которая нередко распространяется на мочевые пути. Выпавшая матка, как правило, отечна, цианотична, вследствие нарушения лимфооттока и кровообращения. При горизонтальном положении больной она легко вправляется.

Диагноз устанавливается на основании жалоб больной, сбора анамнеза и данных гинекологического осмотра. Во время вагинального исследования оценивается степень зияния половой щели; позиция стенок влагалища и шейки матки по отношению ко входу во влагалище; наличие уретро-, цисто-, ректо-, энтероцеле; пальпация мышц тазового дна в покое и при напряжении поможет оценить характер их тонуса; наличие и характеристика рубца на коже промежности.

Дополнительные методы исследования- УЗИ, МРТ, комбинированное уродинамическое исследование используются для определения наличия и степени нарушения анатомии и функции смежных органов.

Профилактика опущений и выпадений половых органов заключается в рациональном ведении родов и послеродового периода, анатомически правильном зашивании разрывов промежности, устранении чрезмерной физической нагрузки, профилактика запоров и респираторных заболеваний, сопровождающихся хроническим кашлем (в случае хронического кашля или запора необходимо обратиться к врачу, для определения причин и назначения соответствующего лечения); изменение образа жизни и борьба с лишним весом.

Закрепление нового материала (фронтальный опрос):

- Причины аномалий развития половых органов?
- Когда формируются пороки развития половых органов?
- Что такое атрезия?
- Какие виды аплазии влагалища вы знаете?
- Какие пороки вызывают нарушение оттока менструальной крови?
- Какие пороки вызывают привычное невынашивание?
- Перечислите причины опущения половых органов?
- Классификация опущения половых органов?
- Клинические проявления опущения и выпадения половых органов?
- Диагностика опущения половых органов?
- Профилактика опущения половых органов?

Задание на дом:

Составление тестовых заданий с эталонами ответов на тему «Аномалии развития половых органов»

Теоретическое занятие № 10: *Воспалительные заболевания женских половых органов*

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

- Причины аномалий развития половых органов?
- Когда формируются пороки развития половых органов?
- Что такое атрезия?
- Какие виды аплазии влагалища вы знаете?
- Какие пороки вызывают нарушение оттока менструальной крови?
- Какие пороки вызывают привычное невынашивание?
- Перечислите причины опущения половых органов?
- Классификация опущения половых органов?
- Клинические проявления опущения и выпадения половых органов?
- Диагностика опущения половых органов?
- Профилактика опущения половых органов?

Информационный блок. План:

1. Факторы риска воспалительных заболеваний женских половых органов
2. Классификация воспалительных заболеваний органов малого таза
3. Клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза.
4. Принципы лечения воспалительных заболеваний
5. Осложнения хронических ВЗОМТ
6. Профилактика и пути снижения воспалительных заболеваний

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают первое место в структуре гинекологической патологии и составляют 60-65% больных, обратившихся в женскую консультацию.

Эндогенная микрофлора влагалища - динамическая биосистема, которая находится в постоянном равновесии с макроорганизмом и подвергается изменениям под влиянием эндогенных и экзогенных факторов.

Инфицирование происходит:

- половым путем -99% случаев
- лимфогенный путь - это прежде всего из кишечника;
- гематогенный путь при туберкулезе, когда очаг инфекции в гениталиях является вторым очагом, а первый очаг расположен экстрагенитально;
- по протяжению, например, из воспаленного аппендикулярного отростка, при колитах, при патологии кишки;
- интраканаликулярный путь при специфической инфекции (гонококк).

Факторы риска воспалительных заболеваний женских половых органов:

- внутриматочные процедуры (зондирование, гистеросальпингография, гистероскопия, операции на половых органах, диагностическое выскабливание)
- аборты
- ВМК (внутриматочный контрацептив), применение гигиенических тампонов, частые спринцевания
- родовые травмы промежности и шейки матки
- риск ВЗОМТ возрастает при наличии нескольких половых партнеров
- снижение иммунитета, переохлаждение

Факторы, препятствующие возникновению и распространению инфекции: сомкнутая половая щель; кислая среда во влагалище; слизистая пробка шейки матки, в которой содержатся антибактериальные вещества(лизоцим); десквамация функционального слоя эндометрия во время менструации.

