

**ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ 5 КУРС**  
**ДИСЦИПЛИНА АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Экзаменационный билет № 8

1. Гемолитическая болезнь новорожденных по резус-несовместимости. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. Показания к заменному переливанию крови.
2. Воспалительные заболевания верхнего отдела женских половых органов. Диагностика. Принципы лечения.

**ЗАДАЧА №1**

Первородящая 27-ти лет поступила через 4 часа от начала родовой деятельности.

Беременность желанная, доношенная. При проведении I скрининга + биохимический скрининг риск ПЭ 1 из 56 (высокий риск развития преэклампсии). Воды не отходили. При поступлении АД 180/100 мм рт.ст. Отеки на нижних конечностях, в моче 3 г. белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на «распирающие» боли в животе. Предлежащая часть плода не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в 1 минуту, аритмичное. Матка напряжена, ассиметричной формы за счет увеличения левого угла матки. Пульс 100 ударов в 1 минуту, мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет.

При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, плодный пузырь резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

- Предположите наиболее вероятный диагноз
- Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
- Алгоритм первой неотложной помощи.
- Какова дальнейшая акушерская тактика.

**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 кровотоки 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 АВО), 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 кровотоки 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 снизить риск развития отечной формы и пролонгировать беременность.

Профилактика состоит в использовании анти-Rh<sub>0</sub> (D) – иммуноглобулина во время беременности в 28 недель и в первые 72 часа после родов в случае рождения резус-положительного плода, а также после аборт, 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 контрацепции<sup>1</sup>.

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 процессов<sup>2</sup>.

### **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 ВЗОМТ<sup>3</sup>.

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>C. 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.

**Эталон ответа на ситуационную задачу**

**Предположите наиболее вероятный диагноз**

1 период 1 срочных родов. Преэклампсия тяжелой степени. Отслойка нормально расположенной плаценты. Прогрессирующая внутриутробная гипоксия плода

**Обоснуйте поставленный Вами диагноз.**

Преэклампсия тяжелой степени выставлен на основании уровня АД-180/100 мм.рт.ст., выраженных отеков нижних конечностей, уровня протеинурии – 3 г. Диагноз «отслойка нормально расположенной плаценты» выставлен на основании внезапных резких болей в животе с картиной геморрагического шока – бледность кожных покровов, тахикардия, напряженной матки ассиметричной формы и признаками прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода- частота сердцебиения 90 ударов в минуту, аритмичное, глухое.

**Алгоритм первой неотложной помощи.**

Первые действия врача-акушера заключаются в вызове врача анестезиолога-реаниматолога, проведению амниотомии, катетеризации двух периферических вен с введением 40 мл 25% раствора сернокислой магнезии через инфузомат и раствора транексамовой кислоты 1000 мг. Транспортировка в родильный блок на каталке.

### **Какова дальнейшая акушерская тактика.**

Проведение неотложного кесарева сечения с эндотрахеальным наркозом и ИВЛ, введением свежемороженой плазмы (до 1000 мл).

Дальнейшая тактика определена верно.

В чем ошибки наблюдения за беременной в женской консультации:

Врачом женской консультации не установлен диагноз преэклампсия тяжелой степени, не проведена своевременная госпитализация, в связи с чем беременная группы риска по развитию преэклампсии (биохимический скрининг риск 1 из 56) госпитализирована через 4 часа от начала родовой деятельности с преэклампсией тяжелой степени и развитием жизнеугрожающего состояния - «отслойка нормально расположенной плаценты».

## **Экзаменационный билет № 39**

1. Первичная слабость родовой деятельности. Диагностика. Лечение
2. Аменорея. Классификация. Маточная форма аменореи

### **Ситуационная задача №10**

Больная 22 лет доставлена в клинику с жалобами на резкие боли схваткообразного характера, наступившие сегодня утром после дефекации, сопровождающиеся полубморочным состоянием, головокружением, рвотой. Больной считает себя около двух недель. Последние срочные месячные наступили две недели тому назад, и с тех пор продолжаются в виде скудных кровянистых выделений. В течение двух недель отмечает периодические приступы схваткообразных болей, сопровождающиеся чувством тошноты. Менструации регулярные, через 28 дней по 3-4 дня, необильные. Не болезненные. Половая жизнь в течение трех лет. Имеет 2-х летнего ребенка, после родов предохраняется от беременности.

Объективно: Больная среднего роста, правильного телосложения, нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. Т – 36,0. Язык чист и влажен. Живот вздут, напряжен, резко болезнен в нижних отделах. При перкуссии – притупление перкуторного звука.

Влагалищное исследование: В зеркалах: слизистая вульвы и влагалища цианотична. Вход во влагалище рожавшей. Шейка цилиндрическая, наружный зев приоткрыт, матка увеличена до размеров 5 – недельной беременности, в правильном положении, мягковатой консистенции, болезненна при движении. В области правых придатков прощупывается тестоватость. Задний свод уплотнен, резко болезнен. Левые придатки без особенностей. Диагноз, лечение.

## 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;
- переносная 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 KIWI, 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 ПГЕ<sub>2</sub> в дозе 0,5 мг. При недостаточно «зрелой» шейке матки оптимальным является влагалищный метод введения ПГЕ<sub>2</sub> – 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  $\leq 9$  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: внухюидный 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-атлеток: 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:**

- Аденогитальный 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 неопухоловом генезе – чХГ, профази, прегнил, чМГ, хумегон, пергонал

Гипоталамическая форма – пульсовое введение гонадолиберина или чХГ/чМГ

#### **Эталон ответа на ситуационную задачу**

Предварительный диагноз: правосторонняя трубная беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.

Обоснование диагноза:

Внезапно возникшие резкие боли схваткообразного характера;

В течение двух недель отмечает периодические приступы схваткообразных болей, сопровождающиеся чувством тошноты.

Полуобморочное состояние, головокружение, рвота;

Нарушение менструального цикла: последние срочные месячные наступили две недели тому назад, и с тех пор продолжаются в виде скудных кровянистых выделений.

Живот вздут, напряжен, резко болезнен в нижних отделах.

При перкуссии живота – притупление перкуторного звука.

Матка увеличена до размеров 5 – недельной беременности, болезненна при движении.

В области правых придатков прощупывается тестоватость.

Задний свод уплотнен, резко болезнен.

Дополнительные методы исследования: больной необходимо провести ультразвуковое исследование, исследование крови на ХГЧ, общий анализ крови, коагулограмму, биохимический анализ крови, определение групповой и резус-принадлежности крови.

В данном случае необходимо произвести лапароскопию с правосторонней тубэктомией.