

КМ-АГ-23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

Кафедры акушерству и гинекологии №1 и №2

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по производственной практике

основной профессиональной образовательной программы высшего образования

- программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки 3.1. клиническая медицина по специальности 3.1.4. акушерству и гинекологии,

утвержденной ректором ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России 13.04.23г.

Владикавказ, 2023

Составители: проф., д.м.н. Л.В. Цаллагова, проф., д.м.н. Т.И. Цидаева,
проф., д.м.н. Майсурадзе

Рецензенты:

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2
ФГБОУ ВО СОГМА, к.м.н.,

А.А. Чельдиева

Зав. кафедрой детских болезней №1

Т.Т. Бораева

ФГБОУ ВО СОГМА д.м.н., профессор

В методическом пособии дано описание выполнения основных практических навыков, овладение которыми аспирантами обязательно в курсе изучения дисциплины акушерство и гинекология

Методическое пособие включает перечень современных литературных источников.

Иммунологический метод диагностики беременности

1. Гравимун-тест основан на содержании хорионического гонадотропина в моче беременных, как антигена в реакции пассивной гемагглютинации.
2. Ампулу с антисывороткой кроликов открывают пилочкой и к содержимому прибавляют 0,4 мл фосфатного буфера хлорида натрия.
3. Немедленно в ту же ампулу капилляром добавляют 2 капли свежеутренней профильтрованной мочи.
4. Содержимое ампулы перемешивают, после чего оставляют ее в штативе коробки на 2 ч при комнатной температуре.
5. Через 2 ч фиксируют результат. Если эритроциты осели на дно ампулы в виде кольца или кнопки (пуговицы), т. е. не произошло агглютинации, результат реакции оценивают, как положительный. Если эритроциты распределились диффузно — результат отрицательный.

Установление членорасположения плода в матке.

Диагностика многоплодия

Членорасположение (*habitus*)—отношение головки и мелких частей к туловищу. Нормальным называется членорасположение, при котором туловище плода согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке.

Исследование беременных производят последовательно, применяя четыре наружных акушерских приема (приемы Леопольда). Беременная (роженица) лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных суставах. Врач справа от нее

лицом к ее лицу. Необходимо, чтобы перед исследованием были опорожнены мочевой пузырь и кишечник.

Первый прием. Цель — определить высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.

Методика. Ладонные поверхности обеих рук располагают на дне матки, а пальцы были обращены ногтевыми фалангами друг другу.

Пальцы рук сближают и осторожными надавливаниями вниз определяют уровень стояния дна матки.

Второй прием. Цель — определить положение, позицию, вид плода.

Методика. Ладони обеих рук перемещают на боковые поверхности матки и определяют, в какую сторону обращены спинка и мелкие части плода. По положению спинки судят о позиции и виде плода.

Третий прием. Цель — определить характер предлежащей части и ее отношение к малому тазу.

Методика. Одну руку (обычно правую) кладут немного выше лобкового сращения так, чтобы большой палец находился на одной, а четыре остальных на другой стороне нижнего сегмента матки. Медленным и осторожным движением, пальцы погружают вглубь и обхватывают предлежащую часть. Головка прощупывается в виде плотной округлой части, имеющей отчетливые контуры. При тазовом предлежании прощупывается объемистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы. При поперечном и косом положениях предлежащая часть не прощупывается.

Четвертый прием. Цель — определить предлежащую часть и уровень ее стояния по отношению ко входу в малый таз.

Методика. Акушер поворачивается к ножному концу исследуемой. Обе ладони кладут в надлобковой области концами пальцев навстречу, пытаясь соединить их между предлежащей частью и лоном. Если пальцы обеих рук акушера проникают между головкой и плоскостью входа в малый таз; головка подвижна над входом в малый таз. Если скользящие по головке кисти рук акушера расходятся, головка находится малым сегментом во входе в малый таз.

Если скользящие по головке кисти рук акушера сходятся, головка находится большим сегментом во входе в малый таз; при ощущении «цилиндра» — малым сегментом во входе; ощущении «сходящегося клина» — большим сегментом во входе.

Ранняя диагностика позднего токсикоза беременных

В женской консультации проводятся следующие исследования:

1. Взвешивание (физиологическая прибавка в весе за неделю 350,0 г — в день до 50 г.) За одну неделю в третьем триместре беременности увеличение массы тела не должно превышать 22 г на 10 см роста и 55 г на каждые 10 кг исходной массы (Школьник Б. И.).

2. Измерение окружности голеностопного сустава. Увеличение ее за неделю более 1 см указывает на появление скрытой отечности.

3. Применение набора колец разного диаметра для пальцев, надеваемых на палец беременной «СК» (соликоновые кольца). Когда кольцо становится тесным, его трудно снять, а на месте кольца, снятого с пальца, остается глубокая борозда, считают, что появились скрытые отеки.

4. Суточный диурез. Выделение мочи должно быть в 3,5—2 раза больше, чем принято жидкости с учетом приема пищи.

5. Раннее выявление в моче следов белка. Даже следы белка можно расценивать, как признак возможного токсикоза. **Проба с сульфосалициловой кислотой.** К 1,5—2 мл профильтрованной мочи добавляют 1—2 капли 20% сульфосалициловой кислоты. Помутнение мочи подтверждает качественно наличие белка.

6. **«Волдырная» проба Мак—Клор—Олдрича.** Внутривенно в переднюю поверхность предплечья вводится 0,2 мл физиологического раствора. Быстрое рассасывание папулы (менее 40 минут), свидетельствует о повышенной гидрофильности тканей.

7. Ортостатическая проба Н. И. Харевича. Измеряем артериальное давление на левой и правой руках в положении лежа после 10-минутного отдыха. После этого женщина встает. Измеряем: давление сразу после подъема и спустя 5 минут. Падение диастолического давления на 5% свидетельствует о лабильности регуляции сосудистого тонуса и является предвестником развития артериальной гипертензии.

Клинические признаки начала родов

Предвестники родов:

1. За 2—3 недели до родов опускается дно матки ниже мечевидного отростка. Прекращается стеснение диафрагмы, дыхание становится свободным.

2. Предлежащая часть опускается ниже, ко входу в таз, что ведет к учащенному мочеиспусканию.

3. Выпячивание пупка.

4. Матка легко возбудима. Появляются схватки — предвестники, сопровождающиеся тянущими болями в пояснице и крестце, не имеют правильного ритма, короткие, редкие, слабой силы, не сопровождаются раскрытием маточного зева.

5. Выделение из влагалища густой тягучей слизи в результате выталкивания слизистой пробки из шейного канала.

6. Накануне родов хорошо выражены признаки «зрелости» шейки матки: расположена по оси, размягчена; у повторнородящих шейный канал пропускает палец.

Клиническими объективными признаками начала родовой деятельности являются;

а) истинные родовые схватки — сокращение мышц матки, повторяющиеся через определенные интервалы. Вначале продолжительностью 10—15 сек., интервалы 10—15 мин. Затем продолжительность схватки

увеличивается, а интервалы между ними сокращаются. Максимальная продолжительность схватки к концу периода раскрытия составляет 60—70 сек., а интервалы 1—2 мин.;

б) отхождение слизи из цервикального канала, окрашенной кровью;

в) сглаживание и раскрытие шейки матки;

г) образование конуса плодного пузыря;

д) в некоторых случаях происходит излитие околоплодных вод: преждевременное (до начала родовой деятельности) и раннее (в 1 периоде родов до полного раскрытия шейки матки).

Динамика родового акта и продвижения головки определяется путем внутреннего акушерского исследования, которое производится при поступлении в родильный дом и после отхождения околоплодных вод, при патологических родах — по показаниям..

Ориентировочно о степени раскрытия шейки матки в родах, судят по высоте контракционного кольца (граница между сокращающимся полым мускулом и растягивающимся нижним сегментом матки). Шейка матки при родах обычно бывает раскрыта на столько, на сколько поперечных пальцев контракционное кольцо расположено выше лонной дуги.

Продолжительность родов у первородящих 12-14 ч., у повторнородящих 7-8 ч. К патологическим относятся роды, продолжительность которых превышает 18 часов. Быстрые роды — продолжительность у первородящих от 6 до 4 ч., повторнородящих - 4-2 ч.; стремительные роды - у первородящих 4 ч и менее, у повторнородящих - 2 ч. и менее.

Различают три периода родов:

I период — период раскрытия — сглаживание и раскрытие шейки матки. Продолжительность его у первородящих — 10-11 часов, у повторнородящих — 5-6 часов.

1. Раскрытие шейки матки происходит неравномерно: как у перво-, так и повторнородящих первая половина периода раскрытия продолжается примерно в 2 раза дольше, чем вторая.

2. По В. Е. Роговину, для раскрытия от 2 до 4 см – 2 ч., 4-6 см - 1,5 ч., 6-8 см – 1 ч., 8 см и до полного раскрытия маточного зева - 1,2 ч.

3. Наблюдение за общим состоянием роженицы каждые 2 часа (окраска кожных покровов, головная боль, головокружение, температура, Рз, АД, контроль мочеиспускания – если задерживается свыше 3-4 часов - опорожнение мочевого пузыря; если роды, длятся свыше 8-10 ч. и предлежащая часть не опустилась на тазовое дно – очистительная клизма).

4. Наружное акушерское исследование производить систематически и многократно, аускультацию каждые 15-30 мин., следить за степенью фиксации головки.

5. При отхождении вод более бдительное наблюдение, особенно за сердечными тонами плода (каждые 5—10 минут).

II период – период изгнания – рождение ребенка. Продолжительность у первородящих – 1-2 ч., у повторнородящих – от 10 мин до 1 часа.

1. Бдительность наблюдения должна быть усугублена.

2. Выслушивать сердечные тоны плода после каждой потуги через 1-2 мин. Отмечать не только частоту, но и звучность (ясные, глухие), правильность (ровные, аритмичные).

III период – послеродовой – отделение последа и выделение наружу. Продолжительность 15—60 мин., в среднем 30 мин.

1. Наблюдение за общим состоянием, кровотечением, а также величиной матки и уровнем стояния ее дна.

2. Тщательный осмотр последа.

3. Ручное отделение плаценты при кровотечении, превышающем допустимую степень кровопотери (0,5% веса), если нет признаков отделения последа в течение 2 ч.

4. Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал.

Диагностика клинически узкого таза

I. В конце беременности.

1. Высокое стояние дна матки (отвислый или остроконечный живот).
2. Баллотирование, подвижность головки, с началом родовой деятельности.
3. Преждевременное отхождение вод.

II. При полном открытии зева.

1. Признак Генкель—Вастена акушер кладет обе руки параллельно, одну на лоно, а второй придавливает головку к промоторию. Сравнивая высоту обеих рук, акушер может сделать заключение о соответствии головки и таза или отсутствии такового:

а) ладонь, лежащая на головке, оказывается ниже ладони, лежащей на лоне — «признак отрицательный» — свидетельствует о соответствии размеров головки плода и размеров таза роженицы;

б) обе ладони оказываются на одном уровне — «признак вровень» свидетельствует о том, что соответствие сомнительно;

в) ладонь, лежащая на головке, оказывается выше ладони, лежащей на лоне — «признак положительный» — свидетельствует о несоответствии размеров головки плода и размеров таза роженицы.

2. Прием Цангемейстера—акушер сначала измеряет тазомером наружную конъюгату, а затем не сдвигая задней бранши тазомера, переднюю ставит на наиболее выдающуюся точку головки. Если размер Цангемейстера будет больше наружной конъюгаты, значит между тазом и головкой имеется несоответствие.

Техника пудендальной анестезии

1. Роженицу уложить на спину с разведенными и согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, подошвы обеих ног упираются в подставки для ног поперечной кровати Рахманова.

2. Обработать наружные половые органы женщины, промежность и область седалищных бугров раствором антисептика.

3. Пальцем отыскивают углубление (ямку) посередине между седалищным бугром и заднепроходным отверстием и непосредственно в кожу этого участка 2-граммовым шприцом с тонкой иглой вводят 1—1,5 мл 0,25% раствора новокаина до образования «лимонной корки». Затем с помощью 10-20-граммового шприца с тонкой длинной иглой (8—10 см) производят прокол кожи на месте «лимонной корки» вглубь тканей на 5—6 см и вводят от 50 до 100 мл 0,25% новокаина. Каждому движению иглы предшествует введение новокаина.

4. Раствор новокаина вводят в оба ишио-ректальных пространства.

Техника амниотомии

1. Уложить роженицу на гинекологическое кресло или «поперечную» кровать Рахманова А. Н.

2. Обработать наружные половые органы раствором антисептика.

3. Сделать бимануальное исследование.

4. Под контролем внутренней руки ввести любой колющий инструмент (браншу пулевых щипцов, зажим Кохера, амниотом) и разорвать плодный пузырь.