Классификация воспалительных заболеваний органов малого таза

По локализации патологического процесса:

I. Воспаление половых органов нижнего отдела:

- вульвы (вульвит);
- бартолиновой железы (бартолинит);
- влагалища (кольпит, вагинит);
- шейки матки (экзоцервицит, эндоцервицит)

II. Воспаление половых органов верхнего отдела:

- эндометрит (воспаление слизистой оболочки тела матки);
- метроэндометрит (воспаление слизистого и мышечного пласта тела матки);
- периметрит (воспаление брюшины, которая покрывает тело матки).
- сальпингит (воспаление маточных труб);
- оофорит (воспаление яичников);
- сальпингоофорит (воспаление маточных труб и яичников), или аднексит;
- аднекстумор (воспалительная опухоль маточных труб и яичников);
- гидросальпинкс (воспалительная мешотчатая опухоль маточной трубы с накоплением серозной жидкости в ее просвете);
- пиосальпинкс (воспалительная опухоль маточной трубы с накоплением гноя в ее просвете);
- пиоварум (воспалительная опухоль яичника с гнойным расплавлением его тканей);
- параметрит (воспаление клетчатки, которая окружает матку)
- пельвиоперитонит - воспаление брюшины малого таза.

По клиническому течению:

-острые с выраженной клинической симптоматикой

-подострые со стертыми проявлениями

-хронические (с давностью более 2 месяцев) в стадии ремиссии или обострения

По виду возбудителя:

-специфические (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, гонококки, вирусы, грибки, туберкулез половых органов)

-неспецифические (стафилококки, стрептококки, энтерококки, протей, кишечная палочка)

Клинические проявления воспалительных заболеваний органов малого таза

- Патологические изменения в менструальном цикле: возможна скудность или, наоборот, обильность выделений, кровянистые темно-коричневые выделения, несвязанные с менструацией, задержка месячных.
- Выделения из половых путей различного характера: творожистые, серозные, серозно-гнойные
- Болевой синдром: боли внизу живота различной интенсивности, с иррадиацией в поясницу, во влагалище, в прямую кишку; боли при половом акте
- Зуд и жжение во влагалище
- Повышение температуры, головная боль, тошнота, рвота при острых формах заболевания

Принципы лечения ВЗОМТ:

- Антибактериальная, противовоспалительная терапия (антибиотики широкого спектра действия, метронидазол, индометациновые свечи)
- Местное лечение: вагинальные свечи с учетом возбудителя, влагалищные ванночки, тампоны, спринцевания
- Инфузионная терапия

- Иммунотерапия (полиоксидоний, виферон, иммуномакс)
- Физиотерапия
- Коррекция микробиоценоза влагалища

Осложнения ВЗОМТ:

- расстройства половой и менструальной функции женщины
- бесплодие первичное или вторичное
- самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды
- фетоплацентарная недостаточность
- внутриутробное инфицирование плода, различная пренатальная патология
- хронические тазовые боли
- внематочная беременность
- спаечный процесс в малом тазу

Профилактика и пути снижения воспалительных заболеваний и их последствий:

- санитарно-просветительная работа
- рациональная контрацепция
- прерывание беременности с помощью простагландинов, антигестагенов
- рациональная длительная антибактериальная комплексная терапия острых ВЗОТ с учетом возбудителя заболевания, ранняя реабилитация с помощью физиотерапии
- обязательное обследование и лечение полового партнера.

Закрепление нового материала:

1. Факторы риска воспалительных заболеваний?
2. Факторы, препятствующие распространению инфекции?
3. Специфические и неспецифические возбудители воспалительных заболеваний?
4. Перечислите воспалительные заболевания верхних отделов половых органов?
5. Классификация воспалительных заболеваний по клиническому течению?
6. Местное лечение противовоспалительных заболеваний?
7. Какие нарушения менструального цикла встречаются при воспалительных заболеваниях?
8. Что такое кольпит?
9. Осложнения противовоспалительных заболеваний?
10. Методы профилактики воспалительных заболеваний?

Задание на дом: составление тестовых заданий с эталонами ответов на тему «Воспалительные заболевания женских половых органов»

Теоретическое занятие №11: Доброкачественные и злокачественные заболевания гениталий.

Контроль знаний (фронтальный опрос по теме предыдущей лекции):

11. Факторы риска воспалительных заболеваний?
12. Факторы, препятствующие распространению инфекции?
13. Специфические и неспецифические возбудители воспалительных заболеваний?
14. Перечислите воспалительные заболевания верхних отделов половых органов?
15. Классификация воспалительных заболеваний по клиническому течению?
16. Местное лечение противовоспалительных заболеваний?
17. Какие нарушения менструального цикла встречаются при воспалительных заболеваниях?
18. Что такое кольпит?
19. Осложнения противовоспалительных заболеваний?
20. Методы профилактики воспалительных заболеваний?

Информационный блок:

1. Миома матки. Классификация, клинические проявления, диагностика
2. Показания к оперативному лечению при миоме матки.
3. Эндометриоз. Классификация, клиника.
4. Классификация доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников.
5. Злокачественные опухоли половых органов. Классификация. Факторы риска.

Миома матки –доброкачественная опухоль из мышечных элементов гладкой мускулатуры.

Классификация.

По локализации различают:

- миому тела матки (встречается в 95% случаев)
- миому шейки матки (шеечную миому – в 5% случаев).

По отношению к миометрию выделяют три варианта роста узлов миомы:

1. **межмышечную**, или интерстициальную (опухоль располагается в толще стенки матки)
2. **подслизистую**, или субмукозную (рост миомы происходит по направлению к полости матки)
3. **подбрюшинную**, или субсерозную (рост миомы происходит по направлению к брюшной полости).

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.

Клиническая картина

Основными симптомами заболевания являются:

- нарушение менструального цикла, по типу гиперполименореи (обильные и длительные менструации), межменструальные кровянистые выделения;
- боли в нижних отделах живота и в пояснице: выраженные длительные боли свидетельствуют о быстром росте опухоли; схваткообразные боли во время менструации о подслизистом расположении узла.
- сдавление и нарушение функции смежных органов (учащенное мочеиспускание, расширение мочеточников и чашечно-лоханочной системы: гидроуретер и гидронефроз) наблюдается при больших размерах опухоли, шеечном и межсвязочном расположении узлов
- бесплодие может быть связано с изменением гормонального статуса, изменением состояния эндометрия, механическими причинами, например, при расположении миоматозных узлов в области трубных углов.

Наиболее частыми осложнениями миомы матки являются некроз и перекрут миоматозного узла, анемия. Некрозу чаще всего подвергаются субсерозные узлы.

Диагностика: бимануальное исследование, УЗИ, гистероскопия, диагностическая лапароскопия. При бимануальном исследовании матка пальпируется как плотная бугристая опухоль, величина которой измеряется в неделях беременности.

Лечение миомы матки. Консервативное лечение миомы матки заключается в назначении средств, тормозящих рост опухоли, и симптоматических препаратов для лечения осложнений. Показаниями к хирургическому лечению миомы матки являются:

- 1) быстрый рост опухоли (более 5 недель в год)
- 2) обильные длительные кровотечения, приводящие к анемии;
- 3) большие размеры миомы (более 15 недель беременности);
- 4) опухоль размером 12–13 недель беременности и симптомы сдавления смежных органов;
- 5) выраженный болевой синдром;
- 6) подслизистая миомы матки;
- 7) миома шейки матки;
- 8) некроз миоматозного узла;
- 9) перекрут ножки миоматозного узла;
- 10) интралигаментарная опухоль;
- 11) сочетание миомы матки с опухолью яичников, эндометриозом;
- 12) бесплодие, обусловленное атипичным расположением узлов;
- 13) подозрение на злокачественное перерождение миомы
- 14) сочетание миомы матки с предраковым состоянием шейки матки.

Хирургическое лечение может быть консервативным (миомэктомия-удаление миоматозных узлов) и радикальным (гистерэктомия-удаление матки).

Эндометриоз- доброкачественный гормонально-зависимый патологический процесс, при котором происходит разрастание ткани, морфологически и функционально похожий на эндометрий, но находящейся вне анатомической локализации последнего.

Классификация

А Генитальный эндометриоз.

1 Наружный:

- внутрибрюшинный (серозный покров матки, маточной трубы, позадиматочное пространство, крестцово-маточные связки, яичники)
- внебрюшинный (наружные половые органы, промежность, влагалище, влагалищная часть шейки матки)

2 Внутренний (аденомиоз):

- диффузная форма
- очаговая или узловатая форма

Б Эндометриоз экстрагенитальной локализации (мочевой пузырь, кишечник, послеоперационные рубцы, почки, легкие, гортань, глаз)

Клиника.

Нарушения менструального цикла-обильные и длительные менструации, приводящие к анемизации женщины. Патогномонично появление мажущих темных кровяных выделений за 2-5 дней до и после менструации.

Боль-появляется или резко усиливается в предменструальные дни и во время менструации; при длительном и тяжелом течении боли беспокоят и после менструации.

Бесплодие из-за нарушенной гормональной функции; спаечного процесса в малом тазу, с поражением труб; изменением эндометрия при аденомиозе, препятствующих имплантации

Термин «**опухоль яичника**» является собирательным понятием, объединяющим как истинные опухоли злокачественного и доброкачественного характера, так и ретенционные образования. Яичник по разнообразию опухолей, возникающих в нем, занимает среди других органов человека одно из первых мест.

Классификация доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников:

1 Доброкачественные эпителиальные опухоли: серозная цистоаденома, муцинозная цистоаденома, эндометриоидная цистоаденома, светлоклеточная опухоль, опухоль Бреннера, смешанные опухоли

- 2 Доброкачественные опухоли стромы полового тяжа: гранулезоклеточная опухоль, текаклеточная опухоль (текома), фиброма, опухоли из клеток Сертоли и Лейдига
- 3 Доброкачественные герминогенные опухоли: зрелая кистозная тератома (дермоидная киста)
- 4 Ретенционные образования: фолликулярная киста, киста желтого тела, эндометриоидная киста, параовариальная киста, воспалительное образование придатков матки (тубоовариальное), серозоцеле (спаечный процесс с образованием кистозных полостей)
- 5 Гиперпластические процессы в яичниках

Злокачественные опухоли половых органов:

1. Рак вульвы
2. Рак влагалища
3. Рак шейки матки
4. Рак тела матки
5. Рак маточной трубы
6. Рак яичников

Факторы риска:

- гормональные нарушения: ановуляторный менструальный цикл, гиперэстрогения
- гиперпластические процессы эндометрия
- наследственный фактор и генетические нарушения
- позднее наступление менархе; раннее наступление менопаузы
- женщины в возрасте после 50 лет, нерожавшие, небеременевшие и нежившие половой жизнью
- хронические воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе
- экстрагенитальные заболевания, связанные с нарушением обмена веществ: ожирение; сахарный диабет; гипертоническая болезнь
- Вирус папилломы человека, дисплазия шейки матки.

Закрепление нового материала (тестовый контроль):

1. Аденомиоз — это ...

- а) эндометриоз яичников;
 - б) эндометриоз тела матки;
 - в) эндометриоз внутренних половых органов;
 - г) эндометриоз маточных труб;
 - д) ретроцервикальных эндометриоз
2. Методы диагностики внутреннего эндометриоза:

- а) УЗИ;
- б) гистероскопия;
- в) гистеросальпингография;
- г) бимануальное исследование;
- д) все ответы верны.

3. Эндометриоз — это ...

- а) злокачественное заболевание внутренних половых органов
- б) диффузная гиперплазия эндометрия;
- в) воспаление слизистой матки;
- г) разрастание ткани, подобной эндометрию за пределами полости матки;

4. Основным клиническим симптомом эндометриоза яичников является:

- а) боль внизу живота с иррадиацией в поясницу, усиливающуюся накануне и с началом менструации;
- б) гиперполименорея;

- в) темные мажущие выделения из половых путей до и после менструации;
 - г) выраженная диспареуния (болезненность при половом акте);
 - д) циклические психо-вегетативные расстройства
5. Наиболее информативный метод диагностики межмышечной миомы матки:
- а) влагалищное исследование;
 - б) УЗИ;
 - в) гистеросальпингография;
 - г) гистероскопия;
 - д) исследование с помощью зеркал.
6. Основной клинический симптом подслизистой миомы матки:
- а) хроническая тазовая боль;
 - б) аномальные маточные кровотечения;
 - в) сдавление соседних органов;
 - г) вторичное бесплодие;
 - д) нарушение функции тазовых органов
7. Показания к оперативному лечению миомы матки:
- а) размеры опухоли 15 недель беременности;
 - б) рост опухоли более 1–2 недель в год;
 - в) боль во время менструации;
 - г) сочетание миомы матки с ожирением;
 - д) бесплодие, связанное с миомой.
8. К опухолевидным образованиям придатков матки относятся:
- а) фолликулярные кисты;
 - б) кисты желтого тела;
 - в) текалютеиновые кисты;
 - г) эндометриодные кисты;
 - д) все ответы верны.
9. Фолликулярные кисты наиболее часто встречаются:
- а) в репродуктивном возрасте;
 - б) в периоде новорожденности;
 - в) в постменопаузе;
 - г) в ювенильном периоде;
 - д) в перименопаузальном периоде.
10. Для диагностики опухолей яичников используют:
- а) УЗИ с доплерометрией;
 - б) компьютерную томографию, МРТ;
 - в) биопсию опухоли;
 - г) все верно;
 - д) верно а, б.

Ответы: 1 б 2 д 3 г 4 в 5 б 6 б 7 а 8 д 9 а 10 г

Задание на дом: реферат на тему «Методы профилактики рака шейки матки»

Теоретическое занятие № 12: Острый живот в гинекологии

Контроль знаний (фронтальный опрос по предыдущей теме):

1. Миома матки. Классификация?
2. Клинические проявления миомы матки?
3. Методы диагностики миомы?
4. Показания к оперативному лечению при миоме матки?
5. Что такое эндометриоз?
6. Перечислите виды генитального эндометриоза?
7. Виды экстрагенитального эндометриоза?
8. Какие ретенционные образования вы знаете?
9. Назовите злокачественные заболевания половых органов?
10. Факторы риска злокачественных заболеваний половых органов?

Информационный блок. План.

1. Причины неотложных состояний в гинекологии
2. Клинические проявления характерные для «острого живота» в гинекологии
3. Сестринский уход при неотложных состояниях в гинекологии
4. Уход медицинской сестры в послеоперационном периоде.

Термин «**острый живот**» в гинекологии объединяет большую группу заболеваний органов гениталий, остро возникающих и угрожающих жизни, от которых большинство больных может быть излечено только хирургическим путем.

Неотложные состояния в гинекологической практике могут быть обусловлены следующими состояниями:

1. Кровотечение внутреннее или наружное (эктопическая беременность, разрыв маточной трубы, апоплексия яичника, неполный аборт, травмы наружных половых органов и влагалища)
2. Нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухоли яичника, перекрут и некроз миоматозных узлов)
3. Острым воспалением брюшины, покрывающей органы гениталий и другие внутренние органы (пельвиоперитонит; перитонит, вследствие перфорации пиосальпинкса, пиовара; расхождения швов на матке после к/с).
4. Осложнения, возникающие после оперативных вмешательств (перфорация стенки матки при внутриматочных манипуляциях, осложнения при внутриматочной контрацепции, кровотечения, инфекции)
5. Экстрагенитальные заболевания (острый аппендицит, острый холецистит, кишечная непроходимость, острый панкреатит)

Несмотря на различные причины, симптоматика "острого живота" в гинекологии имеет много общих черт:

- острая схваткообразная боль внизу живота, часто внезапная;
- тошнота, рвота;
- нарушение отхождения кишечных газов и кала;
- симптомы раздражения брюшины;

Диагностика: жалобы, анамнез, бимануальное исследование, УЗИ, тест на беременность, ОАК (количество лейкоцитов), лапароскопия.

В первую группу заболеваний входят: нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника.

Внематочная беременность прерывается в очень ранние сроки, чаще всего в 4-6 недель. При её прерывании развивается картина внутреннего кровотечения. Жалобы больной на боль, приступообразного характера, которая может иррадиировать в область заднего прохода, плечо, лопатку. Приступ сопровождается слабостью, головокружением, в ряде случаев – потерей сознания (кратковременной), появлением липкого, холодного пота, тошнотой, рвотой, иногда жидким стулом. Как правило t^0 тела при этом не повышается. Кровянистые выделения из половых путей наблюдаются у 80 – 90 % женщин с внематочной беременностью. Характер выделений

чаще всего – мажущие, темные. Задержка менструации – этот признак обнаруживается у 65-70% больных.

Апоплексия яичника- кровоизлияние с нарушением целостности ткани яичника, сопровождающееся кровотечением в брюшную полость. Предрасполагающие причины для апоплексии яичника - хроническое воспаление, кистозные изменения яичников, нейроэндокринные нарушения. Провоцирующие причины-физическое напряжение, половой акт, овуляция. Апоплексия может возникнуть и в состоянии полного покоя.

Клиническая картина — боль и признаки внутрибрюшного кровотечения. Заболевание начинается остро. Появляются внезапные сильные боли внизу живота, преимущественно на стороне пораженного яичника. При обильном кровотечении - френикус-симптом, явления коллапса (падение АД, частый пульс, слабость, холодный пот). В зависимости от преобладания одного из этих симптомов условно различают анемическую и болевую формы заболевания. При смешанной форме апоплексии эти симптомы выражены одинаково.

Диагностика. При вагинальном исследовании область придатков резко болезненна при пальпации; на УЗИ-выявление свободной жидкости в брюшной полости.

Дифференциальную диагностику проводят с трубной беременностью, острым аппендицитом. В отличие от трубной беременности задержки менструации и признаков беременности нет, наружное кровотечение отсутствует. В отличие от аппендицита раздражение брюшины выражено не столь сильно, не отмечается нарастание количества лейкоцитов, температура тела нормальная.

Вторая группа заболеваний, приводящих к развитию клиники острого живота связана с перекрутом ножки опухоли яичника, перекрутом и некрозом миоматозных узлов. Перекрут чаще всего происходит при небольших размерах опухоли, имеющей длинную, подвижную ножку, при отсутствии спаек с соседними органами.

Заболевание начинается с сильных болей внизу живота, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Обычно связывается с физической нагрузкой, резким движением. Больная принимает вынужденное положение из-за болей, при пальпации отмечается напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина – Блюмберга, парез кишечника, задержка стула, температура тела повышается, пульс частый, сухой язык, бледность кожных покровов, холодный пот.

Перекрут миоматозного узла происходит при субсерозном расположении и наличии тонкой ножки. Кроме того, клиника острого живота может быть связана с некрозом узлов интрамуральных или субмукозных, что проявляется чаще всего при усиленном сокращении матки при приеме утеротонических препаратов, менструации или послеродовом периоде. Сопровождается клиника схваткообразными или постоянными болями в низу живота, явлениями общей интоксикации организма – сухость языка, кожных покровов, повышение t 38-39⁰С, признаками раздражения брюшины с тошнотой и рвотой, нарастанием лейкоцитоза крови. При гинекологическом исследовании обнаруживается миоматозно измененная матка, резко болезненная при пальпации.

Третья группа заболеваний, приводящих к развитию клиники «острого живота» связана с острым воспалением брюшины малого таза и брюшной полости на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов. В первом случае развивается клиника пельвиоперитонита, во втором – перитонита. Причиной перитонита в гинекологической практике может быть:

1. Генерализация инфекции на фоне метроэндометрита, аднексита.
2. Перфорация пиосальпинкса или пиовара
3. Расхождение швов на матки после кесарева сечения
4. Перфорация матки при выскабливании её полости

Клинические формы течения перитонита разнообразны в зависимости от причины, вирулентности возбудителя и реактивности организма.

Перитонит сопровождается явлениями

- А) Интоксикации организма – повышение температуры, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия и озноб
- Б) Признаков раздражения брюшины – тошноты рвоты, положительные симптомы раздражения брюшины, вздутия живота
- В) Нарушением функции кишечника – от пареза до паралича

Сестринский процесс при «остром животе» в гинекологии.

1. Немедленно вызвать врача.
2. Уложить больную в постель или на кушетку, из-под головы убрать подушку и подложить ее под ноги.
3. На низ живота положить пузырь со льдом.
4. Взять кровь для определения группы и резус-фактора, обеспечить проведение общего анализа крови.
5. При сниженных цифрах А/Д настроить внутривенное введение 5% раствора глюкозы или 0.9% раствора хлорида натрия.
6. Санитарную обработку провести с учетом возможности неотложного оперативного вмешательства: побрить волосы на лобке и наружных половых органах, обработать эти участки антисептическим средством, вывести мочу катетером.
7. Следить за общим состоянием женщины (оценивать цвет кожи и слизистых оболочек, измерять АД, подсчитывать пульс).

Категорически запрещается: теплая грелка на низ живота; вводить анальгетики и спазмолитики; давать слабительные средства; ставить очистительные клизмы

После прибытия врача медицинская сестра четко выполняет его назначения, ассистирует во время гинекологического обследования, готовит набор инструментов и помогает при проведении дополнительных методов исследования (пункция брюшной полости через задний свод влагалища, УЗИ) и готовит пациентку к оперативному вмешательству.

Подготовка к экстренной гинекологической операции имеет свою специфику: чем тяжелее состояние больной, тем быстрее ее нужно подготовить.

Уход медицинской сестры в послеоперационном периоде

1. ЛФК, дыхательная гимнастика со 2-х суток для улучшения вентиляции легких и профилактики тромбозов.
2. Раннее вставание (конец 1-х суток) для профилактики образования спаек, тромбов
3. Инфузионная терапия проводится с целью восстановления ОЦК, дезинтоксикации, коррекции водно-электролитного баланса. При исходной анемии, большой кровопотере показана гемотрансфузия.
4. Обезболивание первые 2 суток.
5. Антибиотикопрофилактика и терапия.
6. Профилактика пареза кишечника — подкожное введение прозерина, гипертоническая клизма, с 3-х суток-очистительная клизма.
7. Диета. Первые сутки 0 стол (голод), 2-е сутки питье, прием пищи после восстановления перистальтики кишечника с постепенным переходом на общий стол к 5 суткам.
8. Лабораторный контроль за состоянием больной (анализ крови общий, биохимический, коагулограмма и др. по показаниям),
9. Уход за послеоперационными швами, смена повязки на 2-3 сутки. Швы с передней брюшной стенки снимают на 8-9 сутки.

Закрепление нового материала:

- Перечислите причины неотложных состояний в гинекологии?
- Какие заболевания вызывают внутренние кровотечения в гинекологии?
- Какие формы апоплексии яичника вы знаете?
- Клиника при «остром животе» в гинекологии?
- Принципы доврачебной помощи при неотложных состояниях в гинекологии?
- Принципы ухода в послеоперационном периоде в гинекологии?

- Какие заболевания вызывают нарушение кровообращения в половых органах?
- Причины перитонита в гинекологии?
- Предрасполагающие факторы к апоплексии яичника?
- С какими хирургическими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при остром животе в гинекологии?

Задание на дом:

Составление презентации на тему «Внематочная беременность»

Теоретическое занятие № 13: Бесплодие.

Контроль знаний (фронтальный опрос теме предыдущей лекции):

- Перечислите причины неотложных состояний в гинекологии?
- Какие заболевания вызывают внутренние кровотечения в гинекологии?
- Какие формы апоплексии яичника вы знаете?
- Клиника при «остром животе» в гинекологии?
- Принципы доврачебной помощи при неотложных состояниях в гинекологии?
- Принципы ухода в послеоперационном периоде в гинекологии?
- Какие заболевания вызывают нарушение кровообращения в половых органах?
- Причины перитонита в гинекологии?
- Предрасполагающие факторы к апоплексии яичника?
- С какими хирургическими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при остром животе в гинекологии?

Информационный блок. План.

1. Бесплодие. Классификация.
2. Причины женского и мужского бесплодия
3. Этапы обследования супружеской пары при бесплодии.
4. Вспомогательные репродуктивные технологии при бесплодии. Показания к ЭКО.
5. Профилактика бесплодия.

Бесплодный брак – отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения контрацепции.

Бесплодие – неспособность зрелого организма к зачатию.

Различают:

- Первичное бесплодие – когда у женщины никогда не было беременности.
- Вторичное бесплодие – если беременность в прошлом наступала (маточная или внематочная), но после этого отсутствует в течении года после регулярной половой жизни без использования контрацепции.
- Абсолютное бесплодие – когда возможность забеременеть полностью исключена (отсутствие матки, придатков).

Причины женского бесплодия.

1. Эндокринные (расстройство овуляции, недостаточность лютеиновой фазы)
2. Трубно-перитонеальные факторы (нарушение проходимости маточных труб, наличие спаечного процесса в брюшине малого таза)
3. Различные гинекологические заболевания (эндометриоз, хронический эндометрит, полипы, гиперплазия эндометрия, подслизистая миома матки)
4. Иммунологические причины (образование антиспермальных антител)
5. Психологические факторы
6. Необъяснимое бесплодие, причины которого современными методами исследования обосновать не удается

Эндокринное бесплодие

Ановуляция – нарушение менструального цикла, при котором отсутствует овуляция (разрыв фолликула и выброс яйцеклетки в брюшную полость). Встречается при синдроме поликистозных яичников, гиперандрогении, гиперпролактинемии, гипотериозе, синдроме Кушинга.

Диагноз устанавливается на основании: монофазной базальной температуры; отсутствии доминантного фолликула 18-24 мм на 12-14-й день цикла (УЗИ); монотонно низкого уровня прогестерона без увеличения его в 5-7 раз на 16-22-й день цикла. Лечение: стимуляция овуляции.

К эндокринному бесплодию относят также: недостаточность желтого тела или недостаточность лютеиновой фазы (НЛФ); синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула. Лечение препараты прогестерона -утрожестан, дюфастон с 16- по 25-й день цикла.

Причины мужского бесплодия.

1. Эндокринные нарушения
2. Варикоцеле (расширение вен семенного канатика)
3. Врожденные и хромосомные аномалии половых органов (крипторхизм, дисгенезия желез, гипогонадизм)
4. Иммунологические факторы
5. Инфекционно-токсический фактор (ИППП, эпидемический паротит, алкоголь, радиационные поражения)
6. Нервно-психические расстройства (психическая травма, воздействуя через половой центр гипоталамуса, нередко приводит к олиго-или азооспермии)

Этапы обследования супружеской пары:

- Обследование начинают с мужа (проще) – исследование спермы (спермограмма); мазок на флору и на ИППП. При выявлении патологии – лечение проводит врач-андролог.
- Обследование женщины:
 1. Гинекологическое обследование.
 2. УЗИ органов малого таза на 12-14-й день цикла для определения доминантного фолликула и размера М-эха.
 3. Определение уровня гормонов (пролактин, ТТГ, ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрадиол, тестостерон, прогестерон).
 4. Рентгенография (КТ, МРТ) черепа и области турецкого седла, для исключения опухолей гипофиза
 5. Обследование на ИППП (гонорея, трихомониаз, хламидиоз, ЦМВ, ВПЧ).
 6. Оценка состояния маточных труб (ГСГ, лапароскопия на 5-7 день, гистероскопия).

Лечение основано на восстановлении нарушенной репродуктивной функции женщины и мужчины в зависимости от причины бесплодия.

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ)-это методы преодоления бесплодия, при которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне организма женщины

К ВРТ относятся:

- Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) и перенос эмбрионов (ПЭ) в матку.
- Искусственная инсеминация
- Суррогатное материнство
- Криоконсервация гамет, эмбрионов, ткани яичника
- Преимплантационная диагностика

Показания к ЭКО:

- Абсолютные-отсутствие (оперативное удаление) маточных труб или непроходимость обеих труб
- Относительные: консервативно-пластические операции на трубах, если в течение года после операции беременность не наступила.
- Эндометриоз при отсутствии эффекта от консервативного и хирургического лечения в течении 6-12 месяцев.
- Бесплодие неясного генеза.
- Иммунологическое бесплодие с высоким титром антиспермальных антител.

- Мужское бесплодие

Профилактика бесплодия.

1. Предупреждение инфекционных заболеваний в детстве и периоде полового созревания, а также воспалительных заболеваний женских половых органов.
2. Пропаганда ЗОЖ.
3. Санитарно-просветительная работа по гигиене половой жизни, о вреде аборта, об опасности прерывания первой беременности.
4. Пропаганда современных методов контрацепции.
5. Предупреждение осложнений во время родов.
6. Профилактика ИППП.

Закрепление нового материала:

- Дать определение понятию бесплодный брак?
- Какие виды бесплодия вы знаете?
- Назовите причины женского бесплодия?
- Что вызывает эндокринные формы бесплодия?
- Перечислите причины мужского бесплодия?
- Что такое вспомогательные репродуктивные технологии?
- Показания к эко?

Задание на дом: составить словарь терминов на тему «Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии»