

ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ
Дисциплина «Акушерство и гинекология» 5 курс

ЭТАЛОН ОТВЕТА К БИЛЕТУ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1

Эталон ответа на теоретический вопрос.

К аномалиям костного таза относятся такие анатомические изменения, при которых все или хотя бы один из наружных размеров таза отличаются от нормальных на 2 см и более. Такой таз может быть причиной нарушения физиологического течения родов. Неправильная форма таза, сужение размеров его могут оказывать непреодолимое препятствие продвижению головки плода.

Критерием, определяющим сужение таза, принято считать 2 см, потому что при наружной пельвиометрии ошибка в этих пределах может быть результатом технической погрешности.

Повседневная клиническая практика показывает, что анатомическое сужение таза не всегда создает препятствие в родах. Нередко осложнения в родах возникают при несоразмерно большой головке плода по сравнению с тазом, таким образом, таз оказывается и функционально узким. Отсюда возникает необходимость различить 1) анатомически узкий таз и 2) функционально (клинически) узкий таз.

Какие признаки положены в основу классификации аномалий анатомически узкого таза?

И основу классификации аномалий анатомически узкого таза — сны два признака — форма сужения таза и степень его сужения.

Как классифицируются тазы по форме сужения?

По форме сужения таза различают: 1) часто встречающиеся и 2) редко встречающиеся.

Какие виды узкого таза относятся к часто встречающимся формам?

К часто встречающимся формам узкого таза относятся: 1) общеравномерно-суженный таз; 2) простой плоский таз; 3) плоскорохитический таз; 4) поперечно суженный таз.

Какие виды узкого таза относятся к редко встречающимся формам?

К редко встречающимся формам узкого таза относятся: 1) кососмещенный таз; 2) воронкообразный таз; 3) остеомалатический и др.

Как классифицируются тазы по степени сужения?

По степени сужения тазы классифицируются в зависимости от укорочения истинной конъюгаты, которая определяется при измерении диагональной конъюгаты (для определения истинной конъюгаты надо из диагональной конъюгаты вычесть 1,5—2 см).

Как разделяют тазы по степени укорочения истинной конъюгаты?

По степени укорочения истинной конъюгаты таз может быть:

1) I степени сужения (истинная конъюгата меньше 11 см до 9 см);

2) II степени сужения (истинная конъюгата меньше 9 см до 7 см);

3) III степени сужения (истинная конъюгата меньше 7 см);

Какова этиология аномалий анатомически узкого таза?

Причины развития аномалий анатомически узкого таза весьма разнообразны, они находятся в прямой зависимости от многочисленных влияний внутренней и внешней среды на организм девочки во время внутри- и внеутробной ее жизни. Особенно большое значение в формировании таза имеют периоды внутриутробной жизни, детства и полового созревания, когда еще не закончился процесс окостенения таза.

Во время внутриутробной жизни неправильное формирование таза может быть следствием нарушения обмена веществ между матерью и плодом, особенно минерального обмена. Большую роль играет диета беременной, дефицит витаминов и др.

В период новорожденности и раннего детства причиной патологического формирования таза может быть неполноценное искусственное вскармливание, плохие жилищные условия,

плохое питание, рахит, ранний детский тяжелый труд, перенесенные инфекционные заболевания (костный туберкулез, полиомиелит), травмы таза.

Как диагностируется анатомически узкий таз?

В диагностике анатомически узкого таза имеют значение следующие данные.

1. Анамнез общий, из которого необходимо выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит и другие заболевания, влияющие на формирование и строение скелета.
2. Анамнез специальный: начало и характер менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов, масса ранее родившихся детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до беременности и при предыдущих родах.
3. Объективные общие данные: рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета в данный период.
4. Объективные специальные данные: форма живота (остроконечная у первородящих и отвислая у повторнородящих) при поздних сроках беременности, угол наклона таза (в норме он составляет 45° — 55° , при узком тазе нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади и имеется выраженный лордоз поясничного отдела позвоночника).

Большое значение при получении объективных специальных данных в диагностике узкого таза имеет форма ромба Михаэлиса, который при общеравномерно-суженном тазе вытянут в вертикальном направлении, а при плоских — уплощен.

Основным методом исследования таза является его наружное измерение с помощью тазомера. Величина истинной конъюгаты определяется вычитанием 9 см/10 см/8 см (в зависимости от величины окружности запястья) из значения наружной конъюгаты.