5. Зажать пальцем отверстие в плодном пузыре и постепенно выпустить передние воды (опасность выпадения пуповины!!!).

6. Расширить отверстие в плодном пузыре (снять оболочки с

предлежащей части).

7. Вывести руку и обработать влагалище антисептическим раствором.

Эпизио- и перинеотомия

1. Выполнять в момент прорезывания предлежащей части.

2. Дополнительно смазать раствором антисептика кожу промежности по намеченной линии разреза.

3. Завести браншу ножниц между предлежащей частью и стенкой влагалища и повернуть лезвием в сторону промежности.

4. Сделать разрез на 2—3 см (не более!):

а) в случае эпизиотомии — латерально от задней спайки влагалища в направлении седалищного бугра;

б) в случае перинеотомии — от задней спайки по срединной линии кзади (опасность продолжения разрывом наружного жома и прямой кишки!).

Ручное пособие по защите промежности

1. Воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. При прорезывании головки, положив три пальца левой руки на головку, задерживают быстрое продвижение головки и предупреждают преждевременное разгибание, чтобы прорезывание головки проходило окружностью по малому косому размеру.

2. Выведение головки вне потуги.

Как только заканчивается потуга, большим и указательным пальцами правой руки над головкой бережно растягиваем вульварное кольцо.

3. Уменьшение натяжения промежности.

Для этого правую руку ладонью кладут на промежность так, чтобы четыре пальца плотно легли слева, а большой справа от половых губ.

Надавливая концами пальцев на мягкие ткани, опускают их книзу. В связи с этим, растяжение промежности уменьшается, кровообращение в ней улучшается.

4. Регуляция потуг.

При пререзывании головки предлагают женщине положить руки на грудь и глубоко дышать. При необходимости женщина тужится с соответствующей силой.

5. Выведение плечиков.

Головка берется ладонями рук и низводится до рождения переднего плечика. После этого подтягивают головку вверх, чтобы родилось нижнее плечико. Средние пальцы обеих рук заводят под мышки и выводят туловище.

Пособие по Н. А. Цовьянову при чистых ягодичных предлежаниях

1. Роженицу укладывают на спину с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами, подошвы обеих ног упираются в подставки для ног кровати Рахманова.

2. Провести влагалищное исследование.

3. Провести пудендальную анестезию раствором новокаина 0,25%.

4. Прорезавшиеся ягодичы в прямом размере выхода таза покрыть стерильной пленкой (для уменьшения скольжения плода) и захватить руками так, чтобы большие пальцы акушера располагались на бедрах плода, а остальные четыре — на крестцовой поверхности плода.

5. Ножки поддерживают от преждевременного рождения и направляют туловище плода вверх, по пути, являющемуся продолжением оси родового канала.

6. По мере рождения туловища плода, врач постепенно передвигает руки по направлению к половой щели роженицы, большими пальцами прижимая вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук перемещает кверху по спинке — туловище переходит в косой, а затем в прямой размер к

моменту рождения плода до нижнего угла лопаток.

7. Для облегчения самостоятельного рождения из-под лонной дуги передней ручки ягодицы направляют на себя и к соответствующему рождению (при I позиции — к левому, при II позиции — к правому) бедру.

8. Для рождения задней ручки плод поднять кверху (кпереди).

9. Для рождения головки туловище плода направляют книзу до появления границы волосистой части, а потом кверху.

Если рождение головки задерживается, ее освобождают приемом Морисо – Левре – Ляшапель.

Классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

Показание — затруднения в выведении плечевого пояса и головки.

Этапы — освобождение ручек и освобождение головки.

1. Освобождение ручек:

а) первой освобождается задняя ручка со стороны промежности одноименной рукой врача: при I позиции — правой; при II позиции — левой;

б) вторая ручка также освобождается у промежности, для чего туловище плода поворачивают на 180°.

Техника.

1. Свободной рукой захватывают обе ножки в области нижней трети голени, отводят кверху (кпереди) в сторону противоположного пахового сгиба рожденицы.

2. Указательным и средним пальцами руки входят внутрь со стороны спинки плода, вдоль по лопатке, по плечу, по локтевому сгибу до предплечья низводят книзу, совершая как бы «омывательное движение».

2. Обеими руками захватывается туловище плода, чтобы большие пальцы располагались на лопатках по бокам позвоночника, а остальные пальцы обхватывали грудную клетку. Туловище поворачивают вокруг оси на 180° так, чтобы спинка прошла под симфизом.

3. Освобождается вторая ручка таким же образом, как и первая.

II. Освобождение головки:

1. Рука, освободившая вторую ручку, вводится во влагалище. Туловище плода ложится на внутреннюю поверхность предплечья этой руки, по бокам («плод сидит верхом на предплечье»).

2. Ногтевую фалангу указательного пальца этой руки вводят в ротик плода для сгибания головки и удерживании ее в согнутом положении.

3. Ладонная поверхность наружной руки плотно прилегает к плоду, указательный и средний пальцы вилообразно располагаются по бокам шеи, причем концы этих пальцев не должны надавливать на ключицы.

4. Наружная рука производит тракцию: головка во входе в таз — влечение книзу; головка в полости — горизонтально; когда подзатылочная ямка показывается под нижним краем симфиза, влечение производят кверху.

5. Одновременно помощник должен обеспечить защиту промежности или до выведения головки сделать эпизиотомию.

Ведение родов при ножных предлежаниях

1. Положение на кровати Рахманова, как при пособии при чистых ягодичных предлежаниях.

2. Произвести влагалищное исследование с целью уточнения ножного предлежания.

3. Произвести пудендальную анестезию Sol. Novocaini 0,25%.

4. Положение акушера — сидя на стуле лицом к роженице, справа от нее.

5. Покрывать стерильной салфеткой находящиеся в вульварном кольце пятку (или пятки) плода и ладонью, приставленной к вульве, при каждой потуге оказывать противодействие изгнанию ножек, не давая им родиться до полного открытия маточного зева.

6. Прекратить противодействие рождающимся ножкам при сильном

выпячивании промежности напираниями на нее ягодицами. Зияние заднепроходного отверстия при частых и сильных потугах, высоком стоянии контрационного кольца (на 4—5 см выше симфиза), появление ножек плода из-под краев ладони, несмотря на противодействие рук акушера, свидетельствует о полном раскрытии маточного зева.

7. Продолжительность противодействия от 20-30 минут до 3-4 часов.
8. Дальнейшее ведение родов по общим правилам.
9. Обязательное условие — систематическое выслушивание сердцебиения плода — после каждой схватки — потуги.

Кесарево сечение по Гусакову

1. Общее обезболивание.
2. Обработка операционного поля.
3. Вскрытие брюшной полости (кожа, подкожная клетчатка, апоневроз, мышцы, брюшина).
4. Вскрытие пузырно-маточной складки и низведение тупым путем мочевого пузыря книзу и кверху.
5. Вскрытие нижнего сегмента матки поперечным разрезом.
6. Вскрытие плодного пузыря.
7. Выведение головки (тазового конца) плода. Отделение новорожденного от матери и передача его врачу-неонатологу.
8. Извлечение последа потягиванием за пуповину, кюретаж матки. Ушивание раны на матке двухэтажным кетгутовым швом. Перитонизация листками пузырно-маточной складки.
9. Туалет брюшной полости, проверка гемостаза, осмотр придатков матки, счет салфеток и инструментов.
10. Послойное ушивание брюшной раны в обратном порядке.
11. Выведение мочи и асептическая повязка.

Наружные признаки отделения плаценты

Ведя первый акт послеродового периода строго консервативно и наблюдая за роженицей, врач должен уметь определить момент, когда послед отделился и опустился в выходную трубу.

1. Овоидная, как бы «ретортообразная» форма матки: некоторое отклонение ее в сторону и повышение уровня стояния дна матки на 5—6 см выше пупка или почти до реберной дуги свидетельствует о том, что плацента отделилась и опустилась в нижний отдел родовых путей (симптом песочных часов).

2. Признак Шредера: матка становится плосче, уже, поднимается выше пупка, над лобком образуется мягкое подушкообразное выпячивание.

3. Признак Кюстнера: при надавливании краем кисти над лоном, свисающая из половой щели пуповина втягивается во влагалище, если плацента не отделена; она остается неподвижной, если плацента отделилась.

4. Признак Штрассмана: поколачивание по дну матки передается наполненной кровью пупочной вене. Пальцами одной руки производится перкуссия по дну матки, пальцами другой руки ощущается волнообразный толчок выше пупочной лигатуры. Этот симптом отсутствует, если плацента уже отделилась от стенки матки.

