



# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Краткое пособие  
по практическим умениям  
Под редакцией проф. Д.Ф. Костючек

Санкт-Петербург 2001

УДК 618.1/.7(06)

**Акушерство и гинекология: Краткое пособие по практическим умениям / Под ред. Д. Ф. Костючек. - СПб: СПбГМА, 2001. - 116 с.**

Настоящее издание содержит материалы, необходимые студентам VI курса при подготовке к государственному экзамену по специальности «акушерство и гинекология». Основное внимание в пособии уделено практическим навыкам, которыми студенты должны владеть по окончании медицинского вуза.

Пособие также необходимо студентам IV и V курсов, клиническим ординаторам врачам-интернам, врачам общей практики (семейным врачам) и начинающим акушерам-гинекологами

Пособие составили сотрудники кафедры акушерства и гинекологии №1 СПбГМА им И.И. Мечникова (зав. кафедрой - проф. Д.Ф. Костючек): *доценты Р.К. Рыжова, Е.Л. Неженцева, Л.И. Головина и ассистенты О.Д. Буторина, К.А. Захаров, В.В. Кропанева, М.Г. Мирошниченко, С.Э. Покровский, Е.А. Рукояткина, Н.П. Смирнова.*

© Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им И.И. Мечникова 2001

## ВВЕДЕНИЕ

Создание краткого пособия имело целью предложить студентам конкретные материалы, изучение которых позволит им закрепить свои знания и практические умения по курсу «акушерство и гинекология».

Пособие составлено на основании многолетнего практического и педагогического опыта сотрудников кафедры и в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности 04.01.00 «лечебное дело».

Раздел «Акушерство» охватывает вопросы диагностики беременности в ранние и поздние сроки, обследования беременной и состояния плода, ведения физиологических родов и послеродового периода. Представлены клинические и лабораторные критерии диагностики физиологических и патологических состояний во время беременности, родов и в послеродовом периоде. Приводятся принципы терапии развившихся осложнений с указанием конкретных схем применения лекарственных препаратов. Лаконично излагается последовательность действий врача-акушера при оказании неотложной помощи беременной, роженице, родильнице и новорожденному.

В разделе «Гинекология» основное внимание уделено вопросам диагностики гинекологических заболеваний и планам обследования больных. Приводятся клинические и лабораторные критерии для обоснования диагноза и конкретные схемы лечения наиболее распространенных гинекологических заболеваний. Кратко излагается последовательность действий врача-гинеколога при выполнении некоторых гинекологических операций. Представлены схемы современных методов контрацепции.

Надеемся, что настоящее пособие облегчит студентам медицинских вузов процесс освоения практических навыков, а молодым специалистам поможет успешно их использовать в практическом акушерстве и гинекологии.

---

# Раздел 1. АКУШЕРСТВО

---

## ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ

Диагностика беременности заключается в установлении факта беременности и ее срока. В ранние сроки беременность устанавливают на основании сомнительных и вероятных признаков, в поздние сроки - на основании достоверных признаков. К сомнительным признакам беременности относятся:

- диспепсические нарушения;
- функциональные изменения нервной системы;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков или околососковых кружков. Вероятными признаками беременности являются:
- прекращение менструаций;
- увеличение молочных желез и появление молозива;
- цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки (при осмотре с помощью зеркал);
- изменение величины, формы и консистенции матки, выявляемые при гинекологическом исследовании.

Достоверными признаками беременности служат:

- определение частей плода (с 25-26-й недели);
- выслушивание сердцебиения плода (с 19-20-й недели).

При диагностике беременности используют следующие лабораторные методы:

- кольпоцитологическое исследование (лютеиновый тип мазка);
- измерение ректальной температуры (превышает 37 °С);
- радиологическое и иммуноферментное определение в сыворотке крови или моче хорионического гонадотропина и его титра;
- ультразвуковое исследование.

Определение срока беременности проводится на основании:

- даты последней менструации;
- даты первого шевеления плода;
- размеров матки (по данным первой ранней явки в женскую консультацию);
- данных УЗИ;
- высоты стояния дна матки и величины окружности живота.

Размеры матки можно определить при бимануальном исследовании и на основании высоты стояния дна матки по отношению к пупку и мечевидному отростку.

Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности

- 5-6 нед - матка чуть больше нормы, размером с куриное яйцо.
- 8 нед - матка размером с гусиное яйцо.
- 10 нед - матка размером с женский кулак.
- 12 нед - матка размером с мужской кулак, дно ее находится на уровне верхнего края лона.
- 14 нед - дно матки на 2 поперечных пальца выше лона.
- 16 нед - дно матки на середине расстояния между пупком и лоном.
- 20 нед - дно матки на 2 поперечных пальца ниже пупка.
- 24 нед - дно матки на уровне пупка
- 28 нед — дно матки на 2 поперечных пальца выше пупка.
- 32 нед - дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком, пупок начинает сглаживаться, окружность живота (ОЖ) на уровне пупка - 80-85 см, высота стояния дна матки (ВСМ) - 28-30 см.
- 36 нед — дно матки поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг (наивысший уровень стояния дна матки), ОЖ на уровне пупка - 90 см, ВСМ - 32-34 см, пупок сглажен.
- 40 нед - дно матки опускается до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком, ОЖ - 95-98 см, ВСМ - 28-32 см, пупок выпячивается.

Продолжительность физиологически протекающей беременности составляет  $280 \pm 14$  дней.

Вычисление срока родов проводят по формуле Негеле: от даты последней менструации вычитают 3 мес. и прибавляют 7 дней.

## ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННОЙ

Проведение у беременной женщины определенного комплекса исследований дает возможность прогнозировать течение беременности и родов, возможные осложнения и, следовательно, своевременно поводить коррекцию, направленную на снижение степени риска развития заболеваний у нее и плода. Этот комплекс включает: опрос, объективное исследование функций всех органов, наружное и внутренне акушерское исследования, клиничко-лабораторные исследования.

### Опрос беременной

Сбор анамнеза проводят по следующему плану.

1. Паспортные данные.
2. Заболевания, перенесенные в детстве, зрелом возрасте, их течение и лечение.
3. Наследственность.
4. Условия труда и быта.
5. Эпидемиологический анамнез.
6. Аллергологический анамнез.
7. Акушерско-гинекологический анамнез:
  - менструальная функция (менархе и установление менструального цикла, длительность, болезненность и регулярность менструаций, количество теряемой при менструации крови, дата последней менструации);
    - половая жизнь (с какого возраста, состоит в браке или нет);
    - гинекологические заболевания (какие, когда, длительность и характер их течения, проведенная терапия, результаты лечения);
    - генеративная функция - число предыдущих беременностей с подробным выяснением их течения и исхода (искусственных и самопроизвольных абортов, родов);
    - течение настоящей беременности (первой и второй половины беременности, перенесенные заболевания и на каком сроке, лечение амбулаторное, стационарное).



### Объективное исследование

Обследование беременной включает: осмотр беременной, специальное акушерское исследование (наружное и внутреннее), клиничко-лабораторные исследования.

**Осмотр беременной** включает:

- антропометрические исследования (оценка телосложения, походки, формы живота, измерение роста и массы тела);
- исследование функций органов.

**Специальное акушерское исследование** имеет целью своевременно оценить акушерские факторы и решить вопрос о возможности ведения родов через естественные родовые пути.

*Наружное акушерское исследование* включает следующее.

1. Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки. Проводится начиная с 16 нед беременности при каждой явке в женскую консультацию, что позволяет уточнить соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности и своевременно диагностировать многоводие, многоплодие, крупный плод, гипотрофию плода. В горизонтальном положении беременной измеряют окружность живота на уровне пупка и высоту стояния дна матки от верхнего края лонного сочленения.

2. Измерение наружных размеров большого таза (позволяет приблизительно судить о величине и форме малого таза) проводят тазомером в такой последовательности:

- *distantia spinarum* - расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (в норме 25-26 см);
- *distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (в среднем равняется 28-29 см);
- *distantia trochanterica* - расстояние между большими вертелами бедренных костей (обычно равно 31-32 см);
- *conjugata externa* - расстояние между верхним краем лонного сочленения и остистым отростком V поясничного позвонка, измеренное в положении беременной на боку (в норме равно 20-21 см);
- прямой размер выхода таза (в норме 9,5 см) - расстояние между серединой нижнего края лонного сочленения и вершиной копчика, измеренное в положении беременной на спине с разведенными и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
- поперечный размер выхода таза (в норме составляет 11 см) - расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров (положение беременной такое же, как при



**КНИГИ ПО МЕДИЦИНЕ**

allmed.pro

**ALLMED.PRO/BOOKS**

измерении прямого размера выхода таза):

- ромб Михаэлиса - оценка формы ромба, измерение вертикальной (в норме 11 см) и горизонтальной (в норме 10 см) его диагоналей (женщина стоит спиной к врачу);
- индекс Соловьёва (дает информацию о толщине костей таза) - величина окружности лучезапястного сустава, которую измеряют сантиметровой лентой (в норме равна 14 см);
- высота симфиза (дает представление о толщине костей таза, измерение проводят при влагалищном исследовании).

3. Приемы Леопольда - Левицкого. Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки по отношению к мечевидному отростку (соответствие высоты стояния дна матки сроку беременности) и часть плода, которая находится в дне матки. Тазовый конец определяется как крупная, мягковатая и небаллотирующая часть плода, головка – как крупная, с четким контуром, плотная баллотирующая часть. Для этого необходимо расположить ладони обеих рук на дне матки и определить расстояние между дном матки и мечевидном отростке или пупком, уточнить часть плода в дне матки.

Второй прием наружного акушерского исследования имеет целью определение положения, позиции и вида плода.

Положение плода - это отношение продольной оси плода к продольной оси матки. Различают следующие положения: а) продольное - продольная ось плода и продольная ось матки совпадают; б) поперечное - продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом; в) косое - продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

Позиция плода - отношение спинки плода к правой и левой стороне матки. При первой позиции спинка плода (плотная и широкая поверхность) обращена к левой стороне матки, при второй позиции - к правой.

Вид плода— отношение спинки плода к передней (передний вид) или задней (задний вид) стенки матки.

Для выполнения второго приема Леопольда - Левицкого ладони обеих рук акушера пальпируют боковые отделы матки, определяя положение плода и расположение его спинки.

Третий прием наружного акушерского исследования служит для определения предлежащей части плода (головка, тазовый конец)- Для его выполнения акушеру необходимо большой палец правой руки максимально отвести от остальных четырех, обхватить предлежащую часть плода и определить ее подвижность по отношению к плоскости входа в малый таз.

Четвертый прием позволяет определить уровень стояния предлежащей части. При беременности головка плода может быть подвижной или прижатой ко входу в малый таз. Этот прием особенно важен для оценки продвижения головки плода по родовому каналу в процессе родов.

4. Аускультация. Сердечные тоны плода выслушиваются со срока беременности 20 нед у первородящей и со срока 18 нед - у повторнородящей. Аускультацию проводят при каждой явке беременной в женскую консультацию, оценивают частоту, ритмичность и звучность сердечных тонов плода (в норме сердцебиение 120-160 уд/мин, ясное, ритмичное).

*Внутреннее акушерское исследование* проводят при взятии на диспансерный учет по беременности и при госпитализации в родовое отделение при осложненном течении беременности или для подготовки к родам. Его выполняют с целью оценки состояния мягких родовых путей, особенностей строения костного таза, характера предлежащей части, а также для решения вопроса о методе и сроке родоразрешения. Исследование включает:

- осмотр и оценку наружных половых органов (тип оволосения лобка - мужской или женский, правильность развития больших и малых половых губ, наличие патологических изменений, рубцов в области вульвы и промежности);
- исследование при помощи зеркал (створчатого и ложкообразного) с оценкой формы наружного зева шейки матки, цвета слизистой оболочки влагалища и шейки матки, патологических изменений и характера выделений;
- влагалищное исследование (пальцевое) (по показаниям в любые сроки беременности).

Влагалищное исследование в ранние сроки беременности позволяет установить срок беременности и выявить патологию внутренних половых органов. При этом последовательно оценивают состояние:

- влагалища - узкое (у нерожавшей женщины) или емкое (у рожавшей);
- шейки матки — длина, консистенция, форма (коническая у первородящих и цилиндрическая у повторнородящих), состояние наружного зева (наружный зев закрыт у первородящих и пропускает кончик пальца у повторнородящих);
- матки - положение, срок беременности в неделях, консистенция (мягковатая), ее подвижность и болезненность при пальпации; в ранние сроки беременности можно выявить

гребневидный выступ на передней поверхности матки по средней линии (признак Гентера), асимметрию матки за счет выпячивания одного из ее углов (признак Пискачечка), сокращение и уплотнение матки при пальпации (признак Снегирева):

- придатков матки (размеры, консистенция, болезненность);
- сводов влагалища (высокие, свободные);
- костного таза (достижимость мыса, деформации таза, экзостозы).

Влагалищное исследование при доношенной беременности дает возможность установить степень готовности мягких родовых путей к родам. При выполнении исследования последовательно проводят оценку состояния:

- влагалища (узкое или емкое, наличие патологических изменений);
- шейки матки с определением степени ее «зрелости» (табл. 1);
- плодного пузыря (его наличие или отсутствие); предлежащей части и ее отношение к плоскостям таза;

кос того таза - высота стояния симфиза, наличие костных выступов и деформаций, форма и глубина крестцовой впадины, достижимость мыса и измерение диагональной конъюгаты (в норме мыс не достигается).

Таблица 1

**Признаки степени «зрелости» шейки матки**

Исследуемым признаком	Степень «зрелости» шейки матки			
	«незрелая»	«созревающая»	не полностью «созревшая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии	Размягчена, за исключением области внутреннего зева	Размягчена Полностью
Длина влагалищной части шейки матки и шейного канала	Сохранена или слегка укорочена	Слегка укорочена	Укорочена до 2 см	Укорочена до 0,5 см
Проподимость цервикального канала	Закрывает или пропускает кончик пальца	Проподим для одного пальца до внутреннего зева	Проподим для одного пальца за внутренний зев	Свободно проподим для одного пальца за внутренний зев
Расположение шейки матки в полости малого таза	Отклонена кзади, реже - кпереди от проводной оси малого таза	Отклонена кзади, реже кпереди от проводной оси малого таза	Расположена ближе к проводной оси малого таза	Расположена строго по проводной оси малого таза

Определение истинной конъюгаты (в норме 11 см) проводится для диагностики степени сужения таза. Для этого необходимо:

- из величины наружной конъюгаты вычесть 9 см;
- из величины диагональной конъюгаты вычесть 1,5-2 см (при окружности лучезапястного сустава 14-16 см и менее вычитают 1,5 см, при окружности более 16 см вычитают 2 см; при высоте лонного сочленения 4 см и менее вычитают 1,5 см, при высоте более 4 см вычитают 2 см);
- измерить вертикальную диагональ крестцового ромба, которая соответствует величине истинной конъюгаты;
- выполнить рентгенопельвиметрию и ультразвуковое измерение таза.

**Клинико-лабораторные исследования** проводят при взятии Переменной на учет, в 30 нед беременности и по показаниям. Все женщины должны быть осмотрены терапевтом (при постановке на учет и сроке беременности 30 нед), оториноларингологом, стоматологом, окулистом. Другие специалисты могут привлекаться для обследования беременных при выявлении у них экстрагенитальной патологии и для решения вопроса о возможности сохранения беременности. Каждой беременной должно быть выполнено:

- клинический анализ крови;
- определение времени свертываемости крови;
- коагулограмма: - биохимический анализ крови;
- определение группы крови и резус-фактора (при взятии на учет);
- серологическая реакция на сифилис (при взятии на учет, в сроки 30 и 36 нед);

- анализ крови на СПИД (форма 50);
- анализ крови на наличие австралийского антигена и коревых антител;
- общий анализ мочи;
- бактериологическое исследование мочи, содержимого носоглотки, влагалища, цервикального канала и уретры на флору, простейшие (трихомонады), грибы рода *Candida*, микоплазмидии, хламидии, вирусную инфекцию и др.;
- цитологическое исследование (с поверхности влагалищной части шейки матки и цервикального канала);
- кольпоцитологическое исследование (при угрозе прерывания беременности);
- анализ кала на яйца глистов;
- ЭКГ;
- ультразвуковое исследование органов малого таза и почек.

Результаты УЗИ органов малого таза и почек имеют большое практическое значение для решения вопроса о тактике ведения беременной. Каждой беременной ультразвуковое исследование (скрининг) должно быть проведено не менее 3 раз за период беременности (на 18-22-й неделе - для исключения пороков развития плода, на 32-33-й неделе - с целью оценки состояния плаценты и развития плода, на 37-38-й неделе). При наличии показаний оно может быть проведено при любом сроке беременности.

Ультразвуковое исследование в *I триместре* беременности может быть проведено с помощью трансабдоминального датчика (при наполненном мочевом пузыре беременной) и трансвагинального датчика (мочевой пузырь должен быть опорожнен).

Эхографическим признаком беременности является наличие в полости матки плодного яйца, которое выявляется начиная с 5-6-й недели беременности. Заподозрить многоплодие можно при сроке беременности 7-8 нед, а при сроке 9-10 нед подтвердить этот диагноз. Уточнение срока беременности можно провести на основании данных измерения копчико-теменного размера плода.

УЗИ позволяет получить достоверные данные о сердечной деятельности и двигательной активности плода начиная с 6-8-й недели беременности, диагностировать замершую беременность, угрожающий и начинающийся выкидыш, истмико-цервикальную недостаточность, пузырный занос и внематочную беременность (в том числе шеечную).

УЗИ во *II и III триместре* беременности позволяет определить:

- положение, характер предлежащей части и вид плода;
- срок гестации по данным таблицы после измерения бипариетального размера головки плода (БПР), окружности живота и длины бедренной кости (ДБ);
- синдром задержки развития плода (отставание развития плода более чем на 2 нед от срока гестации) - при сопоставлении данных БПР, ОЖ, ДБ со сроком гестации;
- врожденные пороки развития плода (головного и спинного мозга, почек и других органов);
- размеры головки и массу плода;
- количество околоплодных вод (маловодие, многоводие);
- локализацию плаценты (передняя, задняя стенка матки, предлежание плаценты, низкая плацентация) и степень «зрелости» плаценты (по морфологической структуре в сопоставлении со сроком беременности):
- плацентарную недостаточность (преждевременное «созревание» плаценты, отставание ее развития, патологические изменения ее структуры - кисты, кальциноз, инфаркты, кровоизлияния, участки отслойки);
- патологические состояния (переношенная беременность, гестоз, тяжелая форма гемолитической болезни плода, изменения плода и плаценты при сахарном диабете);
- особенности строения таза беременной.

## МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

При физиологическом течении беременности состояние плода оценивают на основании:

- результатов сопоставления размеров матки и плода со сроком гестации;
- аускультации сердечных тонов плода при каждом посещении беременной женской консультации:
- двигательной активности плода;
- результатов УЗИ, которое проводится при сроках беременности 18-22 нед, 32-33 нед и перед родами (для выявления соответствия биофизического профиля плода и степени зрелости плаценты сроку гестации).

При осложненном течении беременности оценка состояния плода входит в комплекс стационарного обследования беременной, направленного на диагностику у нее патологии,

гипоксии плода и на определение степени ее тяжести.

Для **диагностики гипоксии плода** необходимы:

- оценка сердечной деятельности плода;
- оценка двигательной активности плода;
- амниоскопия;
- УЗИ плода и плаценты.

Сердечную деятельность плода оценивают на основании результатов аускультации сердечных тонов плода и кардиотокографии (КТГ). Аускультацию сердечных тонов плода проводят при каждом осмотре беременной, в первом периоде родов - каждые 15-30 мин и вне схватки, во втором периоде родов - после каждой схватки. Оценивают частоту, ритм и звучность сердечных тонов плода. Тахи- или брадикардия, аритмия, глухое или приглушенное сердцебиение плода являются клиническими признаками гипоксии.

Анте- и интранатальная кардиотокография позволяет оценить частоту сердечных сокращений плода на фоне сократительной деятельности матки и двигательной активности плода. Изменения базальной частоты, вариабельность сердечных сокращений, акцелерации и децелерации отражают состояние плода и могут являться признаками гипоксии.

Двигательную активность плода оценивают по результатам подсчета числа движений плода за 30 мин утром и вечером. В норме за 30 мин регистрируется 5 и более движений плода. К вечеру у здоровых беременных женщин двигательная активность плода возрастает. При начинающейся гипоксии плода наблюдаются учащение и усиление шевелений, при прогрессирующей гипоксии – ослабление и урежение, с последующим прекращением движений плода. При хронической гипоксии плода отмечается чрезмерное увеличение или резкое уменьшение разности между числом шевелений утром и числом шевелений вечером.

Реакции сердцебиения плода на его двигательную активность может быть объективно зафиксирована при КТГ (миокардиальный рефлекс).

Амниоскопию (транскервикальный осмотр нижнего полюса плодного пузыря) проводят с помощью амниоскопа при отсутствии противопоказаний (предлежание плаценты, кольпит, эндоцервицит) во время беременности (после 37 нед) и в первом периоде родов. В норме имеется достаточное количество светлых, прозрачных околоплодных вод, при гипоксии плода - малое количество вод зеленоватого цвета и комочки мекония.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить синдром задержки развития плода, фетоплацентарную недостаточность, на основании которых можно установить хроническую внутриутробную гипоксию плода.

Для уточнения **степени тяжести гипоксии плода** необходимо использовать:

- КТГ с проведением функциональных (нагрузочных) проб;
- УЗИ с доплерографией;
- определение биофизического профиля плода, ультразвуковую плацентографию;
- амниоцентез;
- биохимические исследования ферментов плаценты и показателей кислотно-щелочного равновесия плода;
- исследования уровня гормонов.

КТГ с проведением функциональных (нагрузочных) проб выполняют с целью своевременного выявления компенсаторных возможностей плода. Возможно проведение проб с задержкой дыхания на вдохе и выдохе, с физической нагрузкой (степ-тест), термической пробы и выявление реакции плода на ультразвуковое исследование. Изменение кривой КТГ на фоне функциональных (нестрессовых) проб позволяет диагностировать гипоксию плода и степень ее тяжести. Стрессовый окситоциновый тест используют редко в связи с возможными осложнениями для матери и плода.

УЗИ с доплерографией дает возможность исследовать кровоток в аорте и пуповине плода и в маточных артериях с получением на экране монитора кривых скоростей кровотока. В норме в III триместре беременности отмечается постепенное нарастание объемного кровотока за счет снижения периферического сосудистого сопротивления. При нарушении фетоплацентарного кровообращения снижается диастолический кровоток в артерии пуповины и аорте плода. Декомпенсированная фетоплацентарная недостаточность имеет нулевые и отрицательные показатели диастолического кровотока.

Биофизический профиль плода - это совокупная оценка в баллах пяти параметров: результатов нестрессового теста по данным КТГ и четырех показателей УЗИ плода. Оценивают дыхательные движения плода, двигательную активность и тонус плода, объем околоплодных вод с учетом степени «зрелости» плаценты. Балльная оценка свидетельствует о степени тяжести гипоксии плода.





Ультразвуковая плацентография предусматривает определение локализации, размеров и структуры плаценты. При нормальном течении беременности происходят «созревание» плаценты и прогрессивное увеличение ее толщины и площади к сроку родов. При плацентарной недостаточности имеют место истончение или утолщение плаценты, увеличение или уменьшение ее площади, а также преждевременное созревание и патологические изменения ее структуры (кисты, кальциноз, инфаркты и кровоизлияния).

Амниоцентез - исследование амниотической жидкости, полученной путем трансабдоминальной (реже - трансцервикальной) пункции амниотической полости под контролем УЗИ, позволяет провести цитологическое и биохимическое исследование клеток плода, определить его пол, хромосомную патологию, болезни обмена, пороки развития (в сроки беременности 16-18 нед).

В сроки беременности более 34 нед определяют:

- рН, рСО<sub>2</sub>, рО<sub>2</sub>, содержание электролитов, мочевины, белка в амниотической жидкости (для диагностики степени тяжести гипоксии плода);

- уровень гормонов (плацентарный лактоген, эстриол), ферментов (щелочная фосфатаза, β-глюкуронидаза, гиалуронидаза и др.) (для исключения плацентарной недостаточности и гипотрофии плода);

- оптическую плотность билирубина, группу крови плода, титр резусных или групповых антител (для диагностики степени выраженности гемолитической болезни плода);

- цитологические и биохимические (креатинин, фосфолипиды) показатели (для оценки степени зрелости плода).

Биохимические исследования уровня специфических ферментов (окситоциназа и термостабильная щелочная фосфатаза) плаценты в динамике II и III триместров беременности дают возможность выявить функциональное состояние плаценты.

Исследование показателей кислотно-основного состояния (КОС) плода (рН, рСО<sub>2</sub> и рО<sub>2</sub>) проводят путем кордоцентеза (пункции пуповины плода при проведении амниоцентеза) при беременности или пункции предлежащей части плода в родах (проба Залинга). Для исследования можно использовать и околоплодные воды. Показатели КОС в сопоставлении с результатами клинических и аппаратных исследований (КТГ, УЗИ) позволяют объективно установить степень тяжести гипоксии.

Определение уровня гормонов (прогестерон, плацентарный лактоген, эстрогены), образующихся в плаценте и органах плода, проводят во II и III триместре беременности. В норме содержание всех гормонов постоянно повышается к концу беременности. При плацентарной недостаточности имеет место снижение уровня прогестерона и плацентарного лактогена. Показатель страдания плода - снижение количества эстриола (вырабатывается преимущественно в организме плода). При хронической плацентарной недостаточности с нарушением трофики плода выявляется уменьшение концентрации всех гормонов.

## ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ

Подготовка беременной к родам исключает коррекцию соматической патологии, своевременную диагностику и лечение осложнений беременности, психопрофилактические занятия и подготовку шейки матки к родам. Она должна проводиться с учетом индивидуальных особенностей беременной, срока беременности, акушерских показаний и сопутствующей соматической патологии.

Подготовка шейки матки к родам необходима для родоразрешения через естественные родовые пути. При физиологическом течении беременности родовые пути достигают своей «зрелости» к 39-40-й неделе беременности и не требуют медикаментозной подготовки.

Подготовка женщины во II триместре проводится с целью прерывания беременности в связи с соматической патологией и врожденными пороками развития плода, по социальным показаниям. В III триместре беременности подготовка мягких родовых путей проводится для досрочного родоразрешения, которое показано при антенатальной гибели плода, хронической гипоксии плода с синдромом задержки его внутриутробного развития, нарастании симптомов гестоза, ухудшении состояния плода в случае иммуноконфликтной беременности, сахарном диабете и декомпенсации соматической патологии беременной.

При доношенной беременности подготовка шейки матки необходима при «незрелых» родовых путях, тенденции к перенашиванию беременности, а также по совокупности акушерских показаний.

Противопоказаниями для подготовки шейки матки к родам, независимо от срока беременности, являются: опухоли любой локализации, рубец на матке, аномалии прикрепления плаценты, миома матки, узкий таз.



КНИГИ ПО МЕДИЦИНЕ  
allmed.pro

ALLMED.PRO/BOOKS

При подготовке шейки матки к родам используют следующие схемы.

**Схема 1.** Сочетанное применение спазмолитиков и эстрогенов (в течение 7-10 дней перорально или внутримышечно, можно амбулаторно):

Tab. Nospani (по 0,04 г 3 раза в день) или  
Sol. Nospani (2 мл 2 % раствора 1-2 раза в день)  
Tab. Papaverini hydrochloridi (по 0,04 г 3 раза в день) или  
Sol. Papaverini hydrochloridi (2 мл 2 % раствора)  
Tab. Halidori (по 0,1 г 3 раза в день) или  
Sol. Halidori (2 мл 2,5 % раствора)  
Sol. Gangleroni (2 мл 1,5 % раствора)  
Tab. Spasmolytini (по 0,1 г 3 раза в день)  
Sol. Folliculini (2 мл 0,1 % раствора 1-2 раза в день)  
Свечи с красавкой (1 свеча на ночь).



**Схема 2.** Использование сибетина в сочетании с глюкозой (одномоментно или капельно, в течение 7-10 дней):

Sol. Sygethini (4-6 мл 1 % раствора) Sol. Sygethini (20 мл 1 % раствора)  
Sol. Glucosi (20 мл 40 % раствора) Sol. Glucosi (200 мл 5 % раствора)

**Схема 3.** Введение в цервикальный канал ламинарий - лиофилизированных морских водорослей. Вводят от 1 до 5 ламинарий на 10-12 ч, обычно проводят 2-3 процедуры через 24 ч.

**Схема 4.** Сочетанное применение  $\beta$ -адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов и кортикостероидов в течение 3-6 дней (с обязательным контролем АД, частоты пульса беременной и сердцебиения плода).

*$\beta$ -адреномиметики* (гинипрал, партусистен, бриканил, алуpent):

Tab. Giniprali (по 0,5 мг 3 раза в день) или  
Sol. Giniprali (10 мкг - 2 мл в 200-400 мл изотонического раствора внутривенно медленно)

*Блокаторы кальциевых каналов* (финоптин, верапамил, изоптин, нифедипин, коринфар и др.):

Tab. Finoptini (по 40 мг 2-3 раза в день за 20-30 мин до приема или внутривенного введения ( $\beta$ -адреномиметика)

*Кортикостероиды* (после 3-дневного сочетанного применения  $\beta$ -адреномиметиков и блокаторов кальциевых каналов):

Tab. Dexamethasoni (по 0,5 мг 4 раза в день)  
Susp. Hydrocortisoni (5 мл в 100-200 мл изотонического раствора внутри пенью капельно)

**Схема 5.** Использование простагландинов  $E_2$  или  $F_{2\alpha}$  (внутривенно или интрацервикально, в течение 3-5 дней). Противопоказаны при наличии рубца на матке, предлежания плаценты, узкого таза, многоводия, многоплодия

*Препараты простагладина  $E_2$ :*

Sol. Prostini  $E_2$  (0,5 мл 1 % раствора) или  
Sol. Prostenoni (5 мл 0,1 % раствора в 400 мл изотонического раствора 8-12 капель в минуту)  
Gel. Prostini  $E_2$  (1 мг) или  
Gel. Prepidili (0,5 мг, в задний свод влагалища или интрацервикально)

*Препараты простагладина  $F_{2\alpha}$ :*

Sol. Ensaprost (1 мл 0,1 % раствора) или  
Sol. Dinoprosti (1,5 мл 0,5 % раствора в 400 мл изотонического раствора)  
Cervipect (0,5 мг в геле, в задний свод влагалища или интрацервикально)  
Ensaprost (1 мл 0,5 % раствора в геле или 4 мл 0,5 % раствора на губке или тампоне, в задний свод влагалища)

При подготовке беременной к родам применяют также физиотерапевтические методы: воздействие на шейку матки ультразвуком с фолликулиновым гелем с помощью аппарата «Гинетон» (3-5 процедур продолжительностью по 1—2 мин); анодическую гальванизацию головного мозга (5—6 процедур); иглорефлексотерапию.

## ВЕДЕНИЕ РОДОВ

При поступлении женщины в родильное отделение необходимо уточнить жалобы, анамнестические данные о наличии соматической патологии, акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности, оценить ее общее состояние. Обязательным является проведение наружного акушерского исследования с определением предполагаемой массы плода и уточнением срока беременности. Беременная с доношенной беременностью может предъявлять жалобы на нерегулярные (прелиминарный период) или регулярные схватки, излитие

околоплодных вод (до начала схваток - преждевременное излитие, с началом схваток - раннее излитие).

Началом родов считается появление регулярных схваток. Врач должен установить характер схваток и провести внутреннее исследование, при котором необходимо оценить:

- развитие наружных половых органов;
- емкость влагалища;
- структурные изменения шейки матки (шейка укорочена, сглажена, степень ее раскрытия, толщина краев маточного зева и их растяжимость);
- соответствие структурных изменений шейки матки длительности и характеру схваток;
- целостность или отсутствие плодного пузыря, количество передних вод, цвет их при излитии;
- характер предлежащей части, ее отношение к плоскостям таза, расположение стреловидного шва и родничков при головном предлежании;
- емкость малого таза и величину диагональной конъюгаты, если достигается мыс.

На основании полученных данных формулируется диагноз и составляется план ведения родов (первого, второго и третьего периодов). В плане необходимо указать, какие осложнения наиболее вероятны у роженицы и какую профилактику этих осложнений следует провести.

### Период раскрытия

Период раскрытия начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием шейки матки. В этом периоде родов:

- постоянно оценивают жалобы и общее состояние роженицы, измеряют АД, частоту пульса и температуру тела;
- каждые 15-20 мин выслушивают сердцебиение плода, определяют его частоту, ритм и звучность тонов;
- постоянно наблюдают за характером родовой деятельности, оценивают частоту схваток, их длительность, силу и болезненность.

При физиологическом течении родов все эти данные регистрируются в истории родов каждые 2 ч.

При наблюдении за схватками обращают внимание на поведение роженицы, контуры матки, высоту стояния дна матки и контракционного кольца, состояние нижнего сегмента и степень расслабления матки между схватками.

В начале периода раскрытия наблюдаются средней силы и малоболезненные схватки через 10-5 мин длительностью по 25-30 с. В активной фазе родов схватки учащаются (через 4-2 мин), усиливаются, длятся по 40-45 с, становятся умеренно болезненными; при болезненных схватках необходимо провести их обезболивание. Продолжительность периода раскрытия шейки матки у первородящих составляет 10-12 ч, у повторнородящих - меньше.

Основная задача акушерки в период раскрытия - оценить эффективность родовой деятельности. Активность родовой деятельности определяется: 1) характером схваток, который оценивают пальпаторно или с помощью кардиомониторного наблюдения; 2) динамикой раскрытия маточного зева; 3) продвижением предлежащей части плода по родовому каналу. Средняя скорость раскрытия маточного зева у первородящих составляет 1 см/ч, у повторнородящих - 1,5-2 см/ч.

Степень раскрытия маточного зева можно определить с помощью наружных приемов (способы Шатц - Унтербергера и Роговина - Заиченко) и влагалищного исследования. При использовании способа Шатц - Унтербергера расстояние (в сантиметрах) между верхним краем лона и бороздкой контракционного кольца на высоте схватки соответствует степени раскрытия маточного зева. Применяя способ Роговина - Заиченко, на высоте схватки измеряют расстояние (в сантиметрах) между мечевидным отростком и дном матки. Величина, полученная при вычитании из 10 см данного показателя, будет соответствовать степени раскрытия маточного зева. Наружные способы определения степени раскрытия маточного зева не являются точными.

Динамика раскрытия маточного зева определяется при повторном влагалищном исследовании, которое проводят через 4-6 ч после поступления роженицы. При этом исследовании уточняют:

- изменение степени раскрытия маточного зева, толщину и податливость его краев (тонкие, средней толщины, толстые, податливые, малоподатливые, ригидные);
- целостность плодного пузыря и его напряжение во время схватки или его отсутствие и цвет излившихся вод;
- характер вставления головки (расположение стреловидного шва, родничков) или тазового конца, их отношение к плоскостям таза.

Продвижение предлежащей части по родовому каналу в периоде раскрытия контролируется

с помощью четвертого приема Леопольда - Левицкого. Предлежащая головка плода в начале родов прижата ко входу в малый таз, затем фиксируется малым, далее - большим сегментом, что имеет место при почти полном раскрытии маточного зева, то есть в конце периода раскрытия. В периоде раскрытия головка плода совершает сгибание и начинает внутренний поворот (при переходе из широкой части полости малого таза в узкую часть).

В периоде раскрытия постоянно наблюдают за характером выделений из половых путей. Может иметь место:

- излитие светлых околоплодных вод (раннее - при раскрытии маточного зева до 5-6 см и своевременное - при большей степени раскрытия);
- отхождение околоплодных вод, окрашенных меконием (симптом начавшейся или прогрессирующей гипоксии плода);
- появление кровянистых выделений из влагалища (причиной может быть разрыв шейки матки, неполное предлежание плаценты, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

Внутреннее исследование при физиологическом течении родов обычно проводят не более 2-3 раз для определения динамики раскрытия маточного зева, характера ветвления предлежащей части и ее продвижения по родовому каналу

Дополнительными показаниями к влагалищному исследованию в родах являются:

- необходимость амниотомии при раскрытии маточного зева более чем на 6 см;
- исключение выпадения петель пуповины и мелких частей плода после отхождения околоплодных вод;
- появление нарушения сердечного ритма у плода (с целью определения дальнейшей тактики ведения родов);
- отхождение околоплодных вод, окрашенных кровью, появление кровянистых выделений из влагалища (для уточнения причины и выработки дальнейшей тактики ведения родов);
- необходимость уточнения характера вставления головки (при разгибательных предлежаниях, заднем виде и его тенденции к переходу в передний вид, асинклитические вставления и др.).

Дополнительными показаниями к амниотомии в родах служат:

- наличие плоского плодного пузыря и многоводие;
- слабость родовой деятельности;
- патологический прелиминарный период и «зрелая» шейка матки;
- раскрытие маточного зева на 1-3 см у рожениц с гестозом;
- неполное предлежание плаценты и кровотечение при головном предлежании плода.

### **Период изгнания**

Период изгнания начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением ребенка. При физиологическом течении родов в периоде изгнания головка находится на тазовом дне со стреловидным швом в прямом размере, малым родничком спереди (при переднем виде) или сзади (при заднем виде).

Период изгнания характеризуется присоединением потуг к продолжающимся схваткам, его продолжительность колеблется от 30 мин до 2 ч. В этом периоде:

- постоянно фиксируют жалобы роженицы, оценивают ее общее состояние, измеряют АД, частоту пульса;
- после каждой потуги выслушивают сердцебиение плода, его частоту, ритм и звучность тонов;
- оценивают активность схваток и потуг, регулируют потуги.

Продвижение головки по родовому каналу определяют с помощью приема Пискачечка - Гентера, а с момента врезывания предлежащей части - визуально.

Прием Пискачечка - Гентера выполняют следующим образом: врач двумя пальцами правой руки пытается через половую губу достигнуть предлежащей части. Головка, расположенная большим сегментом, достигается с трудом, а расположенная на тазовом дне - легко и при этом анальное отверстие зияет.

Роженице разрешают тужиться, при положении головки плода на тазовом дне, до этого момента ей предлагают сдерживать потугу и глубоко дышать.

### *Прием родов*

Задача акушерки, принимающей роды, состоит в сдерживании быстро рождающейся головки. Постепенное продвижение головки предупреждает ее разгибание, что позволяет головке прорезаться наименьшим размером и предотвратить разрыв промежности.

Акушерка должна иметь стерильный халат и перчатки, индивидуальный пакет с бельем (бумажные подкладные), стерильный набор инструментов, содержащий два зажима Кохера, ножницы, два катетера (один - для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей новорожденного, другой - для выведения мочи у роженицы), палочку с ватой для обработки пуповины перед ее пересечением

Прием родов при головном предлежании состоит из следующих моментов.

1. До прорезывания головки акушерка производит заем тканей вульварного кольца

2. К приему родов приступают при прорезывании головки плода. Регулирование продвижения рождающейся головки осуществляют тремя пальцами правой руки, которые сдерживают продвижение головки, при этом левой рукой производят сгибание головки в сторону промежности.

3. Выведение головки проводят вне потуги на глубоком дыхании роженицы. После освобождения теменных бугров из вульварного кольца головку захватывают левой рукой и осторожно разгибают, освобождая ее от тканей промежности.

4. Освобождение плечевого пояса, родившуюся головку оттягивают кзади, при этом переднее плечико подходит под лоно, после чего головку поднимают кпереди и из-за промежности выкатывается заднее плечико, затем переднее и рождается плечевой пояс

5. Рождение туловища: после рождения плечевого пояса обеими руками осторожно обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище плода кверху. Рождение нижней части туловища происходит без затруднений.

При приеме родов врач и акушерка следят за состоянием промежности роженицы и при наличии показаний выполняют перинеотомию, показаниями к которой являются:

- угрожающий разрыв промежности (истончение тканей промежности, их побледнение, отек);
- «высокая» промежность (расстояние между анусом и задней спайкой влагалища более 7 см);
- укорочение периода изгнания у рожениц с экстрагенитальной патологией и осложненным течением беременности (компенсированный порок сердца, высокой степени миопия, гестоз и др.);
- гипоксия плода (хроническая внутриутробная гипоксия, начавшаяся в периоде изгнания гипоксия плода);
- преждевременные роды (с целью уменьшения родового травматизма).

### **Последовый период**

Послеродовый период начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа. Тактика ведения последового периода должна быть активно-выжидательной и предусматривает определенную последовательность действий:

- оценить общее состояние роженицы;
- определить высоту стояния дна матки после рождения последа;
- выпустить мочу с помощью катетера;
- следить за появлением признаков отделения плаценты (через 5-30 мин после рождения плода);
- выделить послед сразу после появления признаков отделения плаценты.

Следует установить неконтактные с маткой признаки отделения плаценты (отклонение матки вправо и выше пупка - признак Шредера, удлинение наружного отрезка пуповины - признак Альфельда, отсутствие втягивания пуповины во влагалище на глубоком вдохе - признак Довженко), а при их появлении проверить контактный - признак Чукалова - Кюстнера (отсутствие втягивания пуповины во влагалище при надавливании ребром ладони над лоном). Отделение плаценты от стенки устанавливается на основании 2-3 признаков.

После появления признаков отделения плаценты выделяют послед, предложив роженице потужиться, а при отсутствии рождения последа при потуге проводят выделение последа наружными приемами (приемы Альфельда Гентера, Креде - Лазаревича). Затем необходимо:

- осмотреть послед, оценить целостность оболочек, плацентарной ткани и их особенности;
- измерить объем кровопотери (физиологическая кровопотеря в родах составляет 0,5 % от массы тела роженицы);
- оценить общее состояние родильницы, высоту стояния дна матки и положить лед и тяжесть на низ живота;
- приступить к осмотру мягких родовых путей в раннем послеродовом периоде.

### **Назначения при физиологическом течении родов**

При физиологическом течении родов следует проводить профилактику аномалий родовой

деятельности, разрывов мягких родовых путей, гипоксии плода, кровотечений и обезболивание

1. Профилактика слабости родовой деятельности обеспечивается созданием гормонально-энергетического фона, который включает комплексное введение эстрогенов, глюкозы, витаминов и препаратов кальция.

*Внутримышечно вводят:*

Sol. Folliculini oleosae 0,1 % 2-3 ml (20 000-30 000 ЕД) или

Sol. Synoestrolis oleosae 2 % 0,5-1 ml (10 000-20 000 ЕД)

Sol. Thiamini chloridi 5 % 1 ml

Sol. Pyridoxini hydrochloridi 5 % 1 ml

*Внутривенно вводят:*

Sol. Glucosi 40% 20ml

Sol. Acidi ascorbinici 5 % 5 ml

Cocarboxylasae 0,1

Sol. Calcii gluconatis 10 % 10 ml или

Sol. Calcii chloridi 10 % 10 ml

2. Профилактика разрывов шейки матки проводится введением спазмолитиков:

Sol. Nospani 2 % 2 ml

Sol. Gangleroni 1,5 % 2 ml

Sol. Papaverini hydrochloridi 2 % 2 ml

Sol. Aпроpheni 1 % 1 ml

3. Профилактика гипоксии плода включает кислородотерапию, регуляцию родовой деятельности, введение вышеуказанных спазмолитиков, внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой.

4. Обезболивание родов обеспечивается применением спазмолитиков, ингаляции закиси азота или трилена, перидуральной анестезии, введением 2 мл 2 % раствора промедола с 0,5 мл 0,1 % раствора атропина или других препаратов по назначению анестезиолога. Промедол вводят не позднее чем за 2 ч до рождения ребенка.

5. Профилактика кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах предусматривает обязательное применение утеротоников по одной из нижеприведенных схем

Схема 1. Внутривенное введение окситоцина (1 мл в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида, 10-15 капель в минуту) начинают в конце периода раскрытия.

Схема 2. Метилэргометрин или окситоцин (1 мл препарата в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида) вводят внутривенно одномоментно во время последней потуги при прорезывании головки плода.

Схема 3. У женщин из группы повышенного риска развития кровотечения необходимо сочетанное применение схем 1 и 2 и продолжение введения утеротоников в раннем послеродовом периоде в течение не менее 1 ч.

## **ПЕРВИЧНАЯ ОБРАБОТКА НОВОРОЖДЕННОГО**

Обработка новорожденного проводится на родильном столе, за-1ем в детской комнате акушеркой в стерильных перчатках, с использованием стерильных инструментов (пипетка, зажимы Кохера, ножницы, скобка Роговина) и перевязочного материала.

Этапы обработки новорожденного и их цель

1-й этап - профилактика аспирации содержимого полости рта и носоглотки при первом вдохе новорожденного. С этой целью проводят удаление слизи из носовых ходов и ротовой полости плода при рождении его головки с помощью электроотсоса или стерильной резиновой груши.

2-й этап - профилактика гонореи новорожденного. Для профилактики офтальмобленнорей веки новорожденного протирают сухим стерильным ватным тампоном (отдельный тампон для каждого глаза) в направлении от наружного угла глаза к внутреннему (метод Матвеева - Креде). Затем слегка оттягивают нижнее веко и из пинетки капают 1 каплю 30 % раствора сульфацил-натрия.

Новорожденным девочкам закапывают в вульву 2 капли этого раствора.

3-й этап - профилактика пупочного сепсиса и кровотечения из пуповины. После прекращения пульсации пуповины новорожденного отделяют от матери. На пуповину накладывают 2 зажима Кохера: один - на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца, другой - на 2 см кнаружи от него. Участок пуповины, находящийся между зажимами, обрабатывают 5 % спиртовым раствором йода, йодонатом или 96 % спиртом и пересекают стерильными ножницами.

В случае наличия на теле новорожденного загрязнений (кровь, слизь, меконий) его обмывают детским мылом под теплой проточной водой, высушивают теплой стерильной пленкой и кладут на пеленальный столик на теплую сухую стерильную пеленку под источник лучистого тепла. Затем акушер вновь обрабатывает руки, надевает стерильные перчатки и приступает к окончательной обработке пуповины.

Остаток пуповины и пупочное кольцо обрабатывают 96 % спиртом. На расстоянии 0,3—0,5 см от пупочного кольца на пуповину накладывают зажим Кохера, который через 1-2 мин заменяют на металлическую скобку Роговина с помощью специального зажима или на специальную одноразовую пластмассовую скобку. Пуповину пересекают стерильными ножницами выше скобки на 1,5-2 см, отжимают кровь и вартонов студень марлевой салфеткой. Срез пуповины и ее остаток обрабатывают 5 % раствором калия перманганата, на остаток пуповины накладывают марлевую повязку или оставляют его открытым.

4-й этап - профилактика пиодермии. Тампоном, смоченным стерильным вазелиновым или растительным маслом, с кожи ребенка удаляют сыровидную смазку.

После указанной обработки новорожденного проводят следующие мероприятия.

#### 1. Антропометрия:

- взвешивание новорожденного в стерильной пеленке;
- измерение длины тела (от макушки до пяток);
- измерение окружности головы по ее прямому размеру;
- измерение окружности грудной клетки.

Измерения выполняют стерильной тесьмой, сопоставляя ее длину с показателями сантиметровой ленты.

2. Маркировка. На ручки новорожденного привязывают «браслеты» из стерильной клеенки с указанием фамилии, имени и отчества матери, номера истории родов, пола ребенка, его массы тела и роста, даты и часа рождения. После пеленания ребенка поверх одеяла привязывают другой кусок клеенки, на котором имеются те же данные.

3. Наблюдение. В родильном отделении новорожденный находится под наблюдением акушерки в течение 2 ч. При отсутствии противопоказаний ребенка прикладывают к груди матери в первый час после рождения (раннее прикладывание).

### **ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА**

Послеродовой (пуэрперальный) период— заключительная стадия гестационного процесса, характеризующаяся обратным развитием органов и систем, подвергшихся изменениям в связи с беременностью и родами, становлением, расцветом лактационной функции молочных желез и восстановлением деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Послеродовой период длится 6-8 нед.

Первые 2 ч после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовой период. В этом периоде продолжается наблюдение за общим состоянием родильницы, высотой стояния дна матки и количеством кровянистых выделений из влагалища. Женщинам из группы риска развития кровотечения продолжают внутривенное введение утеротоников.

Через 30-60 мин после родов необходим осмотр с помощью зеркал мягких родовых путей, который может быть проведен и под внутривенным наркозом. Перинеоррафия может быть выполнена под местной инфильтрационной анестезией.

Индивидуальный стерильный набор инструментов для осмотра шейки и стенок влагалища включает: влагалищные зеркала, две пары окончатых зажимов, пинцеты, иглодержатель, иглы, шовный и стерильный перевязочный материал.

Осмотр мягких родовых путей проводят в следующем порядке:

- обработка наружных половых органов и рук акушера антисептическим раствором, осмотр состояния промежности и вульварного кольца;
- введение во влагалище зеркал и удаление сгустков крови из влагалища;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал и последовательный осмотр ее с использованием окончатых зажимов (при наличии разрывов шейки матки накладывают кетгуттовые швы на рану);
- осмотр стенок влагалища, наложение швов при наличии повреждений стенок влагалища, выведение зеркал;
- осмотр промежности и восстановление ее целостности после перинеотомии или разрыва;
- оценка общего объема кровопотери;
- выведение мочи.

Родильницу переводят в послеродовое отделение через 2 ч после родов. В переводном эпикризе фиксируют ее общее состояние, показатели АД, частоту пульса, температуру тела,

высоту стояния дна матки и количество выделений из половых путей, указывают лечебные назначения. Ежедневный осмотр родильницы проводят в нижеприведенной последовательности.

1. Оценивают жалобы родильницы и ее общее состояние. Не менее 2 раз в день измеряют температуру тела, АД, частоту пульса, которую сопоставляют с температурой тела. При соматической патологии проводят аускультацию и перкуссию сердца и легких

2. Определяют становление лактации и состояние молочных желез - форму, особенности сосков (втянутые, плоские, наличие трещин), степень нагрубания, отток молока.

3. Проводят пальпацию живота (поверхностную и глубокую), определяют высоту стояния дна матки и сопоставляют ее с днем послеродового периода. К концу 1-х суток после родов дно матки располагается на уровне пупка. В течение каждых следующих суток оно опускается на 1,5-2 см ниже пупка. На 5-е сутки дно матки расположено на середине расстояния между лоном и пупком, к 12-м суткам скрывается за лоном. К концу 6-8-й недели после родов матка не увеличена в размерах. Оценивают консистенцию и болезненность матки.

4. Оценивают количество и характер лохий и их соответствие дню послеродового периода. В первые 3 дня лохии кровянистые, на 4-7-е сутки - сукровичные. На 10-й день выделения светлые, жидкие, без примеси крови, затем - скудные; через 5-6 нед после родов выделения из матки полностью прекращаются.

5. Проводят осмотр наружных половых органов, промежности, швов (отек, инфильтрат, расхождение швов, нагноение раны), их обработку.

6. Уточняют физиологические отправления.

При физиологическом течении послеродового периода рекомендуется диета с ограничением citrusовых, шоколада, клубники, меда (энергетическая ценность суточного рациона - 3200 ккал). Количество жидкости должно составлять не менее 2 л в сутки. Со 2-х суток показаны: лечебная гимнастика, ежедневный душ.

Кормление ребенка грудью осуществляется по требованию новорожденного, без соблюдения временных интервалов. Необходимо выполнение гигиенических требований по уходу за молочными железами.

Ежедневно (в смотровой) проводится обработка наружных половых органов родильницы. При наличии швов на промежности их обрабатывают настойкой йода, йодонатом или 1 % спиртовым раствором бриллиантового зеленого. При необходимости назначают УФО на область промежности.

Швы с промежности снимают на 5-е сутки после родов (накануне ставят очистительную клизму).

Выписывают родильницу на 5-6-е сутки после родов (после получения результатов клинического анализа крови и мочи и ультразвукового исследования матки).

В послеродовом периоде наиболее частыми осложнениями являются трещины сосков, гипогалактия и субинволюция матки. При трещинах сосков для ускорения заживления и профилактики инфекции применяют УФО, мазевые аппликации (метиурациловая, солкосериловая, актовегиновая и беноптеновая мази, масло облепихи, шиповника), кормление грудью осуществляют через специальную накладку. При гипогалактии рекомендуются:

- частое кормление грудью;
- достаточный прием жидкости (2-3 л), сироп смородины или шиповника, сок картофеля, грецкие орехи;

- внутримышечные инъекции лактина (по 100 ЕД 2 раза в сутки в течение 5-6 дней);

- метоклопрамид (церукал, реглан) или мотилиум (по 1-2 таблетки 3 раза в день);

- апилак (по 0,01 г 3 раза в день в течение 10-15 дней);

- кислота никотиновая (по 1-2 таблетки за 15 мин до кормления грудью);

- УФО, ультразвук на область молочных желез или их вибрационный массаж.

При субинволюции матки показано применение утеротоников в течение 3-4 дней:

- окситоцина (2 раза в день внутримышечно или внутривенно капельно по 1 мл в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида);

- эргометрина (по 0,0002 г 3 раза в день);

- эрготала (по 0,001 г 2-3 раза в день);

- хинина (по 0,1 г 3 раза в день);

- настойки водяного перца (по 20 капель 3 раза в день).

Возможно назначение диодинамика на низ живота.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Наиболее частыми осложнениями беременности являются ранние и поздние токсикозы,



анемия, угроза прерывания беременности. Диагностика осложнений основывается на клинических и лабораторных критериях. Лечение проводится индивидуально, комплексно, с учетом этиопатогенеза осложнений

### Ранние токсикозы беременных

Ранний токсикоз - это комплекс изменений в органах и системах материнского организма в результате нарушений процессов адаптации, связанных с развитием внутриутробного плода. Чаще всего наблюдается до 12-16 нед беременности.

Наиболее часто отмечаются следующие клинические формы ранних токсикозов беременных: рвота беременных; слюнотечение; дерматозы и дерматиты.

К группе повышенного риска развития ранних токсикозов относятся женщины с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, особенно печени, с астеноневротическим синдромом и эндокринопатиями, а также беременные с осложненным аллергологическим анамнезом и юные первородящие.

*Рвота беременных* может быть проявлением не только раннего токсикоза, но и различных заболеваний желудочно-кишечного тракта, обостряющихся во время беременности. Степень тяжести рвоты беременных, как клинической формы, определяется частотой рвоты в течение дня (табл. 2).

*Слюнотечение* наблюдается при рвоте беременных, особенно при тяжелом течении этой формы токсикоза. Однако слюнотечение может проявляться и самостоятельно. Суточная саливация может достигать 1 л и более. При выраженном слюнотечении используют схемы лечения рвоты беременных средней тяжести (см. табл. 2), включая применение индифферентных мазей для профилактики хейлита.

*Дерматиты и дерматозы.* Наиболее частой формой дерматоза является зуд беременных, реже развиваются экзема и заболевания кожи, связанные с герпетической инфекцией. Терапия проводится после обследования беременной и консультации у дерматолога. Лечение включает седативные и антигистаминные препараты, антиоксиданты, при герпетической инфекции назначают ацикловир.

Таблица 2

#### Лечебные назначения при рвоте беременных в зависимости от степени тяжести.

Степень тяжести рвоты беременных	Лечебные назначения
Легкая рвота (3-5 раз в сутки). Общее состояние удовлетворительное, клинический анализ крови, мочи и биохимические показатели в пределах нормы.	Амбулаторное лечение: обстановка, обеспечивающая психоэмоциональное равновесие, диета по выбору, седативная терапия (настойка валерианы и пустырника, по 20-25 капель 3 раза в день), противорвотная терапия (церукал внутримышечно 2 мл 1-2 раза в день), иглорефлексотерапия.
Умеренная (средней тяжести) рвота (до 10 раз в сутки). Ухудшение общего состояния, постепенная дегидратация, нарушение водно-электролитного, белкового и углеводного обмена. В крови: повышение уровня гематокрита, гемоглобина, лейкоцитов, гипопропротеинемия, гиперкалиемия, гипонатриемия. В моче: увеличение относительной плотности, положительная реакция на ацетон.	Стационарное лечение: диета по выбору беременной, противорвотная терапия (внутримышечно и внутривенно 0,5-1 мл 0,25 % раствора дроперидола в 5 мл изотонического раствора, внутримышечно 2 мл 0,5 % раствора седуксена); инфузионная терапия в объеме 1000-1200 мл (5% раствор глюкозы изотонический и полиионный растворы), витаминотерапия; спленин (внутримышечно 1 мл 2 раза в сутки), физиотерапия (эндоназально электрофорез 5 % раствора витамина В <sub>1</sub> , 8-10 процедур, анодная гальванизация головного мозга, электросон, гидроионизация), иглорефлексотерапия.
Чрезмерная (тяжелая) рвота (20 раз и более в сутки, вплоть до неукротимой). Общее состояние тяжелое (иктеричность склер, гипотония, тахикардия, сухой язык, запах ацетона изо рта, олигоанурия). В крови: повышение показателей гемоглобина и гематокрита, умеренный	Стационарное лечение: в палате интенсивной терапии (с привлечением анестезиолога-реаниматолога), под контролем показателей гемодинамики, почасового диуреза и данных лабораторных исследований), седативные и противорвотные средства внутривенно (реланиум, дроперидол, церукал 2-3 раза в день в ранее ука-

лейкоцитоз, снижение СОЭ и количества общего белка до 50 г/л и менее, повышение уровня креатинина до 120 мкмоль/л и более, содержание мочевины - более 8,3 ммоль/л, общего билирубина - более 20,5 мкмоль/л, повышение показателей АЛТ и АСТ, снижение уровня глюкозы. В моче увеличение относительной плотности, протеинурия, ацетонурия, кетоновые тела Метаболический ацидоз с гипокапнией

занных дозах), дезинтоксикационная инфузионная терапия в объеме 2,5-3 л (кристаллоидные растворы, гемодез, 100-200 мл 4 % раствора натрия бикарбоната, белковые растворы 100-150 мл липофундина); витаминотерапия гепатопротекторы (5 мл эссенциале внутривенно), антиоксиданты внутривенно (унитиол, тиосульфат натрия, аскорбиновая кислота), оксигенотерапия. Оценка эффективности терапии (нарастающая полиорганная недостаточность служит показанием для прерывания беременности)

### Невынашивание беременности

Понятие невынашивания беременности включает: самопроизвольный выкидыш в ранние и поздние сроки беременности, преждевременные роды и замершую беременность. Для каждого триместра беременности имеют значение определенные факторы риска.

Основными причинами прерывания беременности в *I триместре* являются:

- генетические факторы;
- эндокринные: нарушения функции яичников, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и надпочечников;
- пороки развития матки;
- соматические и инфекционные заболевания матери, особенно латентно протекающие микоплазменные, хламидийные, вирусные, токсоплазменные, уреоплазменные и бактериальные инфекции мочевыводящих путей.

Во *II триместре* особую значимость в прерывании беременности в сроки с 15 до 28 нед приобретают: истмико-цервикальная недостаточность, миома и пороки развития матки, плацентарная недостаточность, а также инфекционные заболевания и соматическая патология матери.

В *III триместре* первое место среди причин невынашивания беременности занимают причины, связанные с акушерской патологией (гестозы, многоплодие, многоводие, аномалии прикрепления плаценты).

Обследование женщин с невынашиванием беременности в анамнезе следует начинать еще до наступления у них беременности. Оно должно включать:

- обследование у терапевта с целью диагностики очагов хронической инфекции, их санации, а также лечения выявленной соматической патологии;
- консультацию в медико-генетическом центре;
- обследование функции яичников и других желез внутренней секреции (по тестам функциональной диагностики и уровню гормонов в крови);
- цервико- и гистеросальпингографию для исключения пороков развития матки, истмико-цервикальной недостаточности и опухолей матки;
- УЗИ органов малого таза;
- выявление урогенитальной инфекции, последующее ее лечение. Во время беременности женщины, имевшие в анамнезе самопроизвольные аборты или преждевременные роды, должны пройти
- обследование у терапевта с целью диагностики очагов хронической инфекции, их санации, а также лечения выявленной соматической патологии;
- медико-генетическое обследование;
- диагностику истмико-цервикальной недостаточности (оценка области внутреннего зева и длины цервикального канала при ультразвуковом и влагалищном исследовании);
- УЗИ органов малого таза для установления срока беременности, локализации и особенностей плаценты, тонуса матки, пороков развития плода;
- исследование экскреции гормонов (эстрогены, прогестерон, гонадотропин хорионический, плацентарный лактоген, 17-кетостероиды);
- кольпоцитологическое исследование, контроль базальной температуры в ранние сроки беременности;
- бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого носоглотки, уретры, цервикального канала и мочи;
- обследование на скрытые инфекции (хламидиоз, уреоплазмоз, микоплазмоз и др.).

Лечение при угрожающем аборте должно быть комплексным, этиопатогенетическим, с учетом индивидуальных особенностей женского организма и включать следующее.

1. Постельный режим, диета по выбору беременной.

2. Седативная терапия (настойка пустырника - по 20-30 капель 3 раза в день, экстракт валерианы - по 2 таблетки 2 раза в день, ново-пассит - по 5-10 мл 2-3 раза в день, диазепам - по 0,002 г 2 раза в день, феназепам - по 0,0005 г 2 раза в день или саносан - по 2-3 таблетки перед сном).

3. Гормональная терапия гестагенами и их сочетанием с эстрогенами и гонадотропином хорионическим. При гипофункции яичников и генитальном инфантилизме гормональное лечение следует начинать с 5-й недели беременности; оно может продолжаться до 27—28 нед беременности, в зависимости от функциональной активности плаценты и эффективности лечения. Применяемые препараты:

- прогестерон (внутримышечно 1 мл 1 % раствора 1 раз в день в течение 10 дней под контролем кольпоцитологических данных); при сохраняющейся прогестероновой недостаточности вводят внутримышечно 1 мл 12,5 % раствора оксипрогестерона капроната 1 раз в неделю (не рекомендуется применять туринал из-за влияния его на плод);

- дюфастон (по 10 мг 2-3 раза в день с продолжением лечения в течение недели после исчезновения симптомов угрожающего выкидыша);

- этинилэстрадиол (микрофоллин) по 1 таблетке в день или по V2 таблетки 2 раза в день до срока беременности 12-14 нед (при кровянистых выделениях из половых путей обязательно назначается в сочетании с гестагенами);

- гонадотропин хорионический (профаза) внутримышечно в дозе 500-1000 ЕД 2 раза в неделю до срока беременности 12-14 нед (показан при низкой экскреции гонадотропина хорионического).

4. Подавление сократительной деятельности матки (токолитическая терапия), которое направлено на:

- снижение тонуса миометрия за счет стимуляции β-рецепторов матки β-адреномиметиками начиная с 16-й недели беременности (гинипрал, бриканил, партусистен и др.). Чаще применяют гинипрал (0,0005 г 3-4 раза в день или в виде инфузий 2 мл 0,005 % раствора в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью введения 10-12 капель в минуту);

- снижение миогенного тонуса матки (но-шпа по 1-2 таблетки 2-3 раза в день или 2-4 мл 2 % раствора внутримышечно или внутривенно; папаверина гидрохлорид 2 мл 2% раствора внутримышечно 2-3 раза в день; баралгин по 1-2 таблетки 2-3 раза в день или внутримышечно по 5 мл 1—2 раза в день; магния сульфат 10 мл 25 % раствора внутримышечно 2 раза в день или внутривенно 10 мл в 300 мл 5 % раствора глюкозы);

- снижение тонуса миометрия за счет блокады м-холинорецепторов матки (метацин 1 мл 0,1 % раствора внутривенно 2 раза в день или 2 мл в 400 мл изотонического раствора; платифиллина гидротартрат 1 мл 0,2 % раствора внутримышечно 2-3 раза в день);

- снижение тонуса миометрия за счет ингибирования простагландин синтетазы (диклофенак-натрий по 0,05 г или 3 мл 2,5 % раствора внутримышечно 1 раз в день; индометацин по 0,025 г 3-4 раза в день; кислота ацетилсалициловая по 0,25 г 2 раза в день).

5. Улучшение метаболических процессов в фетоплацентарном комплексе:

- аскорбиновая кислота (внутривенно 3-5 мл 5 % раствора в 100 мл изотонического раствора);

- токоферола ацетат (витамин Е) (по 1 капсуле 1-2 раза в день или 1 мл 10 % раствора внутримышечно 2 раза в день);

- поливитаминные препараты.

6. Антибактериальная терапия:

- ампициллин (по 1 г внутримышечно 4 раза в сутки в течение 7 дней),

- цефазолин (по 1 г внутримышечно 2-4 раза в сутки в течение 5-7 дней).

При выявлении хламидиоза, микоплазмоза или уреаплазмоза лечение следует начинать с 14-й недели беременности. При хламидиозе назначают рулид по 150 мг 2 раза в день или ровамицин по 3 000 000 ЕД 3 раза в день в течение 10 дней, при микоплазмозе и уреаплазмозе — макропен по 400 мг 3 раза в день в течение 10 дней

7. Хирургическая коррекция при истмико-цервикальной недостаточности:

- наложение циркулярного шва на шейку матки (наиболее эффективно в 13-17 нед беременности на фоне сохраняющей терапии) со снятием шва в сроки беременности 37—38 нед;

- введение акушерского pessaria.

## Анемия беременных

Анемии наблюдаются у 30 % беременных, причем в 90 % случаев это гипохромная железодефицитная анемия. Обследование беременной должно быть направлено на выяснение степени тяжести анемии (табл. 3) и причин, ее обусловивших. Необходимость лечения беременных, страдающих анемией, связана с развитием при этой патологии хронической гипоксии плода, риском возникновения кровотечений в родах и послеродовых септических заболеваний.

Таблица 3

**Гематологические показатели в зависимости от степени тяжести анемии**

Степень тяжести	Содержание		Гематокрит, %
	гемоглобина, г/л	эритроцитов, $10^{12}/л$	
Легкая	110-91	3,6-3,2	34-31
Средняя	90-71	3,1-2,6	30-26
Тяжелая	70-51	2,5-1,8	25-22
Экстремальная	50 и менее	1,7-1,5	21 и менее

Критериями диагностики анемии и степени ее тяжести являются (табл. 4):

- содержание гемоглобина, эритроцитов, а также цветовой показатель;
- уровень железа в сыворотке крови;
- морфологическая картина эритроцитов;
- железо-связывающая емкость сыворотки крови;
- содержание гемосидерина в костном мозге;
- результаты иммунорадиометрического метода определения железосвязывающего ферритина в сыворотке крови и дополнительных исследований (билирубин, проба Кумбса, продолжительность жизни эритроцитов, миелограмма, кал на яйца глистов).

Таблица 4

**Гематологические показатели при разных формах анемии**

Показатель	Анемия			
	железо-дефицитная	гемолитическая	гипопластическая	$V_{12}$ -дефицитная
Содержание гемоглобина	Снижено	Резко повышено	Снижено	Резко снижено
Число эритроцитов	В норме	Снижено	Снижено	Резко снижено
Величина цветового показателя	Снижена	Снижена	В норме	Повышена
Диаметр эритроцитов	Уменьшен	Уменьшен	В норме	Увеличен
Средний диаметр эритроцитов	В норме	Увеличен	В норме	Резко увеличен
Количество ретикулоцитов	В норме	Повышено	Снижено	Снижено

Терапия железодефицитной анемии у беременной должна быть направлена на восполнение дефицита железа в организме, улучшение его всасывания в пищеварительном тракте и активацию метаболических процессов.

1. Восполнение дефицита железа:

- ферро-градумет (по 0,1 г 2 раза в день);
- тардиферон (по 1 драже 2 раза в день);
- сорбифер-дурулес (по 1 таблетке 2 раза в день);
- эриффер (по 1 капсуле в день);
- феррокаль (по 2-6 таблеток 3 раза в день);
- феррум Лек (по 2 мл внутримышечно в течение 10 дней или внутривенно в течение 5 дней).

2. Улучшение всасывания железа в пищеварительном тракте:

- плантаглоцид (по 1 чайной ложке 2-3 раза в день до еды);
- сок желудочный натуральный (по 2 столовые ложки во время еды);
- ацидин-пепсин (по 1 таблетке 3 раза в день после еды);
- абомин (по 1 таблетке 3 раза в день).

3. Активация метаболических процессов:

- кислота аскорбиновая (2 мл 5 % раствора внутримышечно 1 раз в день);
- витамины группы В (перорально или внутримышечно);
- кислота фолиевая (по 1 таблетке 3 раза в день).

Лечение железодефицитной анемии проводится в течение 2-3 мес. и сочетается с терапией основного соматического заболевания у беременной.

### Гестоз

Гестоз беременных - это наиболее частое осложнение второй половины беременности. Гестоз чаще всего наблюдается у первобеременных с экстрагенитальной патологией (заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и печени, сахарный диабет). Необходимо своевременно диагностировать это осложнение, определить степень его тяжести и провести адекватную терапию для профилактики тяжелых последствий как для матери, так и для плода. При гестозе всегда развивается системная полиорганная недостаточность, поэтому обследование беременной должно быть направлено на выявление степени нарушения функций паренхиматозных органов.

Основными осложнениями при гестозе являются: кровоизлияния в мозг, отек мозга, острая почечная и печеночная недостаточность, синдром задержки внутриутробного развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, ДВС - и HELLP-синдром.

Диагностика гестоза и степени его тяжести должна основываться на данных клинических и лабораторных исследований, состояния фетоплацентарного комплекса и на заключениях врачей-специалистов. Обследование беременной проводят по следующей схеме.

#### 1. Клинические исследования:

- сбор анамнеза с тщательным выявлением жалоб беременной;
- измерение АД на обеих руках, определение среднего АД;
- определение прибавки массы тела и ее динамики в течение беременности, явных и скрытых отеков; измерение суточного (почасового) диуреза.

#### 2. Лабораторные исследования:

- установление степени гиповолемии (гематокрит, ОЦК, ОЦП);
- определение показателей, отражающих состояние жизненно важных органов (общий белок и белковые фракции, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, К, Na, сахар крови, общий анализ мочи, посев мочи и чувствительность флоры к антибиотикам, пробы Нечипоренко и Зимницкого);
- исследование гемопоэза и состояния иммунитета (содержание гемоглобина, эритроцитов, сывороточного железа, лейкоцитарная формула, количество Т-клеток);
- определение степени эндотоксикоза (лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), количество средних молекул);
- состояние гемостаза и микроциркуляции (свертываемость крови, количество тромбоцитов, фибриногена и антитромбина III, протромбиновый индекс).

3. Оценка состояния фетоплацентарного комплекса (КТГ, УЗИ, доплерометрия, определение уровня плацентарных гормонов).

4. Обследование у специалистов (окулиста, невропатолога, терапевта и др.) для выявления сопутствующей патологии.

Для преэклампсии характерны изменения лабораторных показателей, гипертензия, отеки, протеинурия, степень выраженности которых и определяет тяжесть течения гестоза (табл. 5).

Таблица 5

### Клинические и лабораторные критерии оценки степени тяжести преэклампсии

Критерии оценки степени тяжести преэклампсии	Легкая степень	Тяжелая степень
Повышение АД	На 25-30% от исходного уровня	Более чем на 40 % от исходного уровня
Выраженность отеков	Отеки I степени	Отеки II и III степени
Протеинурия	До 1 г/л	Более 1 г/л
Длительность гестоза	Менее 3 нед	Более 6 нед
Состояние глазного дна	Ангиопатия сетчатки IA степени (артерии сужены, вены расширены)	Ангиопатия IB степени, отек сетчатки

Субъективные жалобы	Отсутствуют	Головная боль, ухудшение зрения, тошнота, кожный зуд, бессонница, раздражительность
Гематокрит (в норме 0,35-0,36 л/л)	0,37 - 0,38 л/л	Более 0,41 л/л
Снижение ОЦК (в норме 86 - 88 мл/кг)	До 82 мл/кг	До 64 - 65 мл/кг
Гипопротеинемия (в норме 65 - 75 г/л)	Менее 65 г/л	Менее 60 г/л
Тромбоцитопения (в норме 180,0 - 320,0 * 10 <sup>9</sup> /л)	Может отсутствовать	До 150,0 10 <sup>9</sup> /л и менее
Лимфопения (в норме 19-37%)	Отсутствует	Выражена (менее 19 %)
Билирубинемия (в норме 8,6 - 20,5 мкмоль/л)	Отсутствует	Повышено содержание непрямого билирубина (более 27,5 мкмоль/л)
Содержание АСТ (в норме 0,1 -0,45 ммоль/(ч*л) и АЛТ (в норме 0,1 -0,68 ммоль/(ч* л))	Не изменено	Повышено
Содержание фибриногена (в норме 2-4 г/л)	Повышено до 5 г/л	Снижено до 2.8 г/л
Уменьшение количества антитромбина III (в норме 94 - 98 %)	До 81 %	До 70 %
ЛИИ (в норме 1-1,6)	2,6-5,0	9,5-13,7
Фетоплацентарная недостаточность (по уровню гормонов и данным УЗИ)	Относительная фетоплацентарная недостаточность («раннее старение» плаценты, появление признаков нарушения кровообращения в плацентарной ткани)	«Раннее старение» плаценты в сочетании с гипотрофией плода и признаками гипоксии (по данным КТГ)

Терапия гестоза, независимо от степени его тяжести, должна быть направлена на создание для беременной лечебно-охранительного режима, снятие генерализованного спазма сосудов, коррекцию гиповолемии, увеличение диуреза, улучшение маточно-плацентарного кровообращения, активацию метаболических процессов.

#### Принципы терапии преэклампсии легкой степени

1. Лечебно-охранительный режим (седативная терапия} обеспечивается полноценным питанием, режимом сна и отдыха, применением успокоительных настоев и лекарственных средств (реланиум, сибазон или седуксен по 1 таблетке 2-3 раза в день или внутримышечно 2 мл 0,5 % раствора препарата на ночь).

2. Гипотензивная терапия проводится по одной из следующих схем.

Схема 1. Tab. Doregyti (по 0,25 г 3 раза в день).

Схема 2. Sol. Magnesium sulfatis (24 мл 25% раствора внутримышечно по схеме Бровкина).

Схема 3. Sol. Magnesium sulfatis (30 мл 25 % раствора в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида).

Схема 4. Sol. Dibazoli (4 мл 1% раствора) и Sol. Papaverini внутримышечно (4 мл 2 % раствора 1-2 раза в день).

Схема 5 (в сочетании с другими препаратами). Tab. Nospani (по 1 таблетке 3 раза в день).

При отсутствии эффекта от применения вышеуказанных схем 1-5 могут быть назначены:

Tab Apressini 0,01 (60-80 мг в день)

Tab Anaprilini (Obsidani) (по 1 таблетке 3 раза в день)

Tab Clophelini 0,000075 (по 1 таблетке 2-3 раза в день)

Dragee Corinfari (Nifedipini, Cordafeni) 0,01 (40-80 мг в день)

3. Коррекция гиповолемии проводится кристаллоидными растворами в объеме 400-600 мл.

4. Для лечения отеков применяют настои трав, эуфиллин (по 1 таблетке 2-3 раза в день или

внутривенно капельно 10 мл 2,4 % раствора препарата в 200 мл изотонического раствора)

5. Улучшение маточно-плацентарного кровообращения обеспечивается кислородотерапией, гипотензивной терапией, абдоминальной декомпрессией (5-10 процедур), применением эуфиллина (по 0,15 г 3 раза в день) и антикоагулянтов (курантил перорально по 0,025 г 3 раза в день или трентал внутривенно капельно - 5 мл в 250 мл изотонического раствора).

6. Активации метаболических процессов достигают пероральным применением глутаминовой кислоты (по 1 таблетке 3 раза в день), метионина (по 0,25 г 3 раза в день) эссенциале-форте по

2 капсуле 3 раза в день или внутривенно струйно или капельно по 5-10 мл в 250 мл 5 % раствора глюкозы).

7. Антиоксидантная терапия включает применение витаминов Е (1-2 капсулы в день), С, группы В (внутривенно или внутримышечно)

8. При лечении фонового заболевания (пиелонефрит) назначают почечный чай, антибиотики пенициллинового ряда (ампициллин внутримышечно по 1 г 4 раза в день) и нитрофураны (нитроксолин по 2 драже 4 раза в день)

Длительность терапии зависит от срока беременности и ее эффективности. Эффективность лечения оценивают через каждые 3-7 дней; при наличии эффекта лечение может продолжаться 10-14 дней, при отсутствии эффекта - не более 7 дней

Критериями эффективности лечения служат: снижение АД, уменьшение отеков и протеинурии, улучшение других лабораторных показателей.

Лечение преэклампсии легкой степени включает также и подготовку к родам, которую проводят применением спазмолитиков и эстрогенов:

Sol Synoestrolis oleosae (10 000-20 000 ЕД внутримышечно)

Tab Nospani (по 1 таблетке 3 раза в день)

Свечи с красавкой (1 свеча на ночь)

Растительное масло (по 1 столовой ложке 2 раза в день)

Варианты родоразрешения могут быть следующими: родоразрешение через естественные родовые пути с ранней амниотомией при доношенной беременности; досрочное родовозбуждение с амниотомией при «зрелой» шейке матки, если отсутствует эффект от проведенного лечения; операция кесарева сечения (по совокупности показаний).

Особенности ведения родов через естественные родовые пути:

- ранняя амниотомия при раскрытии шейки матки на 1-3 см.
- продолжение гипотензивной терапии (без применения сульфата магния),
- обезболивание (предпочтительнее перидуральная анестезия),
- укорочение периода изгнания,
- осмотр мягких родовых путей под внутривенным наркозом
- продолжение терапии гестоза после родоразрешения

При обострении гестоза в родах показано оперативное родоразрешение.

#### Принципы лечения преэклампсии тяжелой степени

1. Лечебно-охранительный режим обеспечивается внутривенным или внутримышечным введением беременным седативных препаратов, реланиум (по 2 мл 0,5 % раствора 1-2 раза в день) в сочетании с пипольфеном (2 мл 2,5 % раствора) и промедолом (1 мл 2 % раствора). Возможно также введение дроперидола (2-4 мл 0,25 % раствора).

2. Гипотензивная терапия предусматривает сочетанное применение следующих лекарственных средств:

Sol Magnesi sulfatis (30 мл 25 % раствора в 400 мл изотонического раствора внутривенно капельно с последующим внутримышечным введением препарата по схеме Бровкина)

Sol Dibasoli (4 мл 1 % раствора)

Sol Papaverini (4 мл 2 % раствора внутримышечно каждые 6 ч)

Sol Nospani (2 мл 2 % раствора внутривенно 2-3 раза в день)

Дополнительно могут быть назначены:

Sol Clophelini (1 мл 0,01 % раствора внутривенно капельно в 400 мл изотонического раствора)

Sol Papaverini (4 мл 2 % раствора внутривенно капельно в 400 мл изотонического раствора)

Sol Pentamint (1 мл 5 % раствора внутривенно капельно под контролем АД - управляемая нормотония)

3 Коррекция гиповолемии достигается введением кристаллоидных растворов в объеме 600-800 мл в сочетании с вышеуказанными гипотензивными средствами (скорость введения препарата 100 мл/ч).

4. Для лечения отеков и профилактики отека мозга применяют:

Sol Euphyllini (10 мл 2,4 % раствора внутривенно струйно или капельно в 200 мл изотонического раствора)

Sol Cavintoni (2 мл 0,5 % раствора внутривенно капельно в 200 мл изотонического раствора)

5. Улучшение маточно-плацентарного кровообращения обеспечивается кислородотерапией, гипотензивной терапией, введением спазмолитиков (но-шпа, баралгин), антикоагулянтов (5 мл трентала), парацетама (5 мл 20 % раствора).

6. Антиоксидантная терапия включает применение витаминов Е (по 1-2 капсуле в день), С и группы В (внутривенно или внутримышечно).

Длительность лечения до родоразрешения составляет от 1 до 36 ч. в зависимости от эффективности лечения. Критериями эффективности лечения служат: снижение АД, нормализация почасового (суточного) диуреза, улучшение лабораторных показателей, отсутствие жалоб у беременной.

Варианты родоразрешения могут быть следующими: родовозбуждение с амниотомией через 4-24 ч при «зрелой» шейке матки и эффективной терапии; операция кесарева сечения.

После родоразрешения показано продолжение лечения гестоза с коррекцией полиорганной недостаточности.

### *Эклампсия*

Эклампсия является самой тяжелой формой гестоза и характеризуется судорогами с потерей сознания на фоне гипертензии, отеков и протеинурии (триада Цангемейстера), независимо от их выраженности. Различают 4 периода в течение припадка эклампсии.

I период (длится 20-30 с) припадка характеризуется фибриллярными подергиваниями мимических мышц, II период (длится 30 с) - тоническими судорогами, III период (длится до 2 мин) - клоническими судорогами. IV период – период разрешения судорожного припадка или развития постэклампсической комы.

Лабораторные показатели при эклампсии соответствуют таковым при преэклампсии тяжелой степени.

Лечение должно быть направлено на профилактику повторных судорог, кровоизлияния в мозг, отека мозга, острой почечной и почечно-печеночной недостаточности, полиорганной недостаточности, гипоксии плода. В условиях операции проводят оказание экстренной помощи и комплексную интенсивную терапию, как при тяжелой форме гестоза.

### Принципы лечения эклампсии

1. Лечебно-охранительный режим. Седативная терапия. Нейролептанальгезия. Назначают:

Sol Relanii (Seduxeni, Sibazoni) (4 мл 0,5 % раствора внутривенно)

Sol Promedoli (1 мл 2 % раствора) или

Sol. Droperidoli (0,25 % 2 мл раствора внутривенно)

После вводного наркоза (по назначению анестезиолога-реаниматолога) проводят интубацию и искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

2. Гипотензивная терапия, профилактика кровоизлияния в мозг.

Применяют:

Sol Magnesii sulfatis (30 мл 25 % раствора в 400 мл изотонического раствора внутривенно капельно или одномоментно 5-10 мл в течение 2-3 мин)

Дополнительно могут быть внутривенно введены:

Sol Clophelini (1 мл 0,01 % раствора внутривенно в 10 мл изотонического раствора)

Sol Papaverini (4 мл 2 % раствора внутривенно капельно в 200 мл изотонического раствора)

3. Лечение и профилактика отека мозга включает ИВЛ и внутривенное введение:

Sol Euphyllini (10 мл 2,4 % раствора струйно и капельно)

Sol Cavintoni (2 мл 0,5 % раствора в 200 мл изотонического раствора)

Родоразрешение беременной или роженицы в первом периоде родов проводят путем операции кесарева сечения или наложения акушерских щипцов при развитии припадка в периоде изгнания.

Послеоперационное ведение роженицы должно включать: продление ИВЛ до стабилизации АД и почасового диуреза; продолжение введения сульфата магния и диуретиков; коррекцию нарушенных функций паренхиматозных органов; профилактику ДВС-синдрома



(введение плазму крови); возмещение кровопотери.

### Хроническая гипоксия плода

Хроническая внутриутробная гипоксия плода развивается при осложненном течении беременности (гестоз, перенашивание беременности, иммунологическая несовместимость, внутриутробная инфекция, плацентарная недостаточность), особенно на фоне экстрагенитальной патологии. Диагноз хронической гипоксии плода устанавливается на основе методов оценки его внутриутробного состояния (см. раздел «Методы оценки состояния плода»). Наиболее характерным симптомом является задержка развития плода, несоответствие его развития сроку гестации.

При хронической внутриутробной гипоксии плода терапия должна включать лечение осложнений беременности, экстрагенитальной патологии, внутриутробной инфекции. Патогенетическая медикаментозная терапия должна быть направлена на следующее.

#### 1. Улучшение газообмена (оксигенотерапия):

- ингаляция кислородно-воздушной смеси (40-60 % кислорода) в течение 30-60 мин 1-2 раза в день в течение 10-14 дней;

- кислородный коктейль или кислородная пена (по 150-200 мл 2 раза в день);

- гипербарическая оксигенация (4-10 сеансов).

#### 2. Улучшение маточно-плацентарного кровообращения достигается применением различных

групп лекарственных средств.

### Вазоактивные препараты

Эуфиллин (5-10 мл 2,4% раствора внутривенно струйно в 10-20 мл 40 % раствора глюкозы или внутривенно капельно в 400 мл 5 % раствора глюкозы в течение 7-10 дней).

Теофиллин (по 1-2 таблетки 2-4 раза в день).

Компламин (по 1 таблетке 3 раза в день или по 2 мл внутримышечно 1-2 раза в день или внутривенно по 2 мл в 500 мл 20 % раствора глюкозы в течение 14 дней).

### Эстрогены

Фолликулин, синэстрол, эстрадиола дипропионат (внутримышечно по 20 000 ЕД 1-2 раза в день в течение 3-5 дней) (применяют в конце срока беременности).

### Эстрогеноподобный препарат

Сигетин (ежедневно внутримышечно по 2 мл 1 % раствора в течение 10 дней или внутривенно струйно 4 мл 1 % раствора в 20 мл 40 % раствора глюкозы в течение 2-4 дней или внутривенно капельно 6-10 мл 1 % раствора в 200-300 мл 20 % раствора глюкозы).

### β-Адреномиметики

Гинипрал, бриканил, партусистен (по одной дозе в 500 мл изотонического раствора внутривенно капельно в течение 2-6 дней с последующим пероральным приемом по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4-6 нед).

### Антиагреганты

Трентал или курантил (ежедневно по одной дозе в 300-400 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно в течение 7 дней с последующим пероральным приемом по 1 таблетке 3 раза в день в течение 4-6 нед).

Указанные препараты сочетают с индуктотермией окологречной области (10 процедур) или абдоминальной декомпрессией (10-12 процедур).

#### 3. Уменьшение влияния гипоксии на ЦНС плода:

- парацетам (10-20 мл 20 % раствора в 200 мл изотонического раствора внутривенно капельно в течение 5-7 дней);

- этимизол (1 мл 1,5 % раствора в 100 мл 5 % раствора глюкозы или по 1 таблетке 2 раза в день в течение 6-7 дней).

#### 4. Активизация метаболических процессов:

- глюкоза (внутривенно струйно или капельно в общепринятых терапевтических дозах) в сочетании с инсулином короткого действия (1 ЕД инсулина на 4 г сухого вещества глюкозы);

- кокарбоксилаза (ежедневно по одной дозе внутримышечно или внутривенно струйно в 20 мл 5 % раствора глюкозы или внутривенно капельно в 400 мл 5% раствора глюкозы в течение 10— 14 дней);

- аскорбиновая кислота (внутривенно струйно или капельно в общепринятых

терапевтических дозах или перорально в течение 10-14 дней);

- унитиол (5 мл 5 % раствора в 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно струйно или в 400 мл 5-10 % раствора глюкозы внутривенно капельно в течение 5-7 дней);

- эссенциале (10 мл в 200 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно в течение 10 дней, с одновременным приемом эссенциале-форте по 2 капсулы 3 раза в день; прием препарата следует продолжать до родоразрешения);

- актовегин (солкосерил) (4-6 мл внутримышечно в течение не менее 7 дней);

- цитохром С (4-8 мл внутримышечно или в 20 мл 40 % глюкозы внутривенно струйно 3-4 раза в день или внутрь по 2 таблетки 4 раза в день);

- комплекс витаминов (В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, РР, Е) внутримышечно или перорально в общепринятых терапевтических дозах.

5. Коррекция метаболического ацидоза:

- натрия бикарбонат (100-200 мл 4 % раствора внутривенно капельно); число инфузий и количество раствора назначают в зависимости от показателей кислотно-основного равновесия.

При установленном диагнозе хронической гипоксии плода, синдроме задержки его развития и неэффективности проведенного лечения показаны родовозбуждение или операция кесарева сечения в интересах плода.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ

Наиболее частыми осложнениями в родах являются аномалии сократительной деятельности матки, развитие гипоксии плода или нарастание ее симптомов, обострение гестоза, кровотечения, травматические повреждения мягких родовых путей.

### Аномалии сократительной деятельности матки

К группе повышенного риска развития аномалий родовой деятельности относятся первородящие в возрасте до 18 лет и старше 30 лет, а также беременные и роженицы, у которых имели место:

- частые острые инфекционные заболевания, хронические инфекционно-аллергические заболевания;

- позднее и раннее наступление менархе, нарушения менструального цикла;

- нарушение генеративной функции;

- воспалительные заболевания половых органов;

- эндокринопатии, нарушение липидного обмена (особенно ожирение III и IV степени);

- осложненное течение предыдущих родов (аномалии родовой деятельности, оперативное родоразрешение и др.);

- осложненное течение настоящей беременности (угроза прерывания, гестоз, многоводие, многоплодие, крупный плод, частые интеркуррентные заболевания, отсутствие признаков готовности организма женщины к родам);

- расположение плаценты в дне матки и по передней ее стенке.

К аномалиям сократительной деятельности матки относятся: патологический прелиминарный период, слабость родовой деятельности, чрезмерная и дискоординированная родовая деятельность.

### *Патологический прелиминарный период*

Критериями диагностики патологического прелиминарного периода служат:

- длительные (10-14 ч и более), нерегулярные, болезненные, нарушающие суточный ритм сна и бодрствования, перемежающиеся по силе схватки; по данным КТГ, внутриматочное давление во время схватки менее 20 мм рт. ст., сила схваток не соответствует субъективным ощущениям женщины;

- отсутствие в динамике структурных изменений шейки матки (при влагалищном исследовании наиболее часто наблюдается «незрелая» шейка матки);

- появление признаков гипоксии плода.

Ведение беременных с патологическим прелиминарным периодом включает подготовку шейки матки к родам при «незрелых» родовых путях (медикаментозный сон-отдых, введение спазмолитиков), регуляцию сократительной деятельности матки и профилактику гипоксии плода. При установленном диагнозе патологического прелиминарного периода противопоказано введение беременной утеротоников.

*Медикаментозный сон-отдых* беременной обеспечивают применением препаратов по нижеприведенным схемам.

Схема 1.

Sol. Natrii oxybutyratis (80 мл 5 % раствора перорально)  
Sol Phentanyli (4 мл 0,005 % раствора внутримышечно)  
Sol. Dimedroli (3 мл 1 % раствора внутримышечно).

#### Схема 2.

Sol. Natrii oxybutyratis (внутривенно 10 мл 20 % раствора в 10 мл 20 % раствора глюкозы)  
Sol Phentanyli (2 мл 0,005 % раствора внутривенно)  
Sol Pipolpheni (2 мл 2,5 % раствора внутривенно)

#### Схема 3.

Tab. Phenobarbitali (по 0,1 г перорально)  
Sol Promedoli (2 мл 2 % раствора внутривенно)  
Sol. Dimedroli (3 мл 1 % раствора внутривенно)

*Спазмолитические средства* (но-шпа, папаверин, ганглерон, галидор, апрофен) вводят внутривенно или внутримышечно в ранее указанных дозах.

*Регуляция сократительной деятельности матки* достигается внутривенным введением одного из перечисленных ниже  $\beta$ -адреномиметиков (в 400 мл изотонического раствора в течение не менее 3-4 ч со скоростью введения 20 капель в минуту) в сочетании с пероральным его применением:

Sol Giniprali (10 мкг-2 мл)  
Sol Partusisteni (10 мл 0,005 % раствора)  
Sol. Bricanyli (1 мл 0,05 % раствора)  
Sol Astmopenti (Alupenti) (1 мл 0,05 % раствора)

За 20-30 мин до начала инфузии  $\beta$ -адреномиметиков необходим прием 80 мг финоптина.

При наличии противопоказаний к лечению  $\beta$ -адреномиметиками применяют антагонисты кальция - финоптин или коринфар (по 10 мг 3 раза с интервалом 15 мин).

*Профилактика гипоксии плода* включает кислородотерапию, внутривенное введение глюкозы, сигетина, пирасетама, антиоксидантов.

#### *Слабость родовой деятельности*

Критериями диагностики слабости родовой деятельности служат

- регулярные, недостаточные по силе и продолжительности схватки, с удлинненными интервалами; по данным КТГ, внутриматочное давление во время схватки 35-20 мм рт. ст. и ниже;

- замедление (прекращение) раскрытия шейки матки (менее 1 см в час у первородящих и 2-3 см в час у повторнородящих);

- замедление (прекращение) продвижения предлежащей части плода.

Для назначения адекватного лечения необходимо выявить причины слабости родовой деятельности (крупный плод, многоводие, многоплодие, неправильные вставления головки и др.) и установить противопоказания (рубец на матке, крупный плод, анатомически и клинически узкий таз, начавшаяся гипоксия плода и др.) к применению родостимулирующей терапии. Лечение проводят с учетом индивидуальных особенностей организма женщины и акушерско-гинекологического анамнеза. Оно включает: предоставление медикаментозного сна при усталости роженицы, создание энергетического фона, введение утеротоников и профилактику гипоксии плода.

При лечении утеротониками слабости родовой деятельности следует учитывать состояние родовых путей и длительность родового акта. При усталости роженицы, раскрытии шейки матки менее чем на 3-4 см и при целом плодном пузыре показан медикаментозный сон-отдых в течение 2-4 ч. При раскрытии шейки матки менее чем на 3-4 см, отсутствии плодного пузыря (преждевременное или раннее излитие околоплодных вод) и усталости роженицы показано внутривенное капельное введение простагландинов (энзапрост, простин F<sub>20</sub>, простенон). При недостаточной родовой деятельности, несмотря на введение простагландина, возможно, их сочетанное применение с окситоцином (в половинных дозах).

При раскрытии шейки матки на 3-4 см и более показана амниотомия с последующим наблюдением за характером схваток. При отсутствии родоускоряющего эффекта в течение часа после амниотомии и отсутствии противопоказаний применяют родостимуляцию - внутривенное капельное введение утеротоников.

Во втором периоде родов при слабости схваток-потуг показана стимуляция родовой деятельности (внутривенное капельное введение окситоцина).

## Методика применения утеротоников

1 мл окситоцина или энзапроста растворяют в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Введение начинают с 6-8 капель в минуту, постепенно увеличивая их число (не более 40 капель в минуту) каждые 30 мин до получения эффективной родовой деятельности. Продолжительность введения раствора составляет 3-4 ч

После окончания введения утеротоника проводят оценку эффективности родостимулирующей терапии для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения родов. При отсутствии эффекта или появлении осложнений (гипоксия плода, обострение гестоза и др.) показана операция кесарева сечения.

Профилактика гипоксии плода в первом периоде родов проводится по той же схеме, что и при патологическом прелиминарном периоде. Во втором периоде родов внутривенно медленно вводят сибегтин, унитиол, пирацетам по указанным ниже схемам

Схема 1	Схема 2	Схема 3
Sol. Sygethini 1 % 4ml	Sol. Unithioli 5 % 5 ml	Sol. Piracetami (Nootropyli)
Sol. Glucosi 40 % 20 ml	Sol. Acidi ascorbinici 5 % 2 ml	20 % 10 ml
Sol. Acidi ascorbinici 5 % 5 мл		Sol NaCl 0,9 % 10 ml
Cocarboxylasae 0,1		

### *Чрезмерно сильная родовая деятельность*

Критериями диагностики чрезмерной родовой деятельности являются:

- внезапно развившиеся, быстро нарастающие сильные схватки с короткими интервалами (более 5 схваток в течение 10 мин); по данным КТГ, базальный тонус матки составляет 12-15 мм рт. ст., внутриматочное давление во время схватки - более 50 мм рт. ст.;

- быстрое раскрытие маточного зева;
- быстрое продвижение плода по родовому каналу.

Быстрые и стремительные роды часто осложняются гипоксией плода и родовым травматизмом матери и новорожденного.

Причины чрезмерной родовой деятельности:

- повышенная возбудимость нервной системы женщины (неврастения, истерия, базедова болезнь и др.);
- соматические заболевания (пороки сердца, особенно с нарушением кровообращения, гипертоническая болезнь, заболевания почек и печени, острые инфекционные заболевания и др.);
- тяжелые формы гестоза;
- преждевременные роды;
- неправильное применение утеротонических средств.

Лечение чрезмерной родовой деятельности должно быть направлено на ее регуляцию и предусматривает применение спазмолитиков, анальгетиков и β-адреномиметиков.

β-Адреномиметики (гинипрал, бриканил и др.) вводят внутривенно струйно или капельно по ранее указанным схемам.

Антагонисты кальция (коринфар, финоптин и др.) назначают по 1 таблетке через 15 мин 3 раза; более эффективны при раскрытии маточного зева до 4-5 см.

Спазмолитики и анальгетики используют при раскрытии маточного зева до 4 см; можно внутривенно вводить сернокислую магнезию (10 мл 25 % раствора).

Применяют также ингаляционный наркоз фторотаном (обязательна профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах) и пудендальную анестезию во втором периоде родов (с целью профилактики разрыва промежности и уменьшения травматизации рождающейся головки).

### *Дискоординированная родовая деятельность*

Критериями диагностики дискоординированной родовой деятельности служат:

- резко болезненные, хаотичные, разной интенсивности схватки с уменьшением интервала между ними (более 5 схваток в течение 10 мин). Гипертонус матки сохраняется вне схватки. По данным КТГ, базальный тонус матки более 12-15 мм рт. ст., внутриматочное давление во время схватки более 40 мм рт. ст.;

- незначительные структурные изменения шейки матки с замедленным темпом ее раскрытия;

- отсутствие продвижения плода по родовому каналу. Причины дискоординированной родовой деятельности:

- пороки развития матки (двуродая, седловидная, перегородка в матке и др.);

- поражения ограниченных участков матки вследствие воспалительных, дегенеративных и опухолевых процессов (миома матки);
- нарушение иннервации матки;
- дистония шейки матки (ригидность, атрезия, рубцовые изменения, опухоли и др.);
- плоский плодный пузырь;
- клинически узкий таз;
- расположение плаценты в дне матки;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- неправильное использование утеротоников.

При ведении родов, осложненных дискоординированной родовой деятельностью, необходимо исключить причины развития этого осложнения, которые требуют оперативного родоразрешения и при которых медикаментозная терапия не показана (рубцовые изменения шейки матки, клинически узкий таз, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

*Лечение* дискоординированной родовой деятельности включает: седативную терапию, предоставление медикаментозного сна-отдыха во время родов, вскрытие плодного пузыря (при плоском пузыре, многоводии), обезболивание и регуляцию родовой деятельности. Лечение проводят в положении роженицы на боку, соответствующем позиции плода.

При дискоординированной родовой деятельности противопоказано введение утеротоников. Необходимо проводить профилактику и лечение гипоксии плода.

*Медикаментозная терапия* дискоординированной родовой деятельности включает:

- введение (3-адренормиметиков по ранее указанным схемам;
- введение спазмолитиков;
- обезболивание (баралгин, трамал или промедол внутримышечно или внутривенно в сочетании с транквилизаторами - реланиумом, седуксеном или сибазоном и антигистаминными средствами - димедролом, пипольфеном или дипразином);
- длительную эпидуральную анальгезию (при раскрытии маточного зева не менее чем на 3-4 см).

При неэффективности лечения или появлении дополнительных осложнений (гипоксия плода, клинически узкий таз и др.) роды заканчивают операцией кесарева сечения.

### **Травматические повреждения мягких родовых путей**

Наиболее частыми травматическими повреждениями мягких родовых путей в родах являются разрывы шейки матки и промежности.

#### *Разрывы шейки матки*

Клиническая картина при неглубоких разрывах шейки матки (I и II степени) характеризуется нередко бессимптомным течением. При глубоких разрывах (III степень), доходящих до свода и переходящих на него, наблюдается, как правило, обильное кровотечение с возможным образованием гематомы в параметрии. Диагностируют разрывы шейки матки и влагалища в основном при осмотре с помощью зеркал, который проводится как у первородящих, так и у повторнородящих в течение первого часа после родов.

Ушивание разрывов шейки матки I и II степени проводят в такой последовательности:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал и окончатых зажимов;
- сближение краев раны с помощью инструментов и наложение первого шва выше угла разрыва;
- наложение остальных кетгутовых лигатур до наружного зева;
- проверка гемостаза.

Ушивание разрывов шейки матки III степени выполняют под внутривенным наркозом, при этом алгоритм действий акушера должен быть следующим:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал и окончатых зажимов;
- при разрыве, доходящем до свода влагалища, первый шов накладывают выше угла раны и пальцем контролируют правильность наложенного шва;
- при разрыве, переходящем на свод влагалища, вначале обязательно проводят операцию ручного обследования полости матки для исключения разрыва матки в области нижнего сегмента; при отсутствии разрыва матки ушивают разрыв шейки матки узловыми кетгутовыми швами под контролем пальцев;
- проверка гемостаза.

Диагностика степени повреждения промежности проводится на основании данных визуального осмотра. Целость промежности должна быть восстановлена под местной инфильтрационной анестезией (0,25-0,5 % раствор новокаина или 1 % раствор тримекаина) или внутривенным наркозом анестетиками короткого действия после обработки наружных гениталий родильницы.

Последовательность действий акушера при восстановлении целостности промежности зависит от степени повреждения промежности.

1. Ушивание разрыва промежности I степени (повреждены задняя спайка, небольшой участок кожи промежности и стенки влагалища):

- наложение узловых кетгутовых швов на стенку влагалища, начиная с верхнего угла разрыва до входа во влагалище;
- наложение 1-2 узловых шелковых (лавсановых) швов на кожу промежности;
- обработка швов йодонатом.

2. Ушивание разрыва промежности II степени или перинеотомии (повреждены кожа промежности, стенка влагалища и мышцы промежности):

- наложение узловых кетгутовых швов на стенку влагалища;
- наложение узловых кетгутовых швов на мышцы тазового дна;
- наложение шелковых швов на кожу промежности;
- обработка раны йодонатом.

3. Ушивание разрыва промежности III степени (повреждены кожа и мышцы промежности, стенка влагалища, наружный сфинктер прямой кишки и иногда стенка прямой кишки). При наличии повреждений прямой кишки восстановление целостности промежности начинают с ушивания стенки прямой кишки и ее сфинктера, а затем приступают к ушиванию стенки влагалища и мышц промежности:

- обработка обнаженного участка слизистой оболочки кишки спиртом или раствором хлоргексидина;
- наложение шелковых лигатур на поврежденный участок прямой кишки (через всю толщину стенки кишки);
- замена перчаток и инструментов;
- восстановление наружного сфинктера прямой кишки наложением кетгутовых швов;
- наложение кетгутовых швов на стенку влагалища;
- ушивание мышц тазового дна;
- наложение шелковых швов на кожу промежности;
- обработка швов йодонатом.

### **Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах**

Основными причинами кровотечения в последовом периоде являются:

- аномалии прикрепления плаценты (плотное прикрепление и приращения);
- неполное предлежание плаценты;
- задержка в полости матки последа вследствие спазма внутреннего зева;
- гипотония матки;
- разрывы мягких родовых путей;
- коагулопатии.

Независимо от причины кровотечения в последовом периоде основной операцией по остановке маточного кровотечения является операция ручного отделения плаценты и выделения последа, которую проводят на фоне введения роженице утеротоников. Приступать к операции необходимо при объеме кровопотери 250 мл и продолжающемся кровотечении, если отсутствуют признаки отделения плаценты (при наличии этих признаков послед выделяют наружными приемами). Операция показана также и при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 30 мин после рождения плода.

Последовательность действий акушера при кровотечении в последовом периоде:

- оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери перед началом операции;
- начать внутривенное введение утеротоников и анестетиков;
- обработать руки врача-акушера и наружные половые органы роженицы;
- провести операцию ручного отделения плаценты и выделения последа;
- при выведении руки из полости матки внутривенно одномоментно ввести окситоцин или метилэргометрин (1 мл в 20 мл изотонического раствора);

- осмотреть мягкие родовые пути и ушить повреждения;
- оценить общее состояние роженицы и объем кровопотери;
- возместить кровопотерю путем введения кристаллоидов, желатиноля, препаратов крови (в зависимости от объема кровопотери, показателей гемоглобина и гематокрита);
- продолжать внутривенно капельно вводить утеротоники в течение не менее 1 ч после операции;
- осуществлять постоянный контроль за высотой стояния дна матки, ее тонусом и объемом наружной кровопотери;
- перевести родильницу в послеродовое отделение после нормализации показателей гемодинамики и восполнения кровопотери.
- Операцию ручного отделения плаценты и выделения последа выполняют следующим образом:
- после подготовки операционного поля под внутривенным наркозом вводят правую руку во влагалище и полость матки;
- пилящими движениями правой руки отделяют плаценту от стенки матки и левой рукой извлекают послед наружу, потягивая за пуповину, не выводя правую руку из полости матки;
- проводят обследование полости матки, удаляют сгустки крови, обрывки оболочек и плацентарной ткани;
- оценивают целостность стенок матки и ее тонус (при хорошем тонусе стенки матки обхватывают руку);
- выводят правую руку из полости матки;
- осматривают мягкие родовые пути, ушивают повреждения. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде:
- осложнения послеродового периода;
- нарушение сократительной активности матки (самая частая причина);
- разрывы мягких родовых путей (матки, стенок влагалища, промежности);
- врожденные и приобретенные коагулопатии.

Для остановки кровотечения в раннем послеродовом периоде применяют ручное обследование полости матки, которое обязательно проводят на фоне введения утеротоников.

Последовательность действий врача-акушера при кровотечении:

- оценка общего состояния родильницы и объема кровопотери;
- наружный бережный массаж матки с последующей местной гипотермией (лед на низ живота):
- внутривенное капельное введение окситоцина (1 мл в 400 мл изотонического раствора. скорость введения 30—40 капель в минуту);
- одномоментное внутривенное введение метилэргометрина (1 мл в 20 мл изотонического раствора);
- ручное обследование полости матки под внутривенным наркозом анестетиками короткого действия;
- осмотр мягких родовых путей, ушивание разрывов, введение в шейку матки 1 мл окситоцина (энзапроста или метилэргометрина);
- повторная оценка общего состояния родильницы, показателей гемодинамики и объема кровопотери:
- возмещение кровопотери в зависимости от ее объема, показателей гемоглобина и гематокрита (суммарный объем переливаемых растворов должен превышать объем кровопотери на 60-80%; соотношение объемов крови, альбумина, коллоидов и кристаллоидов должно составлять 1 : 0,2 : 1 : 1).

При продолжающемся кровотечении необходимо использовать рефлекторные и механические способы остановки кровотечения (тампон с эфиром в задний свод влагалища; наложение клемм по Бакшееву или Квантилиани, наложение - шва по Лосицкой). Отсутствие эффекта от проведенной терапии и кровопотеря, превышающая 2 % от массы тела родильницы, требуют чревосечения с целью удаления матки (без придатков) как источника кровотечения.

Ручное обследование полости матки проводят в малой операционной под внутривенным наркозом после соответствующей подготовки, на фоне внутривенного капельного введения утеротоников.

Показаниями к операции ручного обследования полости матки являются:

- сомнение в целостности последа;

- задержка доли плаценты и 2/3 плодных оболочек;
- наличие рубца на матке;
- проведенные в родах акушерские операции (наложение шипцов, наружно-внутренний поворот плода на ножку, плодоразрушающие операции);
- гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде;
- разрыв шейки матки III степени;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в периоде изгнания.

Алгоритм выполнения этой операции следующий.

1.левой рукой раздвигают половые губы, сложенную в виде конуса кисть правой руки вводят во влагалище, а затем в полость матки.левой рукой фиксируют матку через стерильную подкладную на передней брюшной стенке.

2.рука в полости матки обследует стенки матки на всем их протяжении и удаляет обнаруженные сгустки крови, обрывки плацентарной ткани и оболочек.

3.перед выведением руки из полости матки оценивают целостность стенок матки и ее тонус. При нормальном тонусе стенки матки плотно охватывают руку акушера. перед выведением руки одновременно следует внутривенно ввести метилэргометрин или окситоцин (1 мл в 20 мл изотонического раствора).

4.проводят осмотр мягких родовых путей с помощью! зеркал и ушивание разрывов.

5.оценивают общее состояние родильницы и объем кровопотери; возмещают кровопотерю.

6.при обнаружении разрыва матки срочно выполняет чревосечение, во время которого решают вопрос об объеме операции на матке (ушивание разрыва, удаление матки).

### **Кесарево сечение в нижнем сегменте матки**

Кесарево сечение является наиболее распространенной родоразрешающей операцией и выполняется в интересах здоровья матери и плода по абсолютным и совокупности относительных показаний. Женщинам из группы риска по развитию гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде необходимо с профилактической целью вводить антибиотики: цефазолин (однократно внутривенно 2 г и 100 мл метрогила после пережатия пуповины), аугментин (1.2 г внутривенно в начале операции) или амоксиклав (1.2 г внутривенно после пережатия пуповины).

Выделяют следующие этапы операции.

1-й этап. Чревосечение выполняют поперечным разрезом по Пфанненштилю (разрез длиной 12 см по нижней складке живота, вскрытие апоневроза в поперечном направлении, разведение прямых мышц живота в стороны, рассечение брюшины в продольном направлении) или продольным разрезом (нижнесрединная лапаротомия).

2-й этап. Рассечение пузырно-маточной складки проводят после вскрытия брюшной полости, приподнимая пузырно-маточную складку пинцетом и надсекая ее на границе перехода на матку, затем в поперечном направлении рассекают ее в обе стороны; общая длина разреза составляет 12-13 см.

3-й этап. Вскрытие полости матки производят с осторожностью в нижнем сегменте матки небольшим поперечным разрезом на 1,5-2 см ниже уровня разреза пузырно-маточной складки. Затем в рану вводят указательные пальцы обеих рук, бережно в поперечном направлении расширяют ее до 10-12 см и вскрывают плодный пузырь (если он цел).

4-й этап. Извлечение плода. Рукой, введенной в полость матки, выводят головку плода, надавливая на дно матки через переднюю брюшную стенку. Затем извлекают плод т подмышечные впадины. При тазовых предлежаниях в рану выводят газовый конец, за который извлекают плод. При поперечном положении плод извлекают за ножку. После пересечения пуповины ребенка передают акушерке.

5-й этап. Удаление последа. Его проводят рукой или подтягиванием за пуповину с последующей контрольной ревизией стенок матки салфеткой или большой кюреткой.

6-й этап. Ушивание раны матки. Ее необходимо начинать с углов через все слои матки. Рану на матке обычно ушивают двумя рядами узловых кетгутовых мышечно-мышечных швов с расстоянием между швами не более 1 см. Она также может быть ушита викрилом непрерывным однорядным (двухрядным) швом.

Далее производится перитонизация шва брюшиной пузырно-маточной складки, которая подшивается непрерывным кетгутовым швом (на 1,5—2 см выше разреза на матке) к висцеральной брюшине, покрывающей матку. Этот шов часто называют третьим рядом швов на матке.

7-й этап. Ревизия брюшной полости. По окончании перитонизации проводят проверку гемостаза, туалет и ревизию брюшной полости с оценкой состояния яичников, маточных труб,



задней поверхности матки, червеобразного отростка и других органов брюшной полости.

8-й этап. Ушивание передней брюшной стенки наглухо с наложением асептической повязки.

9-й этап. Удаление кровяных сгустков из влагалища и обработка его дезинфицирующим раствором.

На протяжении всей операции кесарева сечения оценивают тонус матки. Для профилактики кровотечения после извлечения плода и последа внутривенно вводят утеротоники. После окончания операции необходимо оценить объем кровопотери, количество выделенной мочи и ее цвет.

#### *Ведение родильниц после операции кесарева сечения*

В послеоперационном периоде оценивают общее состояние родильницы, гемодинамические показатели, суточный (почасовой) диурез, становление лактации, инволюцию матки и функцию кишечника.

Лабораторные исследования (биохимический и клинический анализ крови с определением гематокрита, анализ мочи) проводят на 1-2-е и 5-7-е сутки после операции, перед выпиской родильницы (на 8-9-е сутки) при неосложненном течении послеоперационного периода. Перед выпиской родильнице должно быть проведено УЗИ.

Лекарственная терапия после операции кесарева сечения включает антибиотики, анальгетики, инфузионную терапию, утеротоники и препараты для профилактики пареза кишечника.

*Антибактериальную терапию* проводят в течение 5-7 дней по нижеприведенным схемам.

Схема 1. Ампициллин (2 г внутривенно 2 раза в день в течение 3 дней, с последующим внутримышечным введением препарата) в сочетании с гентамицином (по 80 мг внутримышечно 3 раза в день).

Схема 2. Аугментин (ко-амоксиклав) (по 1,2 г внутривенно 2 раза в день в 200 мл изотонического раствора в течение 3 дней, с последующим пероральным приемом по 0,375 г 2-3 раза в день).

Схема 3. Цифран (100 мл 0,2 % раствора внутривенно капельно 1-2 раза в день в течение 3 дней, с последующим пероральным приемом по 0,25 г 2-4 раза в день).

Антибиотики рекомендуется сочетать с внутривенным введением метрогила (по 100 мл 2 раза в день в течение 3 дней).

*Инфузионную терапию* в объеме 1-1,2 л применяют в течение 3 дней с целью устранения гиповолемии, улучшения реологических свойств крови, коррекции гемодинамических показателей и метаболических нарушений. Введение альбумина и гемотрансфузию проводят при наличии показаний. Инфузионную терапию можно проводить по следующим схемам.

#### Схема 1

Раствор глюкозы (5 % 400 мл)  
Раствор аскорбиновой кислоты (5 % 5 мл)  
Раствор Рингера (400 мл)  
Мафусол (400 мл)  
Эуфиллин (2,4% 10 мл)

#### Схема 2

Изотонический раствор (0,9 % 400 мл)  
Плазма 200 мл  
Раствор глюкозы (5 % 400 мл)  
Раствор калия хлорида (4 % 200 мл)

*Обезболивание* проводится в первые 2—3 сут после операции по назначению анестезиолога.

*Профилактика субинволюции матки* включает локальную гипотермию (лед на низ живота 2-3 раза в день на 20-30 мин) и внутривенное капельное или внутримышечное введение окситоцина (1 мл 1-2 раза в день в течение 3-5 сут).

*Профилактику пареза кишечника* начинают на 2-е сутки после операции. Она включает внутривенное введение препаратов калия (100-200 мл 4 % раствора калия хлорида, 10-20 мл панангина), 40-50 мл 10% гипертонического раствора натрия хлорида и подкожное введение 1 мл 0,05 % раствора прозерина 2 раза в сутки. Через 30 мин после введения прозерина ставят гипертоническую клизму, на 3-й сутки - очистительную клизму.

С целью *повышения иммунитета* родильнице может быть назначен тактивин (0,01 % 1 мл) или интерферон (по 0,5 мл 2 раза в день эндоназально).

### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

Наиболее часто в послеродовом периоде наблюдаются осложнения со стороны молочных желез (лактостаз, мастит) и воспалительные заболевания матки.

#### **Лактостаз**

Диагностическими критериями лактостаза являются:



- боли, резкое нагрубание обоих молочных желез на 3-4-е сутки после родов, затрудненный отток молока при сохраненной лактационной функции;

- умеренная болезненность молочных желез при пальпации, отсутствие участков локального уплотнения и гиперемии кожи;

- удовлетворительное общее состояние роженицы, возможно кратковременное повышение температуры тела до 38 °С. При лактостазе показаны мероприятия, направленные на:

- активное кормление грудью ребенка, без ручного сцеживания молока (молокоотсос применяют в исключительных случаях);

- улучшение оттока молока;

- нормализацию выработки молока;

- профилактику мастита.

**Лечение** лактостаза должно быть комплексным и включать применение антибактериальных и дегидратационных средств, а также препаратов, улучшающих отток молока и нормализующих лактационную функцию. Лечебный эффект обычно проявляется на 2-3-е сутки.

*Антибиотики* (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины) применяют в течение 5 дней у рожениц из группы повышенного риска развития мастита. Лечение проводят по одной из схем.

Схема 1. Внутримышечное введение ампициллина (1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (80 мг 3 раза в день).

Схема 2. Цефазолин (внутривенно 1 г в 200 мл изотонического раствора в течение 2-3 дней в сочетании с внутримышечным введением 1 г препарата 2-3 раза в день).

*Дегидратационная терапия* направлена на снижение притока молока, снятие отека молочных ходов и включает:

- небольшое ограничение потребления жидкости (до 1—1,5 л);

- прием зуфиллина (по 1 таблетке 3 раза в день) или внутривенное введение 10 мл 2,4 % раствора зуфиллина;

- локальную гипотермию после кормления (лед к молочным железам на 20 мин).

*Улучшение оттока молока* достигается применением:

- но-шпы (внутримышечно 2 мл 2 % раствора за 20 мин до кормления грудью 2 раза в день);

- окситоцина (подкожно 0,5-1 мл 2-3 раза в день или эндоназально по 1-2 капли непосредственно перед кормлением грудью);

- воздействия ультразвуком на молочные железы.

*Нормализацию выработки молока* (при избыточной лактации) осуществляют с помощью:

- эндоназального электрофореза витамина В<sub>1</sub>;

- внутримышечного введения небольших доз эстрогенов;

- перорального приема бромкриптина (парлодела) по 1 таблетке в день в течение 3 дней (для подавления лактации - по 1 таблетке 2 раза в день в течение 10-14 дней).

### Лактационный мастит

Клиническая картина мастита и выраженность интоксикационного синдрома определяется стадией заболевания (серозный, инфильтративный, гнойный, флегмонозный, гангренозный).

Диагностическими критериями мастита являются:

- острое начало заболевания на 2-4-й неделе после родов;

- ухудшение общего состояния, подъем температуры тела до 38-39°С с ознобом;

- боли, появление локального уплотнения и покраснения одной из молочных желез;

- увеличение подмышечных лимфатических узлов на стороне поражения;

- лейкоцитоз, сдвиг формулы крови влево, повышенная СОЭ;

- патогенная флора при цитологическом и бактериологическом исследовании молока;

- сдвиг pH молока в щелочную сторону;

- наличие инфильтрата при УЗИ молочной железы. Лечение серозного и инфильтративного мастита начинают при появлении первых признаков заболевания. Длительность и объем терапии определяются стадией процесса, характером возбудителя и ответной реакцией организма на проводимое лечение. Применяют антибактериальные препараты, дезинтоксикационную терапию, иммунокоррекцию, нормализацию лактации, витаминотерапию, антигистаминные средства и антиоксиданты.

Антибактериальную терапию проводят по одной из следующих схем.

Схема 1. Внутримышечное введение ампиокса (по 1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (80 мг 3 раза в день).

Схема 2. Линкомицин (внутривенно капельно 1 мл 30% раствора в 200 мл изотонического раствора и внутримышечно по 1 мл 2 раза в день).

Схема 3. Цефазолин (1 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно 2 раза в день) в сочетании с внутримышечным введением гентамицина (80 мг 3 раза в день).

Схема 4. Аугментин (1,2 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно медленно 2 раза в сутки в течение 3 дней, с последующим приемом препарата по 0,125 мг 2-3 раза в день).

*Инфузионная терапия* проводится в объеме 1,2-1,5 л в течение 3 дней по одной из нижеуказанных схем.

Схема 1	Схема 2
Раствор Рингера (400 мл)	Раствор глюкозы (5 % 500 мл)
Раствор глюкозы (5 % 500 мл)	Гемодез (400 мл)
Раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)	Раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)
Эуфиллин (2,4 % 10 мл)	Эуфиллин (2,4 % 10 мл)

*Нормализация лактации* достигается частым кормлением грудью (без ручного сцеживания молока) и применением местной гипотермии (лед на молочную железу на 20-30 мин после кормления). При необходимости уменьшения лактации можно использовать парлодел по ранее приведенной схеме.

Для повышения *иммунологической резистентности организма* применяют:

- антистафилококковый гамма-глобулин (5 мл внутримышечно 3 раза через 1-2 дня);
- полиглобулин (3 мл внутримышечно через 1-2 дня);
- метилурацил (по 0,5 г 3 раза в день);
- пентоксил (по 0,025 г 3 раза в день);
- тактивин (внутримышечно 1 мл 0,01 % раствора 1 раз в день).

Ежедневно оценивают результаты проводимой терапии. При появлении у роженицы симптомов нагноения показано хирургическое лечение на фоне продолжающегося медикаментозного лечения.

### Послеродовой метроэндометрит

Метроэндометрит является самым частым гнойно-септическим послеродовым заболеванием, которое чаще протекает в легкой форме, но может иметь и тяжелое течение с развитием послеродового сепсиса. Метроэндометрит после операции кесарева сечения, как правило, протекает в тяжелой форме, с выраженной интоксикацией и парезом кишечника. Заболевание диагностируют на основании следующих данных (табл. 6):

- оценки общего состояния и степени выраженности интоксикационного синдрома;
- результатов обследования роженицы (термометрия каждые 3 ч, измерение АД не реже 2 раз в день, измерение суточного или

Таблица 6

#### Клинические и лабораторные критерии оценки степени тяжести метроэндометрита

Критерии оценки степени тяжести	Степень тяжести	
	легкая	тяжелая
Факторы риска развития гнойно-септических заболеваний	Могут иметь место	Заболевание чаще развивается на фоне осложненного течения беременности и родов
Появление клинических признаков заболевания	На 5-12-е сутки после родов	На 2-3-е сутки после родов
Состояние больной	Удовлетворительное	Средней тяжести или тяжелое
Симптомы общей интоксикации	Отсутствуют или слабо выражены	Выражены
Температура тела	Субфебрильная, возможно повышение до 38,5 °С, без ознобов	39 °С и выше, с ознобом
Кожные покровы, видимые слизистые оболочки	Обычной окраски	Гиперемированы или бледные
Язык	Чистый, влажный	Сухой, с белым налетом
Тахикардия	В пределах 90 уд/мин	Выражена, может наблюдаться брадикардия
Тахипноэ	Одышка отсутствует	Одышка
Живот	Мягкий, обычно безболезненный	Мягкий, болезненный в нижних отделах

Парез кишечника	Отсутствует	Может иметь место после операции кесарева сечения
Матка	Пальпируется увеличенная болезненная матка с нечеткими контурами, мягковатой или неоднородной консистенции, размеры не соответствуют дню послеродового периода (субинволюция)	
Лохии	Сукровичные или кровянистые, с примесью гноя	Гноевидные, с ихорозным запахом
Осмотр с помощью зеркал	Гноевидные выделения из цервикального канала; гнойный налет на швах влагалища и шейки матки	
Влагалищное исследование	Цервикальный канал проходим для пальца за область внутреннего зева. Матка увеличена, мягковатой или неоднородной консистенции, не соответствует темпам ее инволюции после родов. Немного болезненна при пальпации; придатки не определяются, своды свободны	Цервикальный канал проходим для пальца за область внутреннего зева. Матка увеличена, мягковатой или неоднородной консистенции. не соответствует темпам ее инволюции после родов, резко болезненна при пальпации, параметрии инфильтрированы, придатки матки могут быть увеличены и болезненны
Данные УЗИ	Матка неоднородной эхоструктуры, обычно увеличена, полость ее расширена и содержит гиперэхогенные включения на всем протяжении и жидкость	
Динамика заболевания на фоне лечения	Состояние родильницы улучшается на 2-3-й день	Симптомы исчезают постепенно, в течение 5-7 дней
Анемия	Легкой степени	Тяжелой степени
Лейкоцитоз	До 9,0-12,0-109/л	14,0-30,0 109/л
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево	Незначительный	Выраженный
Токсическая зернистость нейтрофилов	Отсутствует	Имеет место
СОЭ	Повышена	Резко повышена
Протеинограмма	Содержание общего белка в границах нормы или немного снижено	Гипопротеинемия и диспротеинемия
Коагулограмма	Тенденция к гиперкоагуляции	Гиперкоагуляция, возможно снижение уровня фибриногена

почасового диуреза, клинический и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, бактериологические посевы крови, мочи, грудного молока, содержимого цервикального канала и носоглотки, коагулограмма, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопия органов грудной клетки, ЭКГ).

Основное место в лечении послеродового метроэндометрита занимает антибактериальная и дезинтоксикационная терапия; оно также должно включать витамины, спазмолитики, антигистаминные средства, иммуномодуляторы, антиоксиданты, препараты для коррекции системы гемостаза и физиотерапевтические методы - местную гипотермию, электрофорез сернокислой магнезии или сернокислого цинка (7-12 процедур). Длительность терапии зависит от степени тяжести заболевания и составляет при легкой форме 7-10 дней, при тяжелой форме - не менее 14 дней.

#### *Антибактериальная терапия*

На фоне проведения антибактериальной терапии обязательен прием противогрибковых препаратов (нистатин по 500 000 ЕД 4 раза в день, дифлюкан по 1 капсуле в день) и зубиотиков после окончания курса лечения антибиотиками.

Лечение легкой степени метроэндометриоза проводят по одной из нижеприведенных схем.

Схема 1. Ампициллин (внутривенно 2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день и внутримышечно по 1 г 4 раза в день) в сочетании с гентамицином (по 0,08 г 3 раза в день).

Схема 2. Цефамезин (внутривенно 2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день и внутримышечно по 1 г 2 раза в день) в сочетании с гентамицином (по 0,08 г 3 раза в день).

Схема 3. Аугментин (внутривенно 1,2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день) в сочетании с метрогилом (100 мл внутривенно капельно).

При лечении *тяжелой формы* метроэнцефалита применяют одну из следующих схем.

#### Схема 1.

Метрогил (100 мл 2 раза в день внутривенно)

Карбенициллина динатриевая соль (2 г в 200 мл изотонического раствора 2 раза в день внутривенно и по 2 г 2 раза в день внутримышечно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно).

#### Схема 2.

Метрогил (100 мл 2 раза в день внутривенно)

Диоксидин (60 мл 10 % раствора внутривенно)

Зинацеф (1,5 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно)

#### Схема 3.

Метрогил (100 мл внутривенно)

Аугментин (1,2 г в 200 мл изотонического раствора внутривенно и через 8 ч 0,6 г внутривенно струйно)

#### Схема 4.

Тиенам (0,5 г в 200 мл изотонического раствора 3 раза в день внутривенно)

Гентамицин (по 0,08 г 3 раза в день внутримышечно)

После окончания парентерального введения антибиотиков показан пероральный прием препаратов в течение 7 дней - ципрофлоксацина (по 0,5 г 2 раза в день) или препаратов из группы антибиотиков-макролидов (макропен, клацид, рулид).

#### *Дезинтоксикационная терапия*

Инфузионно-трансфузионная терапия при легкой степени метроэнцефалита проводится в объеме 1—1,5 л в сутки в течение 5—7 дней, при тяжелой форме - в объеме не менее 2-2,5 л в сутки в течение 7-10 дней с введением растворов 2 раза в сутки.

При *легкой степени* заболевания вводят:

- изотонический раствор натрия хлорида (0,9 % 400 мл);
- раствор глюкозы (5 % 500 мл);
- аскорбиновую кислоту (5 % 5 мл);
- витамин В<sub>1</sub> (5 % 1 мл);
- раствор кальция хлорида (1 % 200 мл);
- раствор «Трисоль» (400 мл).

При *тяжелой степени* метроэнцефалита вводят:

- изотонический раствор (0,9 % 400 мл);
- раствор глюкозы (5 % 500 мл);
- раствор «Ацесоль» (400 мл);
- гемодез (400 мл);
- раствор кальция хлорида (1 % 200 мл)
- аскорбиновую кислоту (5 % 5 мл);
- витамин В<sub>1</sub> (5 % 1 мл);
- эуфиллин (2,4 % 10 мл).

По показаниям применяют плазму крови (200 мл), альбумин (10 % 100 мл) и гемотрансфузию.

### **РЕАНИМАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ НОВОРОЖДЕННОМУ**

Реанимацию новорожденного осуществляют в родильном зале или в операционной. Объем реанимационных мероприятий зависит от состояния новорожденного, которое оценивают сразу после его рождения на основании 4 признаков живорожденности: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины, двигательная активность. При отсутствии всех этих признаков ребенок считается мертворожденным. При наличии хотя бы одного из указанных признаков ребенку необходима реанимационная помощь.

Объем и последовательность реанимационных мероприятий зависят от степени выраженности трех основных признаков, характеризующих состояние жизненно важных функций новорожденного, - самостоятельного дыхания, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и цвета кожных покровов.

При оказании реанимационной помощи ребенку врач должен соблюдать принцип «терапия -

шаг за шагом».

**1-й этап реанимации** новорожденного (шаг А, по первой букве английского слова *airways* - *дыхательные пути*) - восстановление свободной проходимости дыхательных путей и тактильная стимуляция дыхания.

Продолжительность этого шага составляет 20-25 с.

Действия врача на этом этапе следующие:

- отсасывание содержимого ротоглотки при появлении головы ребенка в родовых путях или сразу после рождения;

- отделение ребенка от матери, не дожидаясь прекращения пульсации пуповины;

- укладывание ребенка под источник лучистого тепла;

- обтирание ребенка теплой стерильной пеленкой;

- отсасывание содержимого ротоглотки, а при наличии мекония в околоплодных водах - санация гортани и трахеи ребенка под контролем прямой ларингоскопии;

- тактильная стимуляция дыхания (1-2 щелчка по пятке) при отсутствии самостоятельного дыхания после санации верхних дыхательных путей ребенка.

Дальнейшая тактика врача зависит от состояния новорожденного. При появлении у ребенка адекватного дыхания, ЧСС более 100 уд/мин и розовых кожных покровов реанимационные мероприятия прекращают, устанавливают за ним постоянное врачебное наблюдение, вводят парентерально витамин К, прикладывают к груди матери.

В случае неэффективности реанимации (нерегулярное, поверхностное дыхание, ЧСС менее 100 уд/мин, цианоз и бледность кожных покровов) переходят ко 2-му этапу реанимации.

**2-й этап реанимации** новорожденного (шаг В, по первой букве английского слова *breath* - *дыхание*) - восстановление адекватного дыхания путем проведения вспомогательной или искусственной вентиляции легких.

Продолжительность шага В составляет 20-30 с.

Врач начинает свои действия с подачи новорожденному 60 % кислородно-воздушной смеси с помощью маски и саморасправляющегося мешка (частота дыхания 40 в минуту - 10 вдохов в течение 15 с). При неэффективности масочной ИВЛ приступают к эндотрахеальной интубации.

При наличии медикаментозной кардиореспираторной депрессии одновременно с ИВЛ для стимуляции дыхания ребенка в сосуды пуповины вводят налорфин (0,01 мг/кг массы тела) или этимизол (1 мг/кг массы тела).

Дальнейшая тактика врача зависит от эффективности данного этапа реанимации. При ЧСС от 80 до 100 уд/мин продолжают ИВЛ до получения ЧСС 100 уд/мин и более. При цианозе используют 100% кислород. При ЧСС менее 80 уд/мин ИВЛ следует продолжить и начать 3-й этап реанимации.

**3-й этап реанимации** новорожденного (шаг С, по первой букве английского слова *cor* — *сердце*) — восстановление и поддержание сердечной деятельности и гемодинамики. Врач продолжает ИВЛ с использованием 100 % кислорода и одновременно проводит наружный массаж сердца в течение 20-30 с.

Техника наружного массажа сердца состоит в ритмичном надавливании пальцами (указательным и средним или большими пальцами, обхватив руками грудную клетку ребенка) на нижнюю треть грудины (чуть ниже уровня сосков) на глубину 1,5-2 см со средней частотой 120 сжатий в минуту (2 сжатия в секунду).

Дальнейшая тактика врача зависит от результатов проведенных мероприятий. Если у ребенка ЧСС повысилась до 80 уд/мин и более массаж сердца прекращают, но ИВЛ продолжают до восстановления адекватного самостоятельного дыхания.

При сохранении у новорожденного ЧСС менее 80 уд/мин или отсутствии сердцебиения в сочетании с цианозом или бледностью кожных покровов продолжают ИВЛ и массаж сердца в течение 60 с и начинают медикаментозную стимуляцию сердечной деятельности (0,1 мл на 1 кг массы тела 0,01 % раствора адреналина эндотрахеально или в вену пуповины).

В случае, если через 30 с после введения адреналина ЧСС увеличилась до 100 уд/мин, массаж сердца прекращают, ИВЛ продолжают до восстановления у новорожденного адекватного самостоятельного дыхания.

При неэффективном действии адреналина (ЧСС менее 80 уд/мин) продолжают ИВЛ и массаж сердца, повторно вводят адреналин (при необходимости - каждые 5 мин). Если состояние новорожденного улучшается (ЧСС более 80 уд/мин), то массаж сердца прекращают, ИВЛ продолжают до восстановления адекватного самостоятельного дыхания, а если не улучшается (ЧСС менее 80 уд/мин), то ИВЛ и массаж сердца продолжают, снова вводят адреналин и по показаниям - один из растворов для восполнения объема циркулирующей крови.

Реанимационные мероприятия прекращают после восстановления у ребенка адекватного

дыхания и стабильной гемодинамики. Если в течение 20 мин после рождения на фоне адекватной терапии у ребенка не восстанавливается сердечная деятельность, дальнейшую реанимацию не проводят.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

*Абрамченко В.В., Киселев А.Г., Орлова О.О., Абдулаев Д.Н.* Ведение беременности и родов высокого риска. - СПб, 1995.

*Айламазян Э.К.* Акушерство: Учебник. - СПб, 1997. - 496 с.

Акушерство и гинекология: Руководство для врачей и студентов/ Пер. с англ. - М.: Медицина. 1997.

*Ариас Ф.* Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицина, 1989.

*Зильбер А.П., Шифман Е.М.* Акушерство глазами анестезиолога. Петрозаводск. 1997. - 396 с.

*Малиновский М.С.* Оперативное акушерство. - М., 1974.

*Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинова Н.Г.* Плацентарная недостаточность. - М.: Медицина, 1991. - 276 с.

*Серое В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.* Практическое акушерство: Руководство для врачей. М., 1989.

*Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г.Ю.* Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. - Киев Здоровье, 1990. - 272 с.

*Ретина М.А.* Разрыв матки. - Л.: Медицина, 1984. - 203 с.

*Ретина М.А.* Ошибки в акушерской практике. - Л. Медицина, 1988. - 248 с.

*Чернуха Е.А.* Родовой блок. - М., 1991.

*Яковлев П.П.* Неотложная помощь при акушерской патологии. - Л., 1965.

---

## Раздел 2. ГИНЕКОЛОГИЯ

---

### ДИАГНОСТИКА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

При обследовании больной необходимо соблюдать определенную последовательность действий:

- выяснение жалоб больной;
- сбор анамнеза (перенесенные заболевания, соматическая патология, аллергические реакции, акушерско-гинекологический анамнез, течение и лечение гинекологических заболеваний);
- общий осмотр больной;
- специальное гинекологическое исследование.

Специальное гинекологическое исследование проводят в 4 этапа: осмотр наружных половых органов, осмотр с помощью зеркал, бимануальное и ректовагинальное исследования.

**Осмотр наружных половых органов** позволяет оценить:

- характер оволосения (женский, мужской, смешанный);
- степень развития наружных половых органов (развиты, гипопластичны, гипертрофированы);
- воспалительные изменения наружных гениталий, уретры и области ануса;
- состояние девственной плевы (нарушена, не нарушена, заращение);
- состояние внутренней поверхности бедер (гиперемия, пигментация, оволосение, кондиломы);
- состояние больших и малых половых губ (величина, гиперемия, отек, кондиломы, степень смыкания половой щели);
- состояние промежности (рубцы);
- состояние области заднего прохода (геморроидальные узлы, кондиломы);
- состояние преддверия влагалища при разведении половых губ

I и II пальцами левой руки (цвет и состояние слизистой оболочки малых половых губ).

**Осмотр с помощью зеркал.** Используют зеркала Куско или ложкообразные зеркала с подъемником. Перед введением зеркала во влагалище разводят малые половые губы I и II пальцами левой руки. Створчатое зеркало вводят сомкнутым до сводов влагалища, а затем раскрывают его, обнажая шейку матки.

Ложкообразное зеркало вводят по задней стенке влагалища, отесняя промежность. Введенным подъемником приподнимают переднюю стенку влагалища, осматривают шейку матки и своды влагалища. При этом обращают внимание на цвет слизистой оболочки влагалища, на величину, форму, положение и состояние шейки матки, на форму и состояние наружного зева, на выделения из цервикального канала.

При осмотре с помощью зеркал оценивают:

- емкость влагалища;
- состояние слизистой оболочки влагалища, выраженность складчатости, цвет, воспалительные изменения, характер выделений, наличие кондилом, перегородки и др.;
- форму шейки матки (коническая - у нерожавших, цилиндрическая - у рожавших женщин, бочкообразная - при шеечной беременности и эндофитной форме рака шейки матки);
- рубцовую деформацию шейки матки;
- состояние наружного зева (округлой формы - у нерожавших, щелевидной - у рожавших);
- характер выделений из цервикального канала;
- состояние слизистой оболочки влагалищной части шейки матки (неизмененный эпителий, псевдоэрозия, эрозированный эктропион, полип, экзофитные разрастания).

**Бимануальное исследование.** Во влагалище вводят II и III пальцы правой руки, заводят их в задний свод, а левой рукой пальпируют брюшную стенку.

Пальпируя шейку матки, определяют ее положение, форму, величину, наружный зев и его проходимость, проходимость цервикального канала, пальпируя матку - ее положение, величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность.

Перемещая пальцы в боковые своды влагалища, пальпируют придатки матки, определяют их форму, консистенцию, размеры, болезненность, подвижность. Неизменные трубы и яичники



при пальпации не определяются.

Исследуют состояние сводов влагалища (наличие инфильтратов, их консистенция, болезненность, расположение по отношению к костям таза).

**Ректовагинальное исследование** проводят при подозрении на наличие патологических процессов в стенке влагалища, параметрии, прямой кишке или прямокишечно-вагинальной перегородке, после реконструктивно-восстановительных операций на мочеполовых органах. Для этого в прямую кишку вводят средний палец правой руки, а во влагалище - указательный палец и пальпируют органы малого таза через брюшную стенку, оценивая состояние матки и придатков, сводов влагалища.

### Гинекологические методы исследования

Бактериоскопическое и бактериологическое исследования проводят у больных воспалительными заболеваниями гениталий, при невынашивании беременности, бесплодии, подготовке к гинекологическим операциям.

*Взятие мазков для определения вагинальной флоры (трихомонады, гонококки и др.)*

Цель исследования: выявить возбудителя заболевания.

Показания: проводят всем женщинам, обратившимся за гинекологической помощью.

Шейку матки обнажают с помощью зеркал. Ложечкой Фолькмана берут соскоб из цервикального канала и наносят его на предметное стекло, другой стороной ложечки Фолькмана берут материал из уретры.

Показатели бактериоскопического исследования вагинальных белей в зависимости от степени чистоты влагалища приведены в табл. 7.

Таблица 7

### Критерии оценки степени чистоты влагалища

Показатели микробиоценоза влагалища	Степень чистоты влагалища			
	1-я	2-я	3-я	4-я
Палочки Додерлейна	+++	++	+	—
<i>Cornu vanabile</i>	—	—	++	++
Грамотрицательные палочки и/или кокки	—	—	++	++
Анаэробы, стрептококки, коли-бациллы, трихомонады	—	—	+/-	+++
Лейкоциты	—	+	++	+++
Эпителиальные клетки	Единичные	+	+	++

*Взятие мазков для определения скрытой инфекции (хламидии, микопlasма, уреаплазма, гарднереллы, вирусы)*

Показания: подозрение на наличие скрытой инфекции, привычное невынашивание беременности, бесплодие, воспалительные заболевания гениталий.

Шейку матки обнажают с помощью зеркал. Берут соскоб из цервикального канала и уретры ложечкой Фолькмана, помещают в контейнер с питательной средой для проведения специфических реакций.

*Взятие мазков для цитологического исследования на наличие атипических клеток и определения гормонального фона*

Цель исследования: ранняя диагностика злокачественных заболеваний и гормональных нарушений.

Показания к проведению исследования на наличие атипических клеток: скрининг всех женщин старше 20 лет при диспансеризации, нарушения менструального цикла, подозрение на атипический процесс, наличие патологического процесса в шейке матки и влагалище.

Шейку обнажают с помощью зеркал. Мазки берут из цервикального канала, со слизистой оболочки шейки матки и влагалища.

Оценку результатов цитологического исследования проводят по методу Папаниколау:

I и II степени - отсутствие признаков злокачественного роста;

III степень - подозрение на злокачественные изменения;

IV и V степени - наличие признаков злокачественного роста;

A - пациентка не подлежит специальному наблюдению, B - повторить исследование, В - нуждается в углубленном обследовании.

Показаниями к взятию мазков с целью определения гормонального фона являются: нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание беременности, угроза прерывания беременности (оценивают в динамике степень выраженности и угрозы).

Материал берут шпателем из заднебокового свода влагалища и наносят на предметное стекло. Исследование выполняют в первую фазу цикла на 7, 10, 14-й день, во вторую фазу - на 17, 22, 25-й день с оценкой индекса созревания, кариопикнотического и эозинофильного индексов.

### Диагностические операции

#### *Взятие аспирата из полости матки*

Цель исследования: цитологическая диагностика процессов в эндометрии.

Показаниями к взятию аспирата являются: нарушения менструального цикла, миома матки, эндометриоз матки, опухоли яичников, гиперпластические процессы в эндометрии, контроль эффективности гормонотерапии, бесплодие, подозрение на злокачественный процесс в эндометрии.

Последовательность действий врача при взятии аспирата из полости матки:

- бимануальное исследование;
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы;
- измерение зондом длины полости матки;
- введение шприца Брауна в полость матки и взятие аспирата;
- удаление инструментов и обработка йодонатом наружных половых органов.

Взятый из полости матки аспират направляют на цитологическое исследование.

#### *Пункция брюшной полости через задний свод влагалища*

Метод применяют для диагностики внематочной беременности, апоплексии яичника, воспалительных процессов в малом тазу. Пункция позволяет подтвердить наличие асцитической жидкости в брюшной полости при злокачественных опухолях яичников и маточных труб. Пунктат подвергают цитологическому исследованию на атипические клетки.

Техника операции. Во влагалище вводят влагалищное зеркало. Заднюю губу шейки матки берут на пулевые щипцы и подтягивают к лону. При этом задний свод влагалища растягивается. В центр растянутого влагалищного свода перпендикулярно его поверхности вводят длинную иглу диаметром не более 2 мм и продвигают ее на 1—1,5 см в брюшную полость для получения пунктата. Затем удаляют инструменты и обрабатывают влагалище йодонатом.

Результат пункции оценивают следующим образом. Наличие в шприце крови свидетельствует о нарушении внематочной беременности или апоплексии яичника; наличие гнойного содержимого - о воспалительном процессе в придатках матки, разрыве пиовара, пиосальпинкса; наличие серозной жидкости — о возможном воспалительном процессе в малом тазу, разрыве кисты, апоплексии яичника, синдроме овуляции.

При асците цитологическое исследование пунктата проводят для уточнения генеза опухоли.

#### *Раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки*

Цель операции: остановка маточного кровотечения и диагностика морфологических изменений эндометрия.

Показания: нарушения менструального цикла, миома матки, эндометриоз матки, опухоли яичников, гиперпластические процессы в эндометрии, с целью контроля эффективности гормонотерапии, бесплодие, подозрение на злокачественный процесс в эндометрии.

Последовательность действий врача при выполнении операции:

- бимануальное исследование (для определения положения и размеров матки);
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы;
- измерение зондом длины полости матки;
- расширение цервикального канала расширителями Гегара (до № 10);
- выскабливание полости матки кюретками № 4-6 (передняя и задняя стенки матки, ее дно и трубные углы);
- удаление инструментов и обработка йодонатом наружных половых органов.

Соскоб направляют на гистологическое исследование.

## Эндоскопические методы исследования

### Кольпоскопия

Кольпоскопия позволяет провести детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы. В конструкцию кольпоскопа входит оптическая система линз с фокусным расстоянием 25-28 см и сменными окулярами, обеспечивающими увеличение в 6-28 раз.

Различают 3 вида кольпоскопических исследований.

1. Простая кольпоскопия. Проводят осмотр влагалищной части шейки матки, имеющий ориентировочный характер. Определяют форму и величину наружного зева, цвет, рельеф слизистой оболочки, границу плоского эпителия, покрывающего шейку, и цилиндрического эпителия цервикального канала.

2. Расширенная кольпоскопия. Осмотр проводят после обработки шейки матки 3 % раствором уксусной кислоты, которая вызывает кратковременный отек эпителия, набухание шиловидного слоя, сокращение подэпителиальных сосудов и уменьшение кровоснабжения. Действие уксусной кислоты продолжается в течение 4 мин. После изучения кольпоскопической картины шейки матки, обработанной уксусной кислотой, выполняют пробу Шиллера - смазывание шейки матки ватным тампоном, смоченным 3 % раствором Люголя. Йод, содержащийся в растворе, окрашивает в темно-коричневый цвет гликоген в клетках здорового, неизмененного плоского эпителия шейки матки. Источенные клетки (атрофические возрастные изменения) и патологически измененные клетки при различных дисплазиях эпителия бедны гликогеном и не окрашиваются. Таким образом выявляют зоны патологически измененного эпителия и обозначают участки для биопсии шейки матки.

3. Кольпомикроскопия. Исследование позволяет определить состояние эпителия влагалищной части шейки матки (эктоцервикса) при 170-кратном увеличении и строение эпителия цервикального канала (эндоцервикса) при 90-кратном увеличении

### Гистероскопия

Показаниями к проведению гистероскопии являются циклического и ациклического характера маточные кровотечения у женщин любого возраста, клиническая картина которых и данные анамнеза позволяют заподозрить внутриматочную патологию: миому матки с субмукозным расположением узла, полипы, аденомиоз и рак эндометрия, а также инородное тело в полости матки (обрывки ВМК - внутриматочного контрацептива).

Противопоказания: беременность, воспалительные процессы в органах малого таза.

Последовательность действий врача при выполнении гистероскопии:

- бимануальное исследование (для определения положения и размеров матки);
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы;
- измерение зондом длины полости Матки;
- расширение цервикального канала расширителями Гегара (до № 12);
- исследование полости матки гистероскопом;
- удаление инструментов и обработка йодонатом наружных половых органов.

### Лапароскопия

Показаниями к проведению *плановой лапароскопии* являются:

- определение проходимости маточных труб и выявление уровня окклюзии (проводится одновременно с хромопертубацией);

- поликистозные яичники;
- аномалии развития матки;
- синдром тазовых болей;
- бесплодие (при доказанных овуляторных циклах и проходимости маточных труб).

При лапароскопическом оперативном вмешательстве выполняют:

- коагуляцию очагов эндометриоза;
- клиновидную резекцию поликистозных яичников;
- коагуляцию и каутеризацию поликистозных яичников;
- разделение спаек при хронических сальпингитах без нарушения проходимости маточных труб;

- клеммирование, перевязку или рассечение маточных труб с контрацептивной целью.

Показаниями к *экстренной лапароскопии* являются необходимость дифференциального

диагноза между хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и гинекологическими заболеваниями, неясность клинической картины заболевания, а именно:

- дифференциальная диагностика между острым аднекситом и аппендицитом;
- подозрение на разрыв или микроперфорацию пиосальпинкса;
- дифференциальная диагностика между воспалением придатков матки и прогрессирующей или прервавшейся по типу трубного аборта внематочной беременностью или апоплексией яичника.

Противопоказаниями к проведению лапароскопии являются:

- сердечная или легочная патология в стадии декомпенсации;
- инфекционные заболевания, включая ангину и грипп;
- тяжелый гепатит, декомпенсированный сахарный диабет;
- нарушение свертывающей системы крови (геморрагические диатезы);
- повторные лапароскопии в анамнезе при наличии указаний на осложненный послеоперационный период (перитонит);
- грыжи (пупочная, диафрагмальная, послеоперационная).

Все противопоказания к проведению экстренной лапароскопии являются относительными.

Техника операции. Под эндотрахеальным наркозом входят в брюшную полость в типичных для лапароскопии точках. Осмотр органов малого таза и брюшной полости проводят на фоне пневмоперитонеума. В брюшную полость вводят CO<sub>2</sub>, NO<sub>2</sub>, кислород или воздух. Далее операцию продолжают в зависимости от имеющейся патологии.

Осложнения при лапароскопии принято делить на тяжелые (ранение кишечника или внутрибрюшных сосудов) и легкие (подкожная эмфизема, ранение сосудов подкожной клетчатки).

При самом тщательном удалении воздуха (или газа) из брюшной полости, введенного при наложении пневмоперитонеума, над печенью остается воздух (или газ) в количестве 400-500 мл. Поэтому большинство женщин в 1-е сутки после лапароскопии отмечают тяжесть в области печени или боль в правом плече (так называемый френікус-симптом), которые самостоятельно проходят на 2-е сутки.

#### *Ультразвуковое исследование*

УЗИ - это неинвазивный инструментальный метод исследования. Показаниями к его проведению являются:

- патологический процесс в паренхиматозных органах (матка и ее придатки) - миома матки, определение размеров, расположения и состояния миоматозных узлов, аденомиоз матки, кисты и кистомы яичников, установление характера внутреннего содержимого опухолей яичников, определение их размеров и состояния капсулы, склерокистозные изменения в яичниках;
- гнойные процессы в придатках матки (пиовар, пиосальпинкс);
- гидросальпинкс;
- контроль за ростом фолликулов и овуляцией у женщин, страдающих бесплодием;
- поликистоз яичников, ретенционные кисты яичников, опухоли яичников;
- гиперпластические процессы и полипы эндометрия, опухоли эндометрия;
- аномалии развития полового аппарата (двойная, двурогая, седловидная матка, ее отсутствие);
- наличие и расположение ВМК в полости матки;
- маточная и внематочная беременность;
- контроль за эффективностью гормонотерапии гиперпластических процессов в эндометрии.

Противопоказаний к проведению УЗИ не имеется.

Техника исследования. При заполненном мочевом пузыре проводят исследование с помощью ультразвукового аппарата. Можно использовать и влагалищный датчик.

#### **Рентгенологические методы исследования**

Обзорный снимок черепа, снимок области турецкого седла выполняют при гиперпролактинемии для исключения опухоли гипофиза.

#### *Гистеросальпингография*

Показания: бесплодие (трубно-перитонеальная форма), туберкулез гениталий, подозрение на субмукозную форму миомы матки, полипоз эндометрия, рак эндометрия, аденомиоз, синехии полости матки, трубная беременность, пороки развития полового аппарата, истмико-цервикальная недостаточность, маточная форма аменореи.

Противопоказаниями к проведению гистеросальпингографии являются: острый и подострый

воспалительные процессы гениталий, обострение хронического сальпингоофорита, общие инфекционные заболевания, тубоовариальные образования, маточное кровотечение.

Последовательность действий врача при выполнении гистеросальпингографии

- бимануальное исследование;
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- обнажение шейки матки с помощью зеркал;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы;
- измерение зондом длины полости матки;
- введение в полость матки с помощью гистерографа контрастного водорастворимого вещества.

## **ПЛАНЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Обследование больной проводят по определенному плану, который зависит от имеющейся у нее патологии.

### **Нарушения менструальной функции**

#### *Аменорея и гипоменструальный синдром*

Цель исследования: определение уровня поражения и степени тяжести заболевания.

Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- гинекологическое исследование;
- общеклиническое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- тесты функциональной диагностики;
- исследование крови на содержание гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрогены, прогестерон, тестостерон, кортизол);
- исследование мочи на содержание 17-КС и 17-ОКС;
- рентгенографию области турецкого седла, КТ, ЯМРТ;
- осмотр окулистом (цветовые поля зрения);
- гормональные пробы с прогестероном, эстрогенами в сочетании с прогестероном, дексаметазоном, кломифеном;
- медико-генетическое консультирование (определение кариотипа и полового хроматина);
- гистероскопию;
- диагностическое выскабливание полости матки;
- гистеросальпингографию;
- лапароскопию.

#### *Дисфункциональные маточные кровотечения*

Цель исследования: выяснение причины дисфункционального маточного кровотечения (ДМК) и исключение органической патологии.

Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- общеклиническое исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- тесты функциональной диагностики;
- исследование крови на содержание гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрогены, прогестерон, тестостерон, кортизол);
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала;
- гистероскопию;
- лапароскопию.

### **Воспалительные заболевания придатков матки**

Цель исследования: выявить локализацию и возбудителей воспалительного процесса гениталий, определить степень его тяжести. Исследование включает:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- общеклиническое исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- бактериоскопическое и бактериологическое исследования;
- исследование на скрытые инфекции.

#### **Фоновые и предраковые заболевания шейки матки**

Цель исследования: исключить злокачественное заболевание шейки матки. Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- осмотр шейки матки с помощью зеркал;
- бимануальное исследование;
- цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки;
- исследование на скрытые инфекции, включая герпетические и папилломавирусные инфекции;
- кольпоскопия простая и расширенная
- проба Шиллера;
- кольпомикроскопия;
- прицельная биопсия;
- выскабливание цервикального канала и гистологическое исследование соскоба.

#### **Гиперпластические процессы в эндометрии**

Цель исследования: исключить злокачественное заболевание эндометрия, оценить эффективность гормонотерапии. Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- общеклиническое исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- тесты функциональной диагностики;
- исследование крови на содержание гормонов (ЛГ, ФСГ, пролактин, эстрадиол, прогестерон);
- взятие аспирата из полости матки;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистологическое исследование соскобов;
- гистеросальпингографию;
- гистероскопию.

#### **Миома матки**

Цель исследования: установить размеры опухоли, форму, локализацию узлов, состояние эндометрия, сопутствующую патологию, степень тяжести анемии.

Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- общеклиническое исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- тесты функциональной диагностики;
- исследование крови на содержание гормонов;
- взятие аспирата из полости матки;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистологическое исследование соскобов;
- гистеросальпингографию;
- гистероскопию.

## **Рак шейки матки**

Цель исследования: диагностировать опухоль шейки матки, определить ее локализацию, связь с органами брюшной полости, стадию процесса.

Исследование включает:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- осмотр шейки матки с помощью зеркал;
- бимануальное ректовагинальное исследование;
- цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки;
- исследование на наличие герпетических и папилломавирусных инфекций;
- кольпоскопию простую и расширенную;
- пробу Шиллера;
- кольпомикроскопию;
- цервикоскопию;
- прицельную биопсию с гистологическим исследованием;
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистологическое исследование соскобов.

## **Рак эндометрия**

Цель исследования: диагностировать опухоль эндометрия, определить ее локализацию, связь с органами брюшной полости и стадию процесса.

Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- исследование крови с применением опухолевых маркеров (СЕА - раково-эмбриональный антиген, АФР - альфа-фетопротеин);
- взятие аспирата из полости матки;
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки;
- гистеросальпингографию;
- гистероскопию;
- КТ, ЯМРТ.

## **Опухоли яичников**

Цель исследования: диагностировать опухоль яичника, определить ее локализацию, связь с органами брюшной полости и стадию процесса.

Проводят:

- оценку жалоб больной;
- сбор анамнеза;
- объективное исследование;
- общеклиническое исследование;
- гинекологическое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- исследование смывов из дугласова пространства;
- пункцию опухоли яичника под контролем УЗИ и цитологическое исследование пунктата;
- фиброгастроскопию;
- ирригоскопию и ректороманоскопию;
- исследование крови с использованием опухолевых маркеров (СА-125, АФР);
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки или взятие аспирата из полости матки;
- лимфографию при установленном раке яичников;
- КТ, ЯМРТ;
- лапароскопию.

## **ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ ПРИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

### **Воспалительные заболевания гениталий**

Клиническими критериями диагностики воспалительных заболеваний нижнего отдела

**гениталий** - вульвита, кольпита, вагиноза, эндоцервицита, кондилом, абсцесса большой железы преддверия влагалища (бартолиновой железы) являются жалобы больных на боли, бели, зуд, чувство жжения в половых органах. Симптомы интоксикации отсутствуют (за исключением абсцесса бартолиновой железы).

При гинекологическом осмотре выявляют гиперемию, отек, патологический характер выделений. Увеличение и резкая болезненность бартолиновой железы наблюдается при бартолините.

Лабораторные критерии диагностики. Изменения в крови, свидетельствующие о воспалительном процессе, незначительные или отсутствуют; при абсцессе бартолиновой железы они более выражены.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях выявляют возбудителя заболевания.

*Схема лечения вульвита, кольпита, эндоцервицита,  
абсцесса бартолиновой железы*

1. Общее лечение: направленная антибактериальная терапия (тетрациклин по 0,25 г 4 раза в сутки, доксициклин по 0,1 г 2 раза в день, эритромицин по 0,5 г 4 раза в день в течение 7 дней).

2. Местное лечение: вагинальные свечи (бетадин, полижинакс, тержинан, клион-Д), спринцевания и ванночки с антисептическими растворами фурацилина, перманганата калия, ромашки, череды, шалфея, лекарственные присыпки.

3. Лечение сопутствующих гинекологических заболеваний.

4. Обследование и лечение полового партнера.

5. Воздержание от полового контакта на протяжении всего периода лечения.

6. Вскрытие и дренирование абсцесса под внутривенным обезболиванием при абсцессе бартолиновой железы.

*Схема лечения трихомонадного кольпита*

1. Общее лечение: трихопол, метронидазол (5-10 г на курс) по 0,25 г 3 раза в сутки в течение 5-10 дней; тинидазол (4 таблетки в сутки, однократно); атрикан (по 0,25 г 2 раза в сутки в течение 4 дней).

2. Местное лечение: вагинальные свечи (клион-Д, канестен, кандид В-6, клотримазол).

3. Лечение сопутствующих гинекологических заболеваний.

4. Обследование и лечение партнера.

5. Воздержание от полового контакта на протяжении всего периода лечения.

6. Вскрытие и дренирование абсцесса под внутривенным обезболиванием при абсцессе бартолиновой железы.

Критерии излеченности:

- отсутствие жалоб и признаков воспаления при гинекологическом осмотре;

- отсутствие трихомонад в мазке на протяжении 3 менструальных циклов.

*Схема лечения кандидозного кольпита*

1. Этиопатогенетическая терапия: дифлюкан 150 мг однократно.

2. Местное лечение: интравагинальные свечи (клотримазол, кандибене, гино-дактарин, гино-травоген, пимафуцин по 1 свече в течение 3-7 дней).

3. Лечение гинекологических заболеваний.

4. Лечение экстрагенитальных заболеваний.

5. Лечение эндокринопатий.

6. Десенсибилизирующая терапия при появлении сенсibilизации.

7. Иммуномодулирующая терапия.

*Схема лечения бактериального вагиноза*

Общее лечение: метронидазол (трихопол) по 0,25 г 3 раза в день в течение 7 дней; клиндамицин по 0,3 г 3 раза в день в течение 7 дней.

Местное лечение: интравагинальные свечи с метронидазолом, крем «Далацин С» в течение 7 дней.

Критерии излеченности:

- отсутствие жалоб и признаков воспаления при гинекологическом осмотре;

- отрицательные результаты бактериоскопического и бактериологического исследований.



1. Противовирусная терапия: ацикловир по 200 мг 5 раз в день в течение 10 дней.
2. Иммуностимулирующая терапия: свечи «Виферон» интравагинально (по 1 свече 2 раза в день в течение 10 дней).
3. Удаление кондилом жидким азотом, препаратами кондилин, солкодерм.

Критерии излеченности:

- отсутствие жалоб, признаков воспаления и кондилом при гинекологическом осмотре;
- отрицательные результаты бактериоскопического исследования.

Клиническими критериями диагностики **воспалительных заболеваний верхнего отдела гениталий** специфической и неспецифической этиологии - эндометрита, метроэндометрита, параметрита и сальпингофорита являются:

- воспалительный процесс, который может локализоваться в матке и придатках, параметриях, брюшине малого таза;
- острый и обострение хронического процесса в матке и придатках.
- острые воспалительные заболевания придатков матки, осложненные пельвиоперитонитом;
- хронические воспалительные заболевания гениталий.

Жалобы больных: повышение температуры тела, ознобы, головная боль, недомогание, нарушение менструального цикла, бели, зуд, чувство жжения в половых органах, дизурические явления.

При пальпации живота наблюдаются болезненность в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины, свидетельствующие о пельвиоперитоните. При гинекологическом исследовании отмечаются гиперемия слизистой оболочки влагалища, отек, патологический характер выделений (при осмотре с помощью зеркал).

Бимануальное исследование позволяет определить:

- болезненную, мягкую, увеличенную в размерах матку (при эндометрите, метроэндометрите);
- болезненные, тестоватой консистенции, увеличенные в размерах придатки матки, возможно с формированием tuboовариального образования, ограниченно подвижного при воспалительном процессе в них;
- плотный, болезненный инфильтрат сбоку от матки, смещение шейки матки в противоположную сторону (при параметрите).

Лабораторные критерии диагностики. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение СОЭ и ЛИИ, диспротеинемия, гиперкоагуляция.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследованиях выявляют возбудителя заболевания.

УЗИ позволяет определить воспалительную опухоль в придатках матки.

*Схема лечения острого и обострения  
хронического процесса в матке и придатках*

1. Антибактериальная терапия:
  - пенициллин (по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно), полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин, ампиокс, азлоциллин по 0,5-1 г 4 раза в сутки внутримышечно) или цефалоспорины (цефамезин, кефзол, цефамандол, клафоран по 2 г внутривенно 2 раза в день или по 1 г внутримышечно 4 раза в день);
  - аминогликозиды (гентамицин по 80 мг 3 раза в день внутримышечно, сизомицин по 0,75 мл 2 раза в день, амикацин по 0,5 г 2 раза в день или тобрамицин по 80 мг 2 раза в день) в течение 7-10 дней;
  - метронидазол (метрогил) по 100 мл внутривенно капельно 2 раза в день.
2. Десенсибилизирующая терапия: димедрол, супрастин, пипольфен по 1-2 мл внутримышечно.
3. Инфузионная дезинтоксикационная терапия в объеме до 2 л в течение 5-7 дней:
  - гемодез в объеме 200-400 мл;
  - 500 мл 5 % раствора глюкозы, 6 ЕД инсулина, 5 мл 5 % раствора витамина С;
  - восстановление кислотно-основного равновесия и электролитного баланса (400 мл раствора Рингера - Локка или растворов «Ди-соль», «Лактосол», «Трисоль»; 200 мл 1 % раствора кальция хлорида).
4. Холод на низ живота с целью ограничения воспалительного процесса, уменьшения отека и болей в остром периоде заболевания.

*Схема лечения острого сальпингоофорита,  
осложненного пельвиоперитонитом*

1. Антибактериальная терапия:

- пенициллин (по 1 000 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно, по 5 000 000-10 000 000 ЕД внутривенно) или полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин, ампиокс по 1 г 4 раза внутримышечно) в течение 7-10 дней;

- аминогликозиды (гентамицин по 80 мг 3 раза в день внутримышечно, сизомицин по 0,75 мл 2 раза в день, амикацин по 0,5 г 2 раза в день или тобрамицин по 80 мг 2 раза в день) в течение 7 дней.

- метронидазол (метрогил) по 100 мл внутривенно капельно 2-3 раза в день в течение 5-7 дней.

2. Десенсибилизирующая терапия: димедрол, супрастин, пи-польфен по 1 —2 мл внутримышечно.

3. Инфузионная дезинтоксикационная терапия в объеме 2-2,5 л в течение 5-7 дней:

- гемодез в объеме 200-400 мл;

- 500 мл 5 % раствора глюкозы, 6 ЕД инсулина, 5 мл 5 % раствора витамина С;

- восстановление кислотно-основного равновесия и электролитного баланса (400 мл раствора Рингера - Локка или растворов «Ди-соль», «Лактосол», «Трисоль»; 200 мл 1 % раствора кальция хлорида).

4. Холод на низ живота с целью ограничения воспалительного процесса, уменьшения отека и болей.

Наблюдение в течение суток. При генерализации воспалительного процесса с развитием клиники диффузного перитонита показано оперативное лечение - лапаротомия в объеме санации, ревизии, дренирования брюшной полости и удаления источника инфекции. При эффективности консервативной терапии ее продолжают.

Длительность лечения зависит от выраженности воспалительного процесса, эффективности проводимой терапии и составляет от 7 до 14 дней. Затем назначают рассасывающую физиотерапию.

При tuboовариальных образованиях показано оперативное лечение. При пиосальпинксе проводят тубэктомия и дренирование брюшной полости, при пиоваре и сочетании пиовара с пиосальпинксом - аднексэктомия и дренирование брюшной полости, при tuboовариальном абсцессе - аднексэктомия и дренирование брюшной полости, при параметрите в стадии нагноения - пункцию и дренирование абсцесса через задний свод влагалища, при остром сальпингите, осложненном пельвиоперитонитом специфической (гонорейной) этиологии, - санацию, ревизию и дренирование брюшной полости.

Критерии излеченности:

- отсутствие жалоб и признаков воспаления при гинекологическом исследовании;

- нормализация показателей крови;

- отрицательные результаты бактериоскопического и бактериологического исследований;

- восстановление нормального менструального цикла при его нарушении;

- восстановление фертильности.

Клиническими критериями диагностики **хронических воспалительных заболеваний верхнего отдела гениталий** являются жалобы больных на боли различной степени выраженности, нарушение менструального цикла, бесплодие, патологические выделения.

При бимануальном исследовании определяют малоболлезненные, плотной консистенции, тяжистые, ограниченно подвижные придатки матки, а также их смещение.

Лабораторные критерии диагностики. Изменения в крови выражены слабо или отсутствуют.

При исследовании маточных труб (гистеросальпингографии) наблюдается их непроходимость, иногда сактосальпинкс.

При бактериоскопическом и бактериологическом исследовании выявляют возбудителя заболевания.

*Схема лечения хронического воспалительного процесса в матке и придатках*

1. Противовоспалительная, рассасывающая терапия:

- нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, ибупрофен по 0,25 г 2-3 раза в день в течение 7 дней);

- ректальные свечи с индометацином, диклофенаком натрия, свечи «Цефекон» (по 1 свече на ночь в течение 10 дней);

- ректальные микроклизмы с сернокислой магнезией, тиосульфатом натрия и др.;

- биостимуляторы (алоэ, ФиБС, гумизоль, стекловидное тело по 2 мл внутримышечно в течение 10 дней);

- витамины С, Е, группы В и др.

2. Физиотерапия: электрофорез растворов цинка, меди, йода, фонофорез растворов салицилатов, пеллоидодистиллята, димексида, биокортана, ультразвук с лидазой; индуктотерапия; эндоназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub> кальция хлорида.

3. Санаторно-курортное лечение (грязелечение, бальнеотерапия).

4. Иглорефлексотерапия.

5. Низко дозированные эстроген-гестагенные препараты (мерсилон, логест, фемоден) в контрацептивном режиме в течение 3-6 мес. при нарушении менструального цикла.

6. Лечение-диагностическая лапароскопия с целью восстановления проходимости маточных труб при трубно-перитонеальной форме бесплодия.

Критерии излеченности:

- отсутствие жалоб и признаков воспаления при гинекологическом исследовании;
- отрицательные результаты бактериоскопического и бактериологического исследований;
- восстановление двухфазного менструального цикла при его нарушении;
- восстановление проходимости маточных труб и фертильности.

### **Нарушения менструального цикла**

Клинические проявления нарушений менструального цикла:

- аменорея (отсутствие менструаций в течение 6 мес. и более);
- олигоменорея (интервал между менструациями более 35 дней);
- полименорея (интервал между менструациями менее 22 дней);
- гипоменорея (длительность менструации менее 3 дней);
- гиперменорея (длительность менструации более 7 дней);
- меноррагия (кровянистые выделения в течение 10-14 дней);
- метроррагия (маточное кровотечение);
- опсоменорея (интервал между менструациями более 35 дней и скудные кровянистые выделения).

Клиническими критериями диагностики аменореи и опсоменореи являются: гирсутизм, признаки вирилизации, нарушение жирового и/или углеводного обмена, невозможность половой жизни, бесплодие, лакторея и аменорея.

При гинекологическом осмотре отмечают недоразвитие вторичных половых признаков, гирсутизм, признаки вирилизации, увеличение клитора, заращение девственной плевы, полная или частичная перегородка влагалища.

При бимануальном исследовании выявляют гипоплазию внутренних половых органов или их отсутствие, двустороннее увеличение яичников, аномалии и пороки развития полового аппарата.

Лабораторные критерии диагностики аменореи направлены на выявление уровня поражения в системе регуляции менструального цикла и включают:

- общеклиническое исследование;
- УЗИ органов малого таза;
- тесты функциональной диагностики;
- исследование уровня гормонов (ФСГ, ЛГ, пролактин, эстрогены, прогестерон, тестостерон, кортизол);
- исследование мочи на содержание 17-КС и 17-ОКС;
- рентгенографию области турецкого седла;
- КТ, ЯМРТ;
- исследование цветовых полей зрения;
- гормональные пробы с прогестероном, эстрогенами в сочетании с прогестероном, дексаметазоном, кломифеном, гонадотропинами;
- определение кариотипа и показателя полового хроматина;
- гистероскопию;
- диагностическое выскабливание полости матки;
- гистеросальпингографию;
- лапароскопию.

*Схема лечения аменореи в зависимости от уровня поражения*

1. Аменорея центрального генеза (психогенная).

Лечение проводится совместно с психотерапевтом; направлено на устранение стрессорного фактора.

Показаны: витаминотерапия, физиотерапия, психотерапия. Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- восстановление фертильности.

2. Аменорея с преимущественным поражением гипоталамуса. Показаны: полноценное питание, ферментные препараты, витамины, психотерапия, физиотерапия.

Критерии излеченности-

- увеличение массы тела;
- восстановление менструального цикла;
- восстановление фертильности.

3. Гипоталамо-гипофизарная форма аменореи.

А. Гипогонадотропная аменорея (врожденная). В лечении используют менопаузальные гонадотропины (пергонал) в сочетании с хорионическим гонадотропином и эстроген-гестагенными средствами, которые принимают в циклическом режиме.

Критерии излеченности:

- развитие вторичных половых признаков;
- восстановление менструального цикла;
- восстановление фертильности.

Б. Послеродовой гипопитуитаризм (синдром Шиена). Проводится заместительная гормонотерапия:

- глюкокортикоиды (преднизолон по 5 мг 2 раза в день в течение 2-3 нед, курс лечения повторяют через 2-3 мес.);
- препараты щитовидной железы (в зависимости от клинических проявлений).

Женщинам в возрасте до 40 лет назначают эстроген-гестагенные препараты - фемостон, климен, климонорм, дивина, трисеквенс в циклическом режиме. С целью профилактики раннего развития климактерического синдрома, сердечно-сосудистой патологии и остеопороза показаны: полноценное питание, прием препаратов железа и кальция, витаминов, биостимуляторов, анаболических препаратов, физиотерапия.

Критерии излеченности:

- восстановление индуцированного менструального цикла;
- устранение симптомов гипогонадотропной недостаточности.

В. Функциональная гиперпролактинемия, связанная с беременностью. Характеризуется аменореей и лактореей (синдром Киари - Фроммеля). При лечении применяют полусинтетический алкалоид спорыньи - парлодел (бромокриптин) (по 2,5-5 мг ежедневно в течение 3-6 мес. под контролем тестов функциональной диагностики и уровня пролактина в крови). Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- устранение лакторей.

Г. Гиперпролактинемия органическая (пролактинома гипофиза)

Показаны: лучевая терапия, прием парлодела, реже - хирургическое лечение.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- устранение лакторей.

4. Надпочечниковая форма аменореи.

А. Постпубертатный адреногитальный синдром. Применяют глюкокортикоид - дексаметазон (0,25 мг в день под контролем экскреции с мочой 17-КС). Для стимуляции овуляции и лечения бесплодия назначают кломифен (кломистилбегит) по 50-100 мг с 5-го по 9-й день менструального цикла (под контролем базальной температуры и УЗИ - с целью определения созревания фолликула), для уменьшения гипертрихоза - верошпирон (50 мг в день в течение 3 мес.) или Диане-35 (в контрацептивном режиме в течение 6-12 мес.), андрокур (по 25 мг с 5-го по 15-й день менструального цикла).

Показаны реконструктивно-пластические операции - удаление гипертрофированного клитора.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;

- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- уменьшение проявлений гирсутизма.

Б. Вирилизующая опухоль надпочечников. Показано удаление опухоли.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- уменьшение проявления гирсутизма.

#### 5. Яичниковая форма аменореи.

А. Синдром истощения яичников, преждевременный климакс. Применяют заместительную циклическую эстроген-гестагенную гормонотерапию препаратами климен, климонорм, дивина, фемостон, трисеквенс с целью профилактики раннего развития сердечнососудистой патологии и остеопороза.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- отсутствие симптомов «выпадения» функции яичников.

Б. Синдром резистентных яичников. Применяют эстроген-гестагенную гормонотерапию контрацептивными монофазными препаратами (ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла) или низкодозированными монофазными препаратами (фемоден, силест, мерсилон, логест с 1-го по 21-й день менструального цикла), или многофазными эстроген-прогестагенными препаратами (антеовин, тризистон, триквилар, трирегол в контрацептивном режиме в течение 4-6 мес. с перерывами на 2-3 мес.).

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности.

В. Вирилизующие опухоли яичников. Показано оперативное лечение - удаление опухоли яичника.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- уменьшение проявлений гирсутизма.

Г. Синдром Штейна - Левентала. Используют эстроген-гестагенную гормонотерапию контрацептивными монофазными препаратами (ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон с 5-го по 26-й день менструального цикла) или низкодозированными монофазными препаратами (фемоден, силест, мерсилон, логест с 1-го по 21-й день менструального цикла), или многофазными эстроген-прогестагенными препаратами (антеовин, тризистон, триквилар, трирегол) в контрацептивном режиме в течение 4-6 мес. с перерывами на 2-3 мес. Для уменьшения гипертрихоза назначают верошпирон по 50 мг в день в течение 3 мес., Диане-35 в контрацептивном режиме в течение 6-8 мес. (до года), андрокур по 25 мг с 5-го по 15-й день менструального цикла.

Для стимуляции овуляции и лечения бесплодия применяют кломифен (кломистилбегит) в дозе 50-100 мг с 5-го по 9-й день менструального цикла (под контролем базальной температуры и УЗИ -с целью определения созревания фолликула). Назначают диету для уменьшения массы тела.

Оперативное лечение: клиновидная резекция яичников; предпочтение отдают лапароскопической электрокаутеризации яичников.

Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности;
- уменьшение проявлений гирсутизма;
- профилактика гиперпластических процессов в эндометрии.

Д. Дисгенезия гонад (чистая и смешанная формы, синдром Шерешевского - Тернера). Применяют заместительную гормонотерапию начиная с 13-14 лет эстрогенами (по 0,05 мг

микрофоллина или 2 мг эстрофема в течение 20 дней с перерывами) до развития вторичных половых признаков, увеличения молочных желез, появления менархе, а затем - циклическую терапию эстроген-гестагенными препаратами (климен, климонорм, фемостон, дивина, трисеквенс и др.) с целью профилактики раннего развития климактерического синдрома, сердечно-сосудистой патологии и остеопороза.

При смешанной форме дисгенезии гонад показано оперативное удаление гонад для профилактики развития злокачественных опухолей, при гипертрофии клитора - его резекция.

Критерии излеченности:

- развитие вторичных половых признаков;
- регулярный индуцированный менструальный цикл;
- отсутствие симптомов «выпадения» функции яичников.

Е. Синдром тестикулярной феминизации (синдром Морриса, ложный мужской гермафродитизм). После оперативного удаления тестикул для профилактики развития злокачественных опухолей в возрасте 16-18 лет проводят циклическую терапию эстроген-гестагенными препаратами (климен, фемостон, климонорм, дивина, трисеквенс) с целью профилактики раннего развития климактерического синдрома, сердечно-сосудистой патологии и остеопороза.

Оперативное лечение - влагалищный кольпопоз.

Критерии излеченности:

- восстановление половой функции;
- отсутствие симптомов «выпадения» функции яичников.

6. Маточная форма аменореи.

А. Внутриматочные синехии (синдром Ашермана). Проводят гистероскопию, разрушение синехий с последующей заместительной гормонотерапией в течение 3 мес.

Б. Специфический туберкулезный эндометрит. Показана специфическая противотуберкулезная терапия. Критерии излеченности:

- восстановление менструального цикла;
- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности.

В. Синдром Рокитанского - Кюстнера. Показано оперативное лечение — влагалищный кольпопоз

Критерии излеченности - восстановление половой функции.

### **Дисфункциональные маточные кровотечения**

ДМК протекают по типу овуляторных и ановуляторных кровотечений.

Клиническими критериями диагностики ДМК являются аменорея, сменяющаяся метроррагией, и бесплодие.

При гинекологическом осмотре выявляют кровянистые выделения различной степени выраженности. Структурные изменения матки и придатков отсутствуют.

Лабораторные методы диагностики ДМК направлены на:

- оценку степени кровопотери по шоковому индексу Альговера;
- оценку степени тяжести анемии по уровню гемоглобина, эритроцитов, гематокрита, наличию анизоцитоза, пойкилоцитоза в крови;
- определение уровня половых гормонов - эстрогенов по тестам функциональной диагностики (абсолютная или относительная гиперэстрогения);
- оценку состояния толщины эндометрия и размеров фолликулов яичников (по данным УЗИ);
- цитологическую и гистологическую оценку состояния эндометрия (за исключением ДМК в ювенильном периоде).

#### *Схема лечения ДМК в ювенильном периоде*

1-й этап лечения — остановка кровотечения (гормональный гемостаз). 2-й этап лечения - регуляция и восстановление менструального цикла.

*Гормональный гемостаз* осуществляется применением: -эстрогенов (общая доза фолликулина 80 000-100 000 ЕД внутримышечно, с последующим снижением дозы препарата ежедневно на 10 000-20 000 ЕД до 10 000 ЕД в течение 14-15 дней, затем 1 мл 1 % раствора прогестерона в течение 7 дней);

- контрацептивных монофазных эстроген-прогестагенных препаратов (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) по схеме: 1-й день - 5-6 таблеток, 2-й день - 4-5 таблеток. 3-й день - 3-4 таблетки, 4-й день - 2-3 таблетки, затем по 1 таблетке в день до 21-го дня.

Чистые гестагены при анемии применять не рекомендуется.

*Формирование регулярного менструального цикла* достигается применением в течение 6-8 мес.:

- контрацептивных монофазных эстроген-прогестагенных препаратов (ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла или низкодозированных монофазных эстроген-прогестагенных средств (фемоден, силест, мерсилон, логест) с 1-го по 21-й день менструального цикла;

- многофазных контрацептивных эстроген-прогестагенных препаратов (антеовин, тризистон, триквилар, три-регол) в контрацептивном режиме.

Критерии излеченности:

- восстановление регулярного менструального цикла;

- нормализация показателей гемоглобина, устранение анемии.

#### *Схема лечения ДМК в репродуктивном периоде*

1-й этап лечения - остановка кровотечения (раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки с целью исключения органической природы заболевания), 2-й этап лечения - регуляция менструального цикла.

К 1-му этапу лечения приступают только после раздельного о выскабливания цервикального канала и полости матки для исключения наличия новообразований.

Рекомендуется использовать контрацептивные монофазные эстроген-прогестагенные препараты (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) по схеме: 1-й день - 5-6 таблеток, 2-й день - 4-5 таблеток, 3-й день - 3-4 таблетки, 4-й день - 2-3 таблетки, затем по 1 таблетке в день до 21-го дня.

При наличии противопоказаний к использованию эстрогенов назначают чистые гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил) по схеме: 1-й день - 5-6 таблеток, 2-й день - 4-5 таблеток, 3-й день - 3-4 таблетки, 4-й день - 2-3 таблетки, затем по 1 таблетке в день до 21-го дня.

Для *формирования правильного менструального цикла* у женщин репродуктивного возраста проводят гормональную терапию в течение 6-8 мес.:

- контрацептивными монофазными эстроген-прогестагенными средствами (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла или низкодозированными монофазными эстроген-прогестагенными препаратами (фемоден, силест, логест) с 1-го по 21-й день менструального цикла;

- многофазными эстроген-прогестагенными препаратами (антеовин, тризистон, триквилар, три-регол) в контрацептивном режиме.

При наличии противопоказаний к приему эстрогенов назначают чистые гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил), которые следует принимать начиная с 11-го или 14-го дня менструального цикла в течение 10 дней.

Критерии излеченности:

- регулярный двухфазный менструальный цикл;

- нормализация уровня гемоглобина, устранение анемии;

- восстановление фертильности.

#### *Схема лечения ДМК в климактерическом периоде*

1-й этап лечения - остановка кровотечения (раздельное выскабливание цервикального канала и полости матки с целью исключения органической природы заболевания), 2-й этап лечения - регуляция менструального цикла или подавление менструального цикла.

К 1-му этапу лечения приступают только после раздельного выскабливания цервикального канала и полости матки для исключения наличия новообразований.

Женщинам в возрасте до 50 лет рекомендуют принимать контрацептивные монофазные эстроген-прогестагенные препараты (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) по схеме: 1-й день - 5-6 таблеток, 2-й день - 4-5 таблеток, 3-й день - 3-4 таблетки, 4-й день - 2-3 таблетки, затем по 1 таблетке в день до 21-го дня.

При наличии противопоказаний к приему эстрогенов женщинам старше 50 лет назначают чистые гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил) по схеме: 1-й день - 5-6 таблеток, 2-й день - 4-5 таблеток, 3-й день - 3-4 таблетки, 4-й день - 2-3 таблетки, затем по 1 таблетке в день до 21-го дня, после перерыва в 7 дней прием препарата продолжают в циклическом (женщины моложе 50 лет) или постоянном (женщины старше 50 лет) режиме.

С целью формирования правильного менструального цикла женщинам моложе 50 лет

необходимо принимать в течение 6-8 мес.:

- контрацептивные монофазные эстроген-прогестагенные средства (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла;

- монофазные эстроген-прогестагенные препараты (антеовин, тризистон, триквилар, трирегол) в контрацептивном режиме.

При наличии противопоказаний к приему эстрогенов, а также больным старше 50 лет назначают чистые гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил) по 10-20 мг/сут, которые следует принимать начиная с 11-го или 14-го дня менструального цикла в течение 10 дней (женщины моложе 50 лет) или в непрерывном режиме (женщины старше 50 лет).

Критерии излеченности:

- регулярный менструальный цикл у женщин моложе 50 лет;
- отсутствие маточных кровотечений;
- нормализация содержания гемоглобина, устранение анемии.

### **Гиперпластические процессы в эндометрии**

По гистологической структуре различают железистую и железисто-кистозную гиперплазию эндометрия, железистые и железисто-фиброзные полипы эндометрия.

Клиническими критериями диагностики гиперпластических процессов в эндометрии являются метроррагии и бесплодие.

При гинекологическом осмотре выявляют кровянистые выделения различной степени выраженности. Структурные изменения матки и придатков отсутствуют.

Лабораторные методы диагностики гиперпластических процессов в эндометрии направлены на:

- оценку состояния эндометрия и яичников (по данным УЗИ);
- цитологическую и гистологическую оценку состояния эндометрия - на основании цитологического исследования аспирата из полости матки и гистологического исследования соскоба из цервикального канала и полости матки.

#### *Схема лечения гиперпластических процессов в эндометрии*

Женщинам репродуктивного возраста показаны:

- контрацептивные монофазные эстроген-прогестагенные препараты (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла;

- многофазные эстроген-прогестагенные препараты (антеовин, тризистон, триквилар, трирегол) в контрацептивном режиме.

При наличии противопоказаний к применению эстрогенов назначают гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил) по 10-20 мг/сут, которые следует принимать начиная с 11-го или 14-го дня менструального цикла в течение 10 дней.

Длительность лечения составляет 6-8 мес. (до года) под контролем ультразвукового и цитогистологического исследований состояния эндометрия.

Критерии излеченности:

- регулярный двухфазный менструальный цикл;
- восстановление фертильности.

В климактерическом периоде у женщин в возрасте до 50 лет в течение 6-8 мес. проводят лечение контрацептивными монофазными эстроген-прогестагенными препаратами (овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон) в циклическом режиме с 5-го по 26-й день менструального цикла.

При наличии противопоказаний к использованию эстрогенов и женщинам старше 50 лет назначают чистые гестагены (норколут, норэтистерон, дюфастон, медроксипрогестерона ацетат, оргаметрил) по 10-20 мг/сут. Женщины моложе 50 лет принимают препараты начиная с 11-го или 14-го дня менструального цикла в течение 10 дней или с 5-го по 26-й день менструального цикла, а женщины старше 50 лет - в непрерывном режиме.

Женщинам старше 50 лет показан 17-ОПК (по 2 мл- 250 мг 12.5 % раствора внутримышечно 2 раза в неделю в течение 3 мес.).

Длительность лечения составляет 6-8 мес. под контролем ультразвукового и цитогистологического исследований состояния эндометрия.

Критерии излеченности:

- регулярный менструальный цикл у женщин моложе 50 лет;
- отсутствие маточных кровотечений, аменорея у женщин старше 50 лет.



## Миома матки

Клиническими критериями диагностики миомы матки являются различные жалобы больных на обильные менструации, боли в низу живота и пояснице, нарушения функции смежных органов, которые зависят от размеров опухоли, формы и локализации узлов.

**Субмукозная миома** характеризуется гиперполименореей, приводящей к анемии, **интрамуральная миома** - меноррагиями, ноющими болями в низу живота, невынашиванием беременности.

**Субсерозная миома** сопровождается ноющими болями в низу живота, нарушениями функции смежных органов.

**Интралигаментарная миома** приводит к сдавлению мочеоточника и нарушению опока мочи, развитию гидроуретера, гидронефроза с ноющими болями в низу живота, нарушением функции смежных органов.

При гинекологическом осмотре выявляют увеличенную матку, плотную, бугристую, ограниченно подвижную.

Осложнения миомы матки:

- нарушение кровообращения миоматозного узла;
- отек миоматозного узла;
- некроз миоматозного узла;
- перекрут ножки субсерозного миоматозного узла.

Лабораторные методы диагностики:

- общеклиническое исследование (снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, цветового показателя);
- УЗИ органов малого таза (локализация и размеры миоматозных узлов);
- взятие аспирата из полости матки;
- раздельное лечебно-диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки;
- гистеросальпингография;
- гистероскопия.

### *Хирургическое лечение миомы матки*

При миоме матки выполняют реконструктивно-пластические и радикальные операции.

*Реконструктивно-пластические операции с целью сохранения детородной и менструальной функции* включают:

- консервативную миомэктомию (удаление субсерозных и интрамурально-субсерозных узлов миомы значительных размеров методом лапаротомии);
- лапароскопию (удаление субсерозных и интрамурально-субсерозных узлов небольших размеров);
- гистероскопию (удаление субмукозных узлов небольших размеров);
- откручивание родившегося субмукозного узла.

*Реконструктивно-пластические операции с целью сохранения только менструальной функций* включают:

- дефундацию матки;
- высокую ампутацию тела матки;
- надвлагалищную ампутацию матки с сохранением менструальной функции по Слепых.

К *радикальным операциям* относят:

- надвлагалищную ампутацию матки с придатками или без них;
- экстирпацию матки с придатками или без них. Критерии излеченности;
- регулярный менструальный цикл;
- восстановление детородной функции;
- отсутствие маточных кровотечений;
- нормализация содержания гемоглобина, устранение анемии;
- отсутствие болей, восстановление функции смежных органов.

## Опухоли яичников

Различают доброкачественные и потенциально злокачественные кистомы и злокачественные опухоли яичников. К группе повышенного риска развития опухолей яичников относят женщин:

- с нарушением менструального цикла и гормональной формой бесплодия;
- с маточными кровотечениями в постменопаузальном возрасте;
- с ретенционными образованиями яичников;
- с хроническими воспалительными процессами в придатках матки;

- с миомой матки и эндометриозом яичников;
- оперированных по поводу доброкачественных опухолей яичников;
- с опухолями молочных желез в анамнезе;
- с отягощенной наследственностью.

Чаще всего при опухолях яичников специфические жалобы отсутствуют, иногда отмечаются боли в низу живота и пояснице, нарушения менструального цикла, бесплодие, в запущенной стадии рака яичников - интоксикация, анемия, кахексия.

При бимануальном исследовании в области придатков матки определяют ограниченно подвижные, различных размеров одно- или двусторонние образования с неровной или тугоэластической поверхностью, которые при осложнениях (перекрут ножки кистомы, кровоизлияния, разрыв капсулы, нагноения) могут быть болезненными и привести к развитию симптомов острого живота.

Лабораторные методы диагностики:

- УЗИ органов малого таза;
- исследование смывов из дугласова пространства;
- пункция опухоли яичника под контролем УЗИ, цитологическое исследование пунктата;
- фиброгастроскопия;
- ирригоскопия и ректороманоскопия;
- исследование крови с применением опухолевых маркеров (CA-125, AFP);
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, цитогистологическое исследование аспирата из полости матки;
- лимфография при установленном раке яичников; КТ, ЯМРТ;
- лапароскопия.

При *доброкачественных опухолях яичников* проводят оперативное лечение - лапаротомию или лапароскопию с цистэктомией, резекцией яичников в пределах здоровых тканей, аднексэктомией, а у женщин в менопаузальном периоде - радикальное удаление матки и придатков.

Критерии излеченности:

- регулярный менструальный цикл;
- восстановление детородной функции;
- отсутствие болей, восстановление функции смежных органов.

При *потенциально злокачественных и злокачественных опухолях яичников* проводят лапаротомию, экстирпацию матки с придатками и оментэктомия. После операции больным назначают 6-8 курсов полихимиотерапии в зависимости от стадии процесса и гистотипа опухоли.

Критерии излеченности:

- 5-летняя выживаемость;
- отсутствие рецидивов и метастазов;
- нормализация содержания гемоглобина, устранение анемии;
- отсутствие болей, восстановление функции смежных органов.

## **Рак эндометрия**

Выделяют два патогенетических варианта рака эндометрия.

Первый патогенетический вариант характеризуется гиперэстрогенией в сочетании с обменно-эндокринными нарушениями. Чаще наблюдается у женщин в возрасте до 50 лет, относящихся к группе повышенного риска. Гистотип опухоли - высоко- и умереннодифференцированные аденокарциномы эндометрия, чувствительные к гормонотерапии; отличаются менее агрессивным течением и благоприятным прогнозом.

Второй патогенетический вариант характеризуется гипозэстрогенией без обменно-эндокринных нарушений. Развивается у женщин старше 50 лет на фоне атрофии эндометрия. Гистотип опухоли - низкодифференцированные аденокарциномы эндометрия, не чувствительные к гормонотерапии; отличаются более агрессивным течением и сомнительным прогнозом.

Группу повышенного риска развития рака эндометрия составляют женщины:

- с нарушением менструального цикла и гормональной формой бесплодия;
- с хронической ановуляцией;
- с синдромом склерокистозных яичников;
- с гиперпластическими процессами в эндометрии;
- менопауза у которых наступила после 50-летнего возраста;
- с дисфункциональными маточными кровотечениями в пременопаузальном периоде;

- с маточными кровотечениями в постменопаузальном периоде;
- с миомой матки и внутренним эндометриозом;
- с феминизирующими опухолями яичников;
- с опухолями молочных желез в анамнезе;
- с отягощенной наследственностью;
- с ожирением, сахарным диабетом, гиперлипидемией;
- получавшие неадекватную заместительную терапию эстрогенами в перименопаузальном периоде.

Жалобы больных: ациклические маточные кровотечения, маточные кровотечения и водянистые выделения (лейкоррея) в постменопаузальном периоде, боли в низу живота и пояснице. У больных с III и IV стадией рака эндометрия наблюдаются интоксикация, анемия, кахексия.

При бимануальном исследовании определяют увеличенную матку с неровной поверхностью, ограниченно подвижную, болезненную, могут быть выявлены одно- или двусторонние инфильтраты в параметриях.

Лабораторные методы диагностики:

- УЗИ органов малого таза;
- исследование крови с применением опухолевых маркеров (CEA, AFP);
- кольпоцитология;
- взятие аспирата из полости матки;
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки и гистологическое исследование соскобов;
- КТ, ЯМРТ;
- гистеросальпингография;
- гистероскопия.

#### *Схема лечения рака эндометрия*

Первый патогенетический вариант, I стадия:

- оперативное лечение - лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией; последующая гормонотерапия - 17-ОПК в курсовой дозе 16-24 г или Депо-Провера в течение 2-3 мес.

Первый патогенетический вариант, II и III стадии:

- оперативное лечение - лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией; при переходе опухоли на цервикальный канал - операция Вертгейма (экстирпация матки с придатками, тазовой лимфаденэктомией и удалением верхней трети влагалища), гормонотерапия - 17-ОПК или Депо-Провера в течение 3 лет.

При параметральных инфильтратах лечение начинают с сочетанной лучевой терапии - дистанционной (курсовая доза 40-50 Гр) и внутриволостной (курсовая доза 60-90 Гр).

Второй патогенетический вариант, I стадия:

- оперативное лечение - лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией.

Второй патогенетический вариант, II и III стадии:

- оперативное лечение - лапаротомия, расширенная экстирпация матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией, при переходе опухоли на цервикальный канал - операция Вертгейма (экстирпация матки с придатками, тазовой лимфаденэктомией и удалением верхней трети влагалища), затем дистанционная лучевая терапия в курсовой дозе 40-50 Гр.

При параметральных инфильтратах лечение начинают с сочетанной лучевой терапии - дистанционной (курсовая доза 40-50 Гр) и внутриволостной (курсовая доза 60-90 Гр).

При IV стадии процесса проводится симптоматическая терапия.

Критерии излеченности:

- 5-летняя выживаемость;
- отсутствие рецидивов и метастазов;
- нормализация содержания гемоглобина, устранение анемии;
- отсутствие болей, восстановление функции смежных органов.

#### **Фоновые, предраковые и злокачественные заболевания шейки матки**

К фоновым заболеваниям шейки матки относятся: эктопии, дискератозы, эритроплакии, лейкоплакии, полипы, к предраковым - дисплазии легкой, умеренной и тяжелой степени. Выделяют преинвазивный рак (карцинома *in situ*), микроинвазивный и инвазивный рак шейки матки.

К группе повышенного риска развития рака шейки матки относят женщин:

- с ранним началом половой жизни (до 16 лет) и ранними родами (до 18 лет);
- имевших много половых партнеров;
- с нелеченными фоновыми заболеваниями и дисплазией шейки матки,
- инфицированных вирусом папилломы человека и герпес-вирусом 2-го серотипа;
- рожавших более 3 раз;
- с отягощенной наследственностью.

Жалобы больных: на контактные кровотечения, водянистые выделения (лейкорей), боли в низу живота и пояснице. У больных с III и IV стадией рака шейки матки отмечаются интоксикация, анемия, кахексия, отеки ног, «грызущие» боли.

Гинекологическое исследование. При осмотре с помощью зеркал вокруг наружного зева выявляют язву-кратер (эндофитный рост опухоли) или разрастания на шейке матки типа цветной капусты (экзофитный рост). При бимануальном исследовании определяют увеличенную шейку матки. Иногда наблюдаются увеличение матки, ограничение ее подвижности, одно- или двусторонние инфильтраты в параметриях.

Лабораторные методы диагностики:

- УЗИ органов малого таза и брюшной полости;
- исследование крови с применением опухолевых маркеров (CEA, AFP);
- цитологическое исследование мазков из цервикального канала и шейки матки;
- кольпоскопия простая и расширенная;
- прицельная биопсия;
- раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки, гистологическое исследование соскобов;
- КТ, ЯМРТ.

#### *Схема лечения*

Основное место в лечении фоновых процессов шейки матки занимают криодеструкция и лазерная деструкция. Если фоновые процессы сочетаются с деформацией шейки матки, то методом выбора является электроконизация.

При слабой или умеренной дисплазии шейки матки показана криодеструкция или лазерная деструкция, при тяжелой дисплазии и карциноме *in situ* - электроконизация шейки матки.

При I и IIa стадиях рака шейки матки выполняют операцию Вертгейма (экстирпация матки с придатками, тазовой лимфаденэктомией и удалением верхней трети влагалища); при IIb и III стадиях (при наличии параметральных инфильтратов) больные сначала проходят сочетанную лучевую терапию - дистанционную (курсовая доза 40-50 Гр) и внутриволостную (курсовая доза 60-80 Гр)

При IV стадии рака шейки матки назначают симптоматическую терапию.

Критерии излеченности:

- 5-летняя выживаемость;
- отсутствие рецидивов и метастазов;
- нормализация показателей гемоглобина, устранение анемии;
- отсутствие болей, восстановление функции смежных органов.

#### **Инфицированные аборты**

Инфицированный аборт чаще возникает в результате непосредственного попадания микробов-возбудителей в матку при криминальных вмешательствах, реже - вследствие заноса гематогенным или лимфогенным путем. Может явиться осложнением легального аборта, выполненного при наличии противопоказаний к нему (воспалительные заболевания гениталий, инфекционные заболевания экстрагенитального происхождения).

Целью обследования больной является уточнение степени распространения инфекции и выявление возбудителя (табл. 8)

В зависимости от степени распространения инфекции выделяют:

- неосложненный инфицированный аборт, при котором инфекция локализована в матке, ограничена плодным яйцом и децидуальной оболочкой матки;
- осложненный инфицированный аборт, при котором инфекция распространилась за пределы матки, но ограничивается областью малого таза (поражены миометрий, маточные трубы, вены, яичники, параметральная клетчатка и тазовая брюшина);
- септический аборт, при котором инфекция распространилась за пределы малого таза и стала генерализованной (сепсис без видимых метастазов - септицемия, сепсис с метастазами - септикопиемия, перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, септический шок, анаэробный

## Критерии диагностики инфицированного аборта

Критерии диагностики	Инфицированный аборт		
	неосложненный	осложненный	септический
Жалобы	Субфебрильная температура тела без ознобов, боли в низу живота, патологические выделения	Температура тела 38 °С, ознобы, боли в низу живота, патологические выделения	Температура тела выше 38 °С, гектическая, потрясающие ознобы, боли в низу живота, патологические выделения
Степень выраженности интоксикации	Слабо выражена	Умеренно выражена	Резко выражена
Общее состояние	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое
Гемодинамические показатели	Тахикардия. АД в норме	Тахикардия, изменение АД	Тахикардия, брадикардия, снижение АД
Диурез	В норме	Может быть снижен	Олигоанурия
Клинический анализ крови	Умеренный лейкоцитоз и анемия	Высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, снижение уровня гемоглобина	Выраженный лейкоцитоз или лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, признаки токсической анемии, токсическая зернистость нейтрофилов, высокий ЛПИ
Биохимический анализ крови	Без изменений	Гипо- и диспротеинемия, гиперкоагуляция	Значительные изменения, коагулопатия
Степень поражения органов малого таза	Эндоцервицит, кольпит, эндометрит	Эндоцервицит, кольпит, метроэндометрит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит	Эндоцервицит, кольпит, метроэндометрит, метротромбофлебит, сальпингоофорит, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит

**Врачебная тактика.** При неосложненном инфицированном аборте прибегают к удалению частей плодного яйца (активный метод) на фоне антибактериальной и инфузионной терапии или откладывают эту операцию до стихания инфекции (выжидательная тактика).

Осложненный инфицированный аборт требует выжидательно-активной тактики: предварительная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия; после стихания воспалительного процесса - опорожнение полости матки от инфицированных остатков плодного яйца, гормональная терапия, введение антибиотиков и инфузионных растворов.

При септическом аборте проводят комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, оперативное лечение с целью удаления очага инфекции - экстирпацию матки с трубами и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде осуществляют многокомпонентную интенсивную терапию.

Интенсивная терапия продолжается до клинического выздоровления и нормализации лабораторных показателей.

Лечение инфицированных аборт комплексное и направлено на ликвидацию возбудителя заболевания, восстановление метаболических нарушений и удаление очага инфекции (табл. 9).

## Лечение инфицированных аборт

Лечебные мероприятия	Препараты
Антибактериальная терапия	Внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия в массивных дозах: цефалоспоринов (клафоран, кефзол, цефамезин по 6-8 г в сутки), аугментина, тиенама, меронема, их сочетают с аминогликозидами - гентамицином (по 0,5 г 3 раза в день внутримышечно), амикацином (по 0,5 г 3 раза в день), а также с введением метрагила (по 100 мл 2-3 раза в день)

Инфузионная терапия (в объеме более 2 л)	Белковые препараты - альбумин, сухая или нативная плазма, протеин. Реополиглюкин, полиглюкин, полийонные растворы, гемодез, полидез, желатиноль. Гемотрансфузия - по показаниям
Лекарственная терапия	Димедрол, тавегил, пипольфен, транквилизаторы, кардиотонические средства, преднизолон, гидрокортизон, витамины С и группы В, унитиол, ингибиторы протеаз (тразилол, гордокс), гепатопротекторы (эссенциале, карсил)
Хирургическое вмешательство	Опорожнение матки от инфицированных остатков плодного яйца при неосложненном и осложненном аборте, экстирпация матки с трубами - при септическом аборте

## **ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ**

### **Искусственный аборт**

Искусственный аборт - это прерывание беременности в сроки до 12 нед, которое проводят по желанию женщины, по социальным или медицинским показаниям. Операцию выполняют под внутривенным наркозом.

Противопоказаниями являются хроническое воспаление придатков матки в стадии обострения и 3-я или 4-я степень чистоты влагалища.

Последовательность действий врача при выполнении операции:

- бимануальное исследование для определения размеров матки и ее положения;
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- введение зеркал во влагалище;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы и низведение ее;
- измерение зондом длины полости матки;
- расширение цервикального канала расширителями Гегара (до № 12);
- разрушение плодного яйца абортцангом;
- выскабливание полости матки кюретками № 4-6;
- оценка сократительной способности матки и определение объема кровопотери.

### **Тубэктомия**

Показания: трубная беременность, гидросальпинкс, пиосальпинкс, гематосальпинкс.

Последовательность действий врача при выполнении операции:

- послойный разрез передней брюшной стенки (по Пфанненштилю или нижнесрединная лапаротомия) после обработки операционного поля;
- осмотр внутренних половых органов и оценка их состояния;
- выведение матки и придатков в рану, фиксация матки лигатурой;
- наложение зажимов на мезосальпинкс и маточный отдел трубы;
- иссечение маточной трубы и лигирование сосудов;
- перитонизация круглой маточной связкой;
- туалет и ревизия органов брюшной полости;
- подсчет тампонов и инструментов;
- послойное ушивание раны передней брюшной стенки;
- определение объема кровопотери.

### **Аднексэктомия**

Показания: доброкачественные опухоли яичников, воспалительные мешотчатые опухоли придатков (пиовар, абсцесс придатков). Последовательность действий врача при выполнении операции:

- послойный разрез передней брюшной стенки (по Пфанненштилю или нижнесрединная лапаротомия) после обработки операционного поля;
- осмотр внутренних половых органов и оценка их состояния;
- выведение матки и придатков в рану, фиксация матки лигатурой;
- наложение зажимов на подвешивающую связку, маточный отдел трубы и собственную связку яичника;
- удаление придатков матки и лигирование сосудов;
- осмотр удаленного препарата и его внутренней выстилки, срочное цитогистологическое исследование;
- перитонизация круглой маточной связкой и листками широких связок;

- туалет и ревизия органов брюшной полости;
- подсчет тампонов и инструментов;
- послойное ушивание раны передней брюшной стенки;
- определение объема кровопотери.

### **Надвлагалищная ампутация матки без придатков**

Показания: миома матки, аденомиоз матки. Последовательность действий врача при выполнении операции:

- послойный разрез передней брюшной стенки (по Пфанненштилю или нижнесрединная лапаротомия) после обработки операционного поля;
- осмотр внутренних половых органов и оценка их состояния;
- выведение матки и придатков в рану, фиксация матки пулевыми щипцами или щипцами

Мюзо;

- наложение зажимов на круглые маточные связки, маточные отделы труб и собственные связки яичников;

- отсечение придатков матки и круглой маточной связки, лигирование сосудов;
- вскрытие *plica vesicouterinae* и низведение мочевого пузыря книзу;
- наложение зажимов на восходящие ветви маточных артерий и их лигирование после пересечения;

- отсечение тела матки на уровне внутреннего зева;
- ушивание культи шейки матки узловыми кетгутовыми швами;
- перитонизация за счет *plica vesicouterinae* и широких маточных связок;
- осмотр удаленного препарата;
- туалет и ревизия органов брюшной полости;
- подсчет тампонов и инструментов;
- послойное ушивание раны передней брюшной стенки;
- определение объема кровопотери.

### **МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ**

В настоящее время наиболее распространенными являются следующие методы контрацепции: гормональные, внутриматочная контрацепция, механическая контрацепция, хирургическая стерилизация, ритмический метод, барьерные методы контрацепции и спермициды.

Эффективность метода контрацепции определяется по индексу Перля, то есть по числу беременностей, наступивших у 100 женщин, использующих данный метод контрацепции в течение года.

### **Внутриматочная контрацепция**

Внутриматочные контрацептивы выпускаются следующих моделей: Copper-380 А, Gyne-T\*380, Nova-T, Multiloud-250, Multiloud-375, левоноргестрелвыделяющие ВМК «Левонора», «Мирена».

Преимуществами внутриматочной контрацепции являются:

- высокая эффективность;
- немедленный контрацептивный эффект;
- долговременное использование (до 5 лет);
- быстрое восстановление фертильности после извлечения ВМК;
- возможность применения в период лактации.

Прогестиновые (с левоноргестрелом) ВМК уменьшают менструальные боли и кровопотерю, снижают риск возникновения внематочной беременности, воспалительных заболеваний органов малого таза, пролиферативных процессов в эндометрии.

Механизм действия ВМК направлен на:

- уменьшение активности и выживаемости сперматозоидов, причем добавление меди повышает сперматотоксический эффект;
- усиление спермицидного эффекта слизи эндометрия;
- уменьшение срока жизни яйцеклетки;
- усиление перистальтики маточных труб;
- возникновение асептического воспаления, приводящего к активации фосфатаз, изменению концентрации гликогена и нарушению имплантации яйцеклетки.

Гормонсодержащие ВМК приводят к угнетению пролиферативных процессов в эндометрии вплоть до атрофии.

Недостатками внутриматочной контрацепции являются:

- увеличение менструальной кровопотери, а иногда и усиление болей (для негормональных ВМК) в первые месяцы после введения ВМК;

- мажущие кровянистые выделения до и после менструации;
- повышение риска развития воспалительных заболеваний органов малого таза;
- возможность внематочной беременности (кроме гормонсодержащих ВМК);
- вероятность перфорации матки (1-1,5 случая на 1000 введений);
- экспульсия ВМК.

Противопоказаниями к использованию ВМК являются:

- фоновые, предраковые и злокачественные заболевания шейки матки;
- воспалительные заболевания гениталий;
- опухоли гениталий;
- гиперполименорея;
- половая жизнь с несколькими партнерами;
- отсутствие родов.

Последовательность действий врача при введении ВМК:

- бимануальное исследование (для определения положения и размеров матки);
- обработка йодонатом наружных половых органов;
- обнажение шейки матки с помощью зеркала;
- взятие шейки матки на пулевые щипцы;
- измерение зондом длины полости матки;
- введение ВМК;
- удаление инструментов и обработка йодонатом наружных половых органов;
- контрольный осмотр пациентки через 7-10 дней.

### Гормональная контрацепция

Гормональная контрацепция занимает первое место среди всех методов контрацепции. Она представлена следующими типами средств.

1. *Чисто прогестагенные контрацептивы*. Индекс Перля равен 0,3. По форме введения их делят на:

- имплантационные (подкожный имплант норплант);
- инъекционные (продолжительный инъекционный контрацептив Депо-Провера в дозе 150 мг, медроксипрогестерон ацетата внутримышечно 1 раз в 3 мес.);
- оральные («мини-пили» - микролют, микронон, оврет, эсклютон по 1 таблетке ежедневно без перерыва).

Прогестагенные препараты можно использовать в период лактации и при наличии противопоказаний к приему эстрогенов.

2. *Комбинированные эстроген-прогестагенные препараты*. Индекс Перля равен 0,1.

Типы комбинированных оральных контрацептивов (КОК): монофазные, двухфазные и трехфазные. К монофазным относят: овидон, ригевидон, минизистон, микрогинон, марвелон, регулон, низкодозированные - силест, мерсилон, фемоден, логест, новинет, к двухфазным — антеовин, к трехфазным — трирегол, триквилар, тризистон.

Режим приема: по 1 таблетке начиная с 1-го или с 5-го дня менструального цикла ежедневно в одно и то же время с перерывом на 7 дней. При хорошей переносимости можно использовать данный метод контрацепции в течение нескольких лет.

Механизм действия КОК заключается:

- в подавлении овуляции путем изменения цирхоральной секреции гонадотропинов;
- в сгущении цервикальной слизи;
- в изменении структуры эндометрия, затрудняющем имплантацию;
- в снижении сократительной активности маточных труб. Преимуществами КОК являются:
- высокая эффективность;
- быстрый эффект;
- отсутствие связи с числом половых актов;
- удобство в применении;
- возможность регуляции менструального цикла;
- профилактика рака яичников и эндометрия;
- профилактика остеопороза. Противопоказаниями к применению КОК служат:
- беременность;
- кровянистые выделения из половых путей неясной этиологии;
- заболевания печени, вирусный гепатит, опухоли;



- курение в возрасте старше 35 лет;
- инфаркт, инсульт, гипертоническая болезнь в анамнезе;
- гиперкоагуляция;
- тромбофлебиты;
- сахарный диабет;
- рак молочной железы в настоящее время или в анамнезе;
- онкологические заболевания гениталий в настоящее время или в анамнезе.

Возможные побочные эффекты:

- аменорея;
- тошнота, рвота;
- головная боль, головокружение;
- межменструальные мажущие выделения из половых путей;
- повышение АД до 160/100 мм рт.ст.;
- боли в ногах;
- нагрубание молочных желез;
- увеличение массы тела за счет задержки жидкости;
- акне;
- депрессия, нервозность, раздражительность;
- снижение либидо;
- хлоазмы.

#### СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В.* Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. - СПб: СпецЛит. 2000 219с.
- Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике СПб, 2000 520 с
- Айламазян Э.К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - СПб, 1992.
- Бохман Я.В.* Руководство по онкогинекологии - Л.: Медицина. 1989 -464 с
- Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я.* Гинекологическая эндокринология: Научно-практическое издание. - М.: Медицина, 1993 - 419 с
- Сметных В.П., Тумилович Л.Г.,* Неоперативная гинекология Руководство для врачей. - Кн. 1, 2. - СПб: Сотис, 1995. - 224 с; 224 с
- Справочник по акушерству и гинекологии/ Под ред I М Савельевой - М.. Медицина. 1992.

#### СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
Раздел I. Акушерство	
Диагностика беременности.....	4
Обследование беременной.....	5
Опрос беременной.....	6
Объективное исследование.....	6
Методы оценки состояния плода.....	13
Подготовка беременной к родам.....	16
Ведение родов.....	18
Период раскрытия.....	19
Период изгнания.....	21
Последовый период.....	23
Назначения при физиологическом течении родов.....	24
Первичная обработка новорожденного.....	25
Ведение послеродового периода.....	27
Диагностика и лечение осложнений беременности.....	30
Ранние токсикозы беременных.....	30
Невынашивание беременности.....	32
Анемия беременных.....	35
Гестоз.....	37
Хроническая гипоксия плода.....	43
Диагностика и лечение осложнений в родах.....	46
Аномалии сократительной деятельности матки.....	46
Травматические повреждения мягких родовых путей.....	51
Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.....	53

Кесарево сечение в нижнем сегменте матки.....	56
Диагностика и лечение осложнений в послеродовом периоде.....	59
Лактостаз.....	59
Лактационный мастит.....	60
Послеродовой метроррагический синдром.....	62
Реанимационная помощь новорожденному.....	65
Список рекомендуемой литературы.....	68

#### Раздел 2 Гинекология

Диагностика гинекологических заболеваний.....	69
Гинекологические методы исследования.....	71
Диагностические операции.....	72
Эндоскопические методы исследования.....	74
Рентгенологические методы исследования.....	77
Планы обследования больных с гинекологической патологией.....	78
Нарушения менструальной функции.....	78
Воспалительные заболевания придатков матки.....	79
Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.....	80
Гиперпластические процессы в эндометрии.....	80
Миома матки.....	81
Рак шейки матки.....	81
Рак эндометрия.....	82
Опухоли яичников.....	82
Лечебные назначения при гинекологической патологии.....	83
Воспалительные заболевания гениталий.....	83
Нарушения менструального цикла.....	89
Дисфункциональные маточные кровотечения.....	94
Гиперпластические процессы в эндометрии.....	97
Миома матки.....	98
Опухоли яичников.....	100
Рак эндометрия.....	101
Фоновые, предраковые и злокачественные заболевания шейки матки.....	104
Инфицированные аборты.....	105
Гинекологические операции.....	107
Искусственный аборт.....	107
Тубэктомия.....	108
Аднексэктомия.....	108
Надвлагалищная ампутация матки без придатков.....	109
Методы контрацепции.....	110
Внутриматочная контрацепция.....	110
Гормональная контрацепция.....	111
Список рекомендуемой литературы.....	113

*Содержание соответствует бумажному варианту пособия!*

ЛР № 020496

---

Подписано в печать 24.04.2001. Усл. печ. л. 7,5.  
 формат бумаги 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Гарнитура «тайме».  
 Тираж 800 экз. Заказ № 241

---

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия  
 им. И. И. Мечникова  
 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47