Более достоверные данные, но которым можно составить представление о размерах и емкости таза, получаем при влагалищном исследовании, когда определяем величину диагональной конъюгаты, а вычитая из ее данных индекс Соловьева, получаем величину истинной конъюгаты.

Кроме того, применяется рентгенологическое и ультразвуковое исследование для определения внутренних размеров таза.

Эталон ответа к ситуационной задаче

1. Беременность 38-39 нед. Роды 3 срочные роды. 2ой период родов. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности.

2. Диагноз асинклитического вставления головы плода установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружено внеостевое стояние стреловидного шва. Стреловидный шов отклонен ближе к мысу крестца (в норме стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и симфиза, т. е. лежит по оси таза - синклитически). Диагноз передний асинклитизм (Негиле) поставлен из-за стояния стреловидного шва ближе к мысу и более низкого опущения передней теменной кости.

Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода (масса -4100 г, длина - 52-54 см, прямой размер головы- 12 см), затяжные (до 23 ч) роды у повторнородящей женщины, неправильное (асинклитическое) вставление головы плода, отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии околоплодных вод, положительный признак Вастена и Цангеймейстера. Вторичная слабость родовой деятельности подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовых сил во втором периоде родов.

3. Для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы пользуются признаком Генкеля - Вастена, размером Цангеймейстера и ультразвуковым исследованием. Условием для их определения является фиксированная голова плода во

входе в малый таз, полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, хорошая родовая деятельность.

Размер Цангемейстера измеряется тазомером в положении роженицы стоя или лежа на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату и запоминают ее размер, затем, не сдвигая пуговку задней бранши тазомера, пуговку передней передвигают с лобкового симфиза на наиболее выдающуюся точку предлежащей головы плода. Это и будет размер Цангемейстера. Если он меньше наружной конъюгаты на 3 см, прогноз родов хороший, если больше - прогноз плохой, если цифры одинаковые - прогноз родов сомнительный, свидетельствует о наличии незначительного несоответствия. Признак Генкеля - Вастена определяется в положении роженицы лежа на спине. Ладонь руки исследующий располагает на поверхности лобкового симфиза и скользит нею кверху по направлению к предлежащей голове. Если передняя поверхность головы находится выше плоскости симфиза, признак Генкеля - Вастена положительный, размеры головы плода не соответствуют размерам таза, прогноз родов неблагоприятный, роды самостоятельно закончиться не могут. Если передняя поверхность головы находится на одном уровне с симфизом, признак Генкеля - Вастена «вровень», исход родов сомнительный. Если передняя поверхность головы находится ниже плоскости симфиза, признак отрицательный, прогноз родов хороший, роды обычно заканчиваются самостоятельно.

У роженицы Н. размер Цангемейстера равен 21 см, наружная конъюгата - 20,5 см, т. е. - прогноз родов сомнительный. Признак Генкеля - Вастена у Н. положительный, т. е. роды не могут закончиться самостоятельно.

4. Анатомически узким тазом считается такой таз, в котором по сравнению с нормальным уменьшены все размеры, или некоторые размеры, или только один из главных размеров таза на 2 см или более.

Функционально, или клинически, узким тазом называют такой таз, который представляет затруднение и препятствие для рождения плода т.е. несоответствие размеров головки плода размерам таза. Функционально узкий таз может быть при анатомическом его сужении, при нормальных размерах таза и крупном плоде и при неправильном вставлении головы (разгибательное, асинклитическое и пр.). У роженицы Н. таз анатомически является нормальным, а клинически - узким (крупный плод, асинклитическое вставление головы).

Незначительно выраженный асинклитизм, наблюдающийся у Н., в большинстве случаев не препятствует, а способствует конфигурации головы и приспособлению ее к прохождению по родовому каналу. Под действием силы схваток и потуг голова, по-видимому, сможет в достаточной степени изменить свою форму и станет продвигаться. По мере опускания в полость малого таза асинклитизм, как правило, ликвидируется.

1. Показано срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Эталон ответа к практическому навыку Методика прижатия аорты (по Шмидту)

Показания: гипотоническое маточное кровотечение.

Цель - вызвать ишемию и рефлекторное сокращение матки (раздражение рецепторов и брюшно-аортального сплетения).

Способ Шмидта – ручное прижатие аорты кулаком.

Алгоритм действий

1. Женщину уложить на твердую поверхность.
2. Надеть перчатки.
3. Встать слева от женщины на подставку.
4. Кисть правой руки сжать в кулак.
5. Расположить руку слева выше пупка вертикально на живот женщины.

6. Прижать тыльной стороной основных фаланг пальцев аорту к позвоночнику слева до исчезновения пульсации в бедренной артерии.
7. Для усиления давления и «поддержки» правой руки обхватить её левой в области лучезапястного сустава.

ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ 5 КУРС
ДИСЦИПЛИНА АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8

**Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-несовместимости.
Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Показания к заменному
переливанию крови.**

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС -1

Резус-иммунизация во время беременности - появление у беременной резус-антител в ответ на попадание в кровотока фетальных эритроцитарных резус-антигенов.

Проходя через плацентарный барьер, резус-антитела разрушают эритроциты плода, вызывая гемолитическую анемию и желтуху, причина которых - гемолиз эритроцитов. 95% всех клинически значимых случаев гемолитической болезни плода обусловлены несовместимостью по резус (Rh)-фактору.

Резус-фактор – система аллогенных эритроцитарных антигенов человека, не зависящая от факторов, обуславливающих группу крови (системы ABO), и других генетических маркеров.

Резус – положительные лица могут быть гомозиготными (DD) и гетерозиготными (Dd), что имеет следующее практическое значение:

- Если отец гомозиготен (DD), что отмечается у 40-45% всех резус-положительных мужчин, то доминантный ген D всегда передается плоду. Следовательно, у резус-отрицательной женщины (dd) плод будет Rh – положительным в 100% случаев.
- Если отец гетерозиготен (Dd), а это около 55-60% всех резус-положительных мужчин, то плод может быть резус-положительным в 50% случаев, так как возможно наследование и доминантного, и рецессивного гена.

Таким образом, у резус-отрицательной женщины при беременности от резус-положительного мужчины в 55-60% случаев плод будет резус-положительным.

Определение гетерозиготности отца представляет определенные трудности, поэтому беременность резус-отрицательной женщины от резус-положительного мужчины следует вести как беременность резус-положительным плодом.

Резус-иммунизация во время первой беременности возникает у 1% резус-отрицательных женщин, беременных резус-положительным плодом. Риск возрастает с увеличением срока беременности. Эритроциты проникают через плацентарный барьер в 5% случаев в течение I триместра, в 15% - в течение II триместра и в 30% - в конце III триместра. Однако в подавляющем большинстве случаев количество попадающих в кровь матери клеток плода невелико и недостаточно для развития иммунного ответа. Риск возрастает при использовании инвазивных процедур и при прерывании беременности. Плодово-материнское кровотечение при амниоцентезе во II и III триместрах отмечается у 20% беременных, а при самопроизвольных или искусственных абортах – у 15%.

Иммунизация во время родов является следствием попадания эритроцитов плода в кровотока матери. Однако и после родов изоиммунизация наблюдается лишь у 10-15% резус-отрицательных женщин, рожаящих резус-положительных детей.

Факторы, влияющие на возникновение иммунизации при первой беременности и первых родах:

- Объем плодово-материнской трансфузии: чем больше антигенов попадает в кровотоки, тем выше вероятность иммунизации.
- Несовпадение матери и плода по системе АВО. Если беременная имеет группу крови 0, а отец – А, В или АВ, то частота резус-изоиммунизации снижается на 50-75%.
- Наличие в течение данной беременности травматизации плаценты при амниоцентезе, а также кровотечений при нормальном и низком расположении плаценты, ручном отделении плаценты и выделении последа, кесаревом сечении.
- Генетические особенности иммунного ответа: около 1/3 женщин не иммунизируются резус-антигеном во время беременности.

Если у женщины беременность не первая, на повышение риска иммунизации, влияют самопроизвольный или искусственный аборт, операции по удалению плодного яйца при внематочной беременности.

К факторам риска иммунизации, не связанным с беременностью, относится переливание резус-несовместимой крови.

Скрининг состоит из определения группы крови и резус-фактора. Он должен проводиться всем женщинам, планирующим беременность. Если женщина резус-отрицательная, проводится исследование группы крови и резус-фактора партнера. Если партнер резус-положительный, рекомендуется наблюдение за течением беременности с ранних сроков у акушера-гинеколога с ежемесячным контролем наличия резус-антител. При появлении резус-антител контроль проводится один раз в месяц до 30-32 недели, затем один раз в две недели.

Диагностика гемолитической болезни (ГБ) плода заключается в проведении неинвазивных и инвазивных методов. К неинвазивным относятся: УЗИ, доплерометрия, определение кровотока в средней мозговой артерии плода. К инвазивным методам относят кордоцентез, амниоцентез.

Гемолитическая болезнь плода и новорожденного классифицируется по 3 степеням в зависимости от тяжести гемолиза и способности плода компенсировать гемолитическую анемию. При тяжелой степени ГБ плода в ряде случаев необходимо проводить внутриутробное заменное переливание крови, что позволяет снижать риск развития отеочной формы и пролонгировать беременность.

Профилактика состоит в использовании анти-Rh₀ (D) – иммуноглобулина во время беременности в 28 недель и в первые 72 часа после родов в случае рождения резус-положительного плода, а также после абортов, амниоцентеза, операции при внематочной беременности с целью блокирования иммунного ответа у несенсибилизированных резус-отрицательных женщин

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС -2

Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов.

Диагностика. Принципы лечения.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) занимают первое место в структуре гинекологических заболеваний и являются причиной 60-65% обращений в женскую консультацию, 30% госпитализаций в стационар. Пик заболеваемости (4-12%) приходится на возраст 17 - 28 лет, что связано с сексуальной активностью и низкой частотой использования барьерных методов контрацепции¹.

Воспаление – это патологический процесс, возникающий в ответ на воздействие инфекта или разнообразных факторов экзогенной или эндогенной природы, характеризующийся развитием стандартного комплекса сосудистых и тканевых изменений.

Выделяют следующие фазы воспаления:

- Фаза альтерации – дистрофические и некротические сдвиги в ответ на внедрение инфекта;
- Фаза экссудации – реакция системы микроциркуляции с интенсивной экссудацией плазмы и миграцией лейкоцитов;
- Фаза пролиферации- размножение клеток пораженной ткани.

Механизмами биологической защиты организма при внедрении инфекта являются:

- Многослойный плоский эпителий влагалища (способность к слущиванию)
- Нормальная микрофлора влагалища (палочки Додерлейна)
- Кислая среда влагалища (рН 3,8-4,5)
- Слизистая пробка цервикального канала
- Циклическая отслойка функционального слоя эндометрия
- Перистальтика маточных труб и реснитчатого эпителия в сторону матки
- Местный и общий противоинфекционный иммунитет

Основные пути распространения инфекции: каналикулярный (восходящий), лимфогенный, гематогенный.

Классификация ВЗОМТ:

I. По клиническому течению выделяют:

- Острые ВЗОМТ;
- Хронические ВЗОМТ.

II. По этиологическому признаку:

- Неспецифические ВЗОМТ;
- Специфические ВЗОМТ (инфекции, передающиеся половым путем).

III. По распространению:

- Воспаление нижних отделов полового тракта;
- Воспаление верхних отделов полового тракта.

IV. По локализации:

1. Инфекции вульвы и влагалища;
2. Инфекционные поражения шейки матки (цервициты);
3. ВЗОМТ
4. легкого и среднетяжелого течения,
5. тяжелого течения
6. тубоовариальные гнойные образования

Основными возбудителями смешанных генитальных инфекций при ВЗОМТ являются:

1. Инфекции, передающиеся половым путем (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Herpes simplex virus*, *Trichomonas vaginalis*, Микоплазмы).
Neisseria gonorrhoeae, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* относятся к абсолютным патогенам, то при инфицировании, вызывают воспалительные заболевания органов малого таза в любом случае.
2. Условно-патогенные (оппортунистические) микроорганизмы
 - Анаэробные бактерии (*Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Prevotella spp.*)
 - Факультативные аэробные бактерии (*Escherichia coli*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenza*)

Условно-патогенные микроорганизмы вызывают воспаление только при нарушении барьерных механизмов защиты и локального противоинфекционного иммунитета. Преобладание полимикробных ассоциаций способствует хронизации заболеваний и активации аутоиммунных процессов².

Факторы риска ВЗОМТ

- возраст до 25 лет;
- рискованное сексуальное поведение;
- несколько половых партнеров;
- смена полового партнера (в пределах последних трех месяцев),
- ИППП в анамнезе
- акушерские и гинекологические операции и внутриматочные диагностические манипуляции [1,2];
- введение внутриматочной спирали в течение последних 3 недель [12]

Органы женской репродуктивной системы делятся по своему анатомическому расположению на два отдела:

1. нижний
2. верхний

Условная граница между двумя «этажами» проходит на уровне внутреннего зева.

Заболевания нижних отделов:

- Вульвит – воспаление слизистой половых губ и области преддверия влагалища.
- Вагинит – воспаление слизистой влагалища.
- Цервицит – воспаление цервикального канала.
- Бартолинит – воспаление бартолиновой железы (большая железа преддверия влагалища).
- Абсцесс бартолиновой железы.

Клинические проявления воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий представлены локальной симптоматикой: жжением, зудом, дизурическими проявлениями, белями различного характера (пенистыми, гнойными, водянистыми, творожистыми и т.д.), тянущими болями внизу живота (при цервиците).

Диагностика воспалительных заболеваний нижнего отдела гениталий складывается из:

1. Анамнеза
2. Гинекологического осмотра
3. Бактериоскопического, бактериологического метода исследования:
 - Микроскопия отделяемого уретры, цервикального канала, заднего свода влагалища, слизистой прямой кишки
 - ПЦР для определения вида возбудителя
 - Бактериальный посев с определением чувствительности возбудителя к действию антибактериальных препаратов

Заболевания верхних отделов:

- сальпингоофорит (воспаление яичников и маточных труб),
- эндометрит (воспаление слизистой оболочки тела матки),
- пельвиоперитонит (воспаление брюшины),
- параметрит (воспаление околоматочной клетчатки),
- tuboовариальный абсцесс (гнойное воспаление придатков матки).

Заболевания органов верхнего отдела женского репродуктивного тракта могут впоследствии привести к бесплодию, внематочной беременности, хронической тазовой боли, осложненному течению беременности, развитию спаечного процесса в малом тазу.

Клиника

Клинические симптомы ВЗОМТ неспецифичны. К основным симптомам относят боли внизу живота, слизисто-гнойные выделения из половых путей, диспареунию, болезненные менструации, межменструальные кровянистые выделения. В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, дизурия, рвота.

Выделяют предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ³.

Таблица 1. Предположительные, дополнительные и специфические критерии ВЗОМТ

Предположительные критерии	Дополнительные критерии
- болезненность при пальпации нижних отделов живота	- подъем температуры более 38,0 С
- болезненные тракции шейки матки при бимануальном влагалищном исследовании.	- большое количество лейкоцитов в вагинальном секрете;
- болезненность при пальпации области придатков при бимануальном влагалищном исследовании	- повышение СОЭ, повышение уровня СРБ
	- обнаружение <i>N. gonorrhoeae</i> или <i>S. trachomatis</i> в отделяемом из цервикального канала

Специфические критерии ВЗОМТ:

- признаки эндометрита по данным гистологического исследования
- обнаружение с помощью УЗИ или МРТ органов малого таза утолщенных, заполненных жидкостью маточных труб, осумкованное образование в области яичников в сочетании со свободной жидкостью в малом тазу
- признаки воспаления органов малого таза по данным лапароскопии.

Диагностика:

- общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение уровня СОЭ
- С-реактивный белок в сыворотке крови (СРБ)
- ПЦР на ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*)
- Микроскопия гинекологического мазка из четырех точек
- Бактериальный посев отделяемого женских половых органов с чувствительностью к антибиотикам
- УЗИ органов малого таза
- Диагностическая лапароскопия – при подозрении на ВЗОМТ и неэффективность консервативного лечения. С помощью лапароскопии проводится дифференциальная диагностика ВЗОМТ с эктопической беременностью, острым аппендицитом, дивертикулитом, карциномой маточной трубы, раком яичника, инфильтративными формами эндометриоза.

Лечение острых ВЗОМТ включает:

- антибактериальную терапию
- инфузионную терапию
- сенсибилизирующую терапию
- седативную терапию

Хирургическое лечение проводится при обнаружении остатков плодного яйца, децидуальной ткани, сгустков крови в полости матки, tuboовариальных серозных или гнойных образований, при отсутствии эффекта от консервативной терапии пельвиоперитонита в течение 4 часов.

- Физиотерапию по мере стихания воспаления
- Санаторно-курортное лечение.

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 39

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС- 1

Первичная слабость родовой деятельности. Диагностика. Лечение

Аномалии родовой деятельности

Аномалии родовой деятельности встречаются в 7-17% (в среднем 10-12% случаев). Особенно часто аномалии родовой деятельности возникают у женщин, страдающих экстрагенитальной патологией и гестозами, а также морфофункциональными изменениями матки. Часто аномалии родовой деятельности возникают у женщин с вегетососудистой дистонией, гипертонической болезнью, гиперандрогенией, гипотиреозом и некоторыми другими заболеваниями.

В 25% случаев при аномалии родовой деятельности наблюдаются травматические повреждения родовых путей, в 10% - гипотонические маточные кровотечения в раннем послеродовом периоде. Кроме того, вследствие аномалии родовой деятельности отмечается высокий травматизм новорожденных, перинатальная заболеваемость и смертность. Примерно каждое третье кесарево сечение производится по поводу этой патологии родового процесса, у каждой пятой роженицы с аномалией родовой деятельности роды заканчиваются оперативным путем.

До настоящего времени классификация аномалий родовой деятельности, предложенная И.И.Яковлевым, является наиболее удачной для использования в повседневной практике.

Классификация аномалий родовой деятельности (Яковлев И.И., 1969)

I. Патологический прелиминарный период.

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

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

III. Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).

IV. Дискоординированная родовая деятельность:

- 1) дискоординация;
- 2) гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);
- 3) судорожные схватки (тетания матки);
- 4) циркуляторная дистония (судорожное кольцо).

Слабость родовой деятельности

Слабость родовой деятельности – это такое состояние, при котором интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, поэтому темпы раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу происходят замедленными темпами.

Первичная слабость родовой деятельности – наиболее частая разновидность аномалий родовой деятельности (60-70%). В патогенезе первичной слабости родовой деятельности важную роль играют снижение уровня гормональной насыщенности (прежде всего эстрогенной); нарушение белкового, углеводного и жирового обмена, низкий уровень ферментативной активности (ферментов цикла Кребса); нарушение рецепторного аппарата матки.

Группа риска по развитию слабой родовой деятельности:

- частые инфекционные заболевания;
- поздний возврат наступления менархе;

- нарушения менструального цикла;
- общий или генитальный инфантилизм;
- врожденные аномалии развития матки;
- хронические воспалительные заболевания матки и придатков;
- многоводие;
- многоплодие;
- аборт в анамнезе;
- перенесенная беременность;
- эндокринопатии и ожирение;
- опухоли матки;
- первородящие в старшей возрастной группе;
- донная локализация плаценты;
- хроническая ПН и ЗРП;
- анатомический и клинический узкий таз;

Клиническая картина при первичной слабости родовой деятельности характеризуется слабыми, редкими (менее 2-х за 10 мин) и короткими схватками с самого начала родовой деятельности; слабой динамикой сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева; предлежащая часть долго находится в одной плоскости без тенденции к продвижению, при полном соответствии размеров плода и таза матери. При слабости родовой деятельности часто происходит несвоевременное излитие околоплодных вод, что приводит к повышенному риску развития инфекции в родах. Наличие инфекции в родах, в частности хориоамнионит, может еще больше усугубить слабость родовой деятельности.

Вторичная слабость родовой деятельности возникает после какого-то периода хорошей родовой деятельности, как в первом, так и во втором периоде родов. К причинам вторичной слабости следует прежде всего отнести утомление роженицы, несоответствие между размерами плода и таза матери, перерастяжение матки. Отдельно следует отметить, что иногда причинами вторичной слабости являются неправильное активное ведение родов, без учета естественных биологических процессов.

Для лечения слабости родовой деятельности используют амниотомию и в/в введение окситоцина 5 ЕД

При вторичной слабости родовой деятельности очень часто роды приходится заканчивать операцией наложения вакуум-экстрактора КИWI, так как она чаще всего выявляется во втором периоде родов, когда условий для проведения операции кесарева сечения уже нет.

Лечение слабой родовой деятельности в очень большой степени зависит от ее своевременности, а также от сопутствующих обстоятельств. При этом приходится учитывать возраст женщины, целостность плодного пузыря предшествующий акушерский анамнез (бесплодие, мертворождение, невынашивание), сопутствующие акушерские осложнения и экстрагенитальные заболевания. Поэтому слабость родовой деятельности в одних случаях требует лечения, а в других является показанием для оперативного родоразрешения.

Особо следует остановиться на противопоказаниях для родостимуляции, так как проведение ее в этих случаях может привести к трагическим последствиям, как для плода, так и для матери.

Противопоказания для медикаментозной родостимуляции:

- клинически и анатомически узкий таз;
- наличие рубца на матке;
- угрожающий разрыв матки;

- неправильное положение плода;
- частичная отслойка нормально расположенной плаценты;
- предлежание плаценты;
- острая или хроническая гипоксия плода;
- разрывы промежности 3-й степени в анамнезе;
- состояние после восстановления мочеполовых или кишечно-половых свищей;
- непереносимость окситоцина;
- тяжелый гестоз;
- синдром ЗРП II или III степени;
- недоношенная беременность;
- переношенная беременность;
- тазовое предлежание крупного плода

Каждый из вышеперечисленных моментов в сочетании с наличием слабости родовой деятельности является основанием для проведения операции кесарева сечения.

Амниотомия. Из акушерских пособий, применяемых для управления и ускорения родов, следует указать вскрытие плодного пузыря. Еще Н.Н.Феноменов писал: «Вскрытие плодного пузыря – могучее, подчас единственное средство родоусиления». Другой виднейший русский акушер К.К.Скробанский указывал, что «Разрыв пузыря не только ускоряет роды, но и значительно повышает эффективность наших обезболивающих методов, так как боли – подчас именно перед отхождением вод – теряют свой нестерпимый характер». Тогда еще не был известен патогенез этого феномена. Тактика ранней амниотомии (строго по показаниям) приводит к уменьшению средней продолжительности родов приблизительно на 60-120 минут.

Тактика врача при вторичной слабости родовой деятельности во втором периоде родов:

1. Внутривенное введение окситоцина
2. При появлении условий для наложения вакуум-экстрактора KIWI – выполнить эту операцию.
3. С целью профилактики кровотечения в III периоде родов – капельное введение окситоцина или карбетоцина продолжить до отделения и выделения плаценты, а также (в несколько меньшем темпе) в раннем послеродовом периоде – не менее 30 минут.

Профилактика слабости родовой деятельности

Наиболее эффективным методом подготовки шейки матки к родам и индуцирования родов у первобеременных с «незрелой» шейкой матки является цервикальный метод введения простагландинов, в частности ПГЕ₂ в дозе 0,5 мг. При недостаточно «зрелой» шейке матки оптимальным является влагалищный метод введения ПГЕ₂ – геля в дозе 2мг. Применение простагландинов в минимальной дозе позволяет снизить до минимума процент специфических (локальных) и неспецифических (системных) осложнений, наиболее частыми из которых являются дистресс-синдром у плода, проявляющийся брадикардией до 70 уд/мин в первую минуту введения препарата, возникновением поздних децелераций, гиперстимуляция родовой деятельности (более 5 схваток за 10 минут длительностью до 2 минут и более). Кроме того с целью подготовки шейки матки к родам рекомендуется назначение антигестагена - мифепристон. Мифепристон эффективно готовит шейку матки к родам. Предварительная подготовка миферпистоном повышает эффективность индукции простагландином

ЭТАЛОН ОТВЕТА НА ВОПРОС - 2

Аменорея. Классификация. Маточная форма аменореи

Характеристики нормального менструального цикла:

- Длительность менструального цикла – 24-38 дней
- Длительность менструального кровотечения – 3-8 дней
- Количество теряемой крови 5-80 мл
- Вариабельность менструального цикла ≤ 9 дней
- Отсутствие болевых ощущений, нарушающих образ жизни и трудоспособность или требующих приема лекарственных средств

Несоответствие менструального цикла любой из указанных характеристик относится к нарушениям менструальной функции

Классификация нарушений менструальной функции:

- Аномальные маточные кровотечения
- Аменорея (отсутствие менструаций)
- Дисменорея

Терминология

Опсоменорея - редкие менструации (интервал > 38 дней).

Олигоменорея – короткие менструации, мало дней (менее 3 дней).

Гипоменорея – скудные менструации, малое количество теряемой крови (менее 5 мл).

Пройоменорея – частые менструации (интервал < 24 дней).

Гиперменорея - обильные менструации (более 80 мл).

Гиперменорея - маточное кровотечение более 8 сут

Меноррагии - обильные менструации с ежемесячной кровопотерей более 80 мл и длительностью до 10 дней.

Метроррагия - межменструальное ациклическое кровотечение.

Аменорея - отсутствие менструации в течение 6 месяцев и более у женщин в возрасте от 16 до 45 лет.

Классификация аменореи:

1. Истинная

- Физиологическая (перед менархе, во время беременности и лактации, постменопауза)
- Патологическая: первичная и вторичная (прекращение менструаций после установления менструальной функции)

2. Ложная - нарушение оттока менструальной крови (вследствии атрезии девственной плевы, влагалища, цервикального канала шейки матки).

Классификация патологической аменореи

Классификация ВОЗ (1973)

- Гипогонадотропная
- Нормогонадотропная
- Гипергонадотропная

Классификация по уровню локализации

- Центральная (гипоталамо-гипофизарная)
- Яичниковая
- Маточная
- При заболеваниях щитовидной железы
- При заболеваниях надпочечников

Центральная первичная аменорея - первичная аменорея вследствие нарушения секреции и/или действия гонадотропин-рилизинг гормонов. Развивается гипогонадотропный гипогонадизм: евнухоидный тип телосложения, недоразвитие половых органов, первичная аменорея.

- Мутации, нарушающие строение b-субъединицы гонадотропинов
 - Образование гонадотропинов со сниженной биологической активностью
 - Мутации генов, кодирующих рецепторы к гонадотропинам
 - Уменьшение образования рецепторов к гонадотропинам
1. Синдром Прадера-Вилли – дефект 15 хромосомы

Клиника: Нарушение физического развития в пубертатном периоде, выраженное ожирение, мышечная гипотония, артериальная гипотензия, задержка психического развития.

2. Синдром Лауренса-Муна-Бидля – аутосомно-рецессивный тип наследования

Клиника: Полидактилия, ожирение, задержка психического развития, пигментозный ретинит.

3. Синдром Каллмана – несколько типов наследования

Клиника: Аносмия, аномалии строения неба, снижение остроты слуха, мозжечковая атаксия.

Центральная вторичная аменорея. Причины:

1. Острый и хронический психоэмоциональный стресс (стресс-амеорея)
2. Нервная анорексия
3. Аменорея при чрезмерных физических нагрузках (триада женщин-атлетов: аменорея, нарушение питания, остеопороз)
4. Отмена гормональных контрацептивов
5. Синдром Шихана
6. Аденома гипофиза (пролактинома, гиперпродукция СТГ, АКТГ)

Яичниковая аменорея – Возникает первично вследствие гонадных, хромосомных или генетических дефектов, приводящих к нарушению механизма обратной связи между яичниками и гипофизом, вторично при недостаточности эндокринной функции яичников. Овариальная недостаточность бывает:

1. Функциональной:
 - СПКЯ (повышенная секреция андрогенов яичниками)
 - Синдром истощения яичников
 - Синдром резистентных яичников
2. Анатомической:
 - Гормонально активные опухоли яичников
 - Кастрация (овариэктомия, облучение, химиотерапия).
3. Вследствие аутоиммунных заболеваний.
4. Врожденной - дисгенезия гонад, обусловленная хромосомными aberrациями (синдром Шерешевского— Тернера).

Для первичной яичниковой аменореи характерно отсутствие менструаций, гипоплазия молочных желез, наружных и внутренних половых органов, бесплодие.

Маточная аменорея – для данной аменореи характерно нормальное количество эстрогенов и прогестерона, нормальный уровень секреции гонадотропинов гипофизом.

Выделяют функциональную, органическую и врожденную форму маточной аменореи.

Функциональная возникает вследствие удаления базального слоя эндометрия при выскабливании слизистой полости матки.

Органическая: синдром Ашермана, туберкулез эндометрия

Врожденная: синдром Рокитанского-Кюстнера (аплазия матки).

Аменорея при заболеваниях надпочечников:

- Аденогенитальный синдром (врожденная гиперплазия надпочечников при недостаточности ферментов 21-гидроксилазы и 11-гидроксилазы при синтезе кортизола и, соответственно, повышенной стимуляции АКТГ)

- Повышенная выработка АКТГ
- Опухоли надпочечника
- Синдром Иценко-Кушинга

Диагностика аменореи включает:

1. Сбор анамнеза (наследственность, перенесенные заболевания, травмы, операции, менструальная и репродуктивная функции, заболевания щитовидной железы и надпочечников, патологическая кровопотеря)
2. Осмотр (телосложение, характер отложения жира, выраженность вторичных половых признаков, характер оволосения на лице и теле, состояние щитовидной железы, признаки дефеминизации и маскулинизации)
3. Гинекологический осмотр (тип оволосения на лобке, развитие НПО, ВПО)
4. Дополнительные исследования (генетические исследования, УЗИ, гормональные исследования: ЛГ, ФСГ, ТТГ, Пролактин, Тестостерон, Кортизол, ДАЭС, КТ мозга)

Лечение аменореи

Маточная форма (синдром Ашермана) – рассечение спаек, ВМС, эстрогены

Яичниковая форма – ЗГТ

Гипофизарная форма – при наличии опухоли оперативное, при неопухолевом генезе – чХГ, профази, прегнил, чМГ, хумегон, пергонал

Гипоталамическая форма – пульсовое введение гонадолиберинов или чХГ/чМГ