5. Признак Альфреда: тесьма, наложенная на пуповину близ наружных частей, после отделения плаценты отходит от вульвы сантиметров на десять.

6. Признак Клейна: предлагают роженице натужиться: по прекращении натуживания пуповина остается на месте, если плацента отделилась; она уходит внутрь, если она еще не отделилась.

7. Признак Микулича — Радецкого: после отделения последа, роженица ощущает позыв на низ.

8. Признак Чукалова: при надавливании ребром кисти на надлобковую область при отделившейся плаценте матка приподнимается вверх,

пуповина же не втягивается во влагалище, а, наоборот, еще больше выходит наружу.

9. Признак Довженко: роженице предлагают дышать глубоко: если при выдохе пуповина не втягивается во влагалище, плацента отделилась.

Наружные методы отделения плаценты

Выделить послед при отделившейся плаценте можно следующими способами:

1. Приподнять голову и верхнюю часть туловища роженицы, как бы пытаясь посадить ее, и предложить ей сильно натужиться. Этого напряжения мышц брюшного пресса чаще бывает достаточно для выделения последа.

2. Способ Абдуладзе. После опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы обе прямые мышцы живота были плотно обхвачены пальцами. Предлагают роженице потужиться. Отделившийся послед при этом легко рождается, благодаря устранению расхождения прямых мышц живота и значительному уменьшению объема брюшной полости.

3. Способ Гентера. Врач становится сбоку от роженицы, лицом к ее ногам. Опорожнение мочевого пузыря, выведение матки на среднюю линию. Руки, сжатые в кулаки, кладутся тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки в области трубных углов наискось. Собственно выжимание: вначале слабо, затем постепенно усиливая, надавливанием на матку в направлении книзу и кнутри, при этом послед медленно рождается из половой щели. В продолжении всей манипуляции роженица не должна натуживаться вовсе.

4. Способ Креде — Лазаревича. Опорожнение мочевого пузыря. Отклоненная вправо матка ставится по средней линии. Медленный круговой массаж матки двумя-тремя пальцами. Матку обхватывают рукой так,

чтобы большой палец лежал на передней поверхности ее, ладонь на дне матки, четыре пальца на задней ее поверхности. Собственно выжимание: рука, захватившая матку, низдавливает ее книзу и кзади, по направлению крестцовой впадины. Матка служит поршнем, выталкивающим послед.

Во время выжимания пуповина все более и более выдвигается наружу, промежность выпячивается, половая щель раздвигается и в ней появляется плацента, выходящая или плодовой поверхностью – центральное отделение по Шультце, или материнской — краевое по Дункану. За последом выходят оболочки, свертывающиеся в жгут, при этом производится массаж матки.

Осмотр последа

1. Вывернуть послед материнской стороной наружу.
2. Уложить его на какую-либо ровную поверхность.
3. Произвести осмотр плаценты (материнской части последа) с целью выявления дефекта (отсутствие дольки или ее части).
4. Проследить, не отходят ли от краев плаценты сосуды в оболочки, что свидетельствует о наличии добавочной дольки.
5. Осмотреть оболочки.
6. Убедившись в целостности последа, взвесить его и определить размер материнской части плаценты по двум параметрам.
7. При наличии добавочной дольки плаценты или ее дефекта, а также, если обнаружен дефект плаценты или оболочек, необходимо произвести ручное обследование полости матки.
8. При необходимости (перенашивание и недонашивание беременности, антенатальная смерть плода, Rh-изоиммунизация, поздние токсикозы, инфицированные роды, пороки развития) послед направить на паточистологическое исследование.

Ручное отделение плаценты

1. Обезболивание общее: закисно-кислородная смесь или внутривенное введение 10 мл сомбревина или калипсола.
2. Обработка рук раствором антисептика.
3. На переднюю брюшную стенку и под тазовый конец женщины кладут стерильные подкладные.
- 4.левой рукой акушер разводит половые губы роженицы, а правую руку вводит во влагалище, а затем в полость матки.
5. Левая рука ложится на дно матки.
6. Рукой, находящейся в полости матки, проникают между краем плаценты и стенкой матки вне плодных оболочек и пилящими движениями отделяют плаценту. При этом наружная рука нажимает на дно матки.
- 7.левой рукой, потягивая за пуповину, извлекают послед.
8. После выделения последа, не извлекая руки, производят ревизию стенок матки, чтобы убедиться в полном удалении последа.

Ручное обследование полости матки

1. Подготовка к операции: обработка рук хирурга, обработка наружных половых органов и внутренних поверхностей бедер раствором антисептика. На переднюю брюшную стенку и под тазовый конец женщины положить стерильные подкладные.
2. Наркоз (закисно-кислородная смесь или в/венное введение сомбревина или калипсола).
- 3.левой рукой разводят половую щель, правую руку вводят во влагалище, а затем в матку, производят ревизию стенок матки; при наличии остатков плаценты — удаляют их.
4. Рукой, введенной в полость матки, находят остатки плаценты и удаляют их. Левая рука при этом располагается у дна матки.

Инструментальная ревизия полости послеродовой матки

Во влагалище вводится зеркало Симса и подъемник. Влагалище и шейку матки обрабатывают раствором антисептика, шейку матки за переднюю губу фиксируют пулевыми щипцами. Тупой большой (бумовской) кюреткой производят ревизию стенок матки: от дна матки в направлении к нижнему сегменту. Удаленный материал отправляют на гистологическое исследование.

Массаж матки на «кулаке» по Амбодику

1. Подготовка к операции, обезболивание и введение руки в полость матки (см. «Ручное обследование полости матки»).
2. Рука в полости матки складывается в кулак.
3. Сочетанными движениями наружной и внутренней рук производится легкий, отрывистый массаж в течение 3-5 минут.

Ревизия шейки матки и промежности у рожениц

1. После обработки рук акушера и наружных половых органов женщины (см. выше) шейку матки обнажают в зеркалах и фиксируют двумя корнцангами или окончатыми щипцами за переднюю губу на расстоянии 1,5-2 см.
2. Перекладывая последовательно инструменты по наружному краю всей шейки в направлении по ходу часовой стрелки, производят осмотр.
3. При наличии разрывов накладываем швы. Первый шов на 0,5-1 см выше от начала разрыва.
4. Ревизия стенок влагалища, вульвы, промежности и восстановление целостности производится после осмотра шейки матки.

Ушивание разрыва промежности III степени

1. После обработки наружных половых органов и рук акушера (см. выше), проводят пудендальную анестезию.
2. Определяют начало разрыва прямой кишки, края разорванного кишечного жома.
3. Круглой иглой с тонким шелком ушивают прямую кишку не прокалывая слизистую.
4. Второй этаж швов – мышечный слой прямой кишки соединяют с окружающей клетчаткой отдельными кетгутовыми нитями.
5. Восьмиобразным кетгутовым швом ушивают кишечный жом.
6. На фасцию и леваторы накладывают кетгутовые швы.
7. Непрерывный обвивной кетгутовый шов накладывают на слизистую влагалища.
8. Ушивают кетгутовыми швами поверхностные мышцы промежности.
9. Накладывают узловатые шелковые швы на кожу промежности. Линия швов обрабатывается раствором антисептика.

Наложение акушерских щипцов

- А. Выходные щипцы. I. Подготовка:
1. Укладка роженицы на «поперечной» кровати.
 2. Обработка рук оператора и ассистента (метод – наиболее быстрый из возможных в данных условиях).
 3. Обработка операционного поля (наружные гениталии, внутренняя поверхность бедер, промежность) раствором антисептика.
 4. Катетеризация мочевого пузыря.
 5. Анестезия (предпочтительно – общий наркоз; пудендальная анестезия - при выходных щипцах).

6. Собираение щипцов и укладка ветвей на рабочем столике.

7. Внутреннее исследование «полурукой» или двумя пальцами для уточнения состояния родовых путей, предлежания, вида, позиции, положения, стреловидного шва и определения уровня расположения головки.

II. Техника операции:

а) введение и размещение ложек щипцов. Четыре пальца правой руки вводятся в левую половину таза в направлении крестцово-подвздошного сочленения.левой рукой берется левая ложка щипцов за рукоятку в виде смычка или тремя пальцами, верхушка ее устанавливается в бороздке между указательным и средним пальцем, а рукоятка отклоняется к противоположному паху. Под контролем руки, введенной во влагалище, большой палец передвигается по нижней ветви, без насилия укладывается собственно ложка на головке по наибольшей ее кривизне, захватывается теменной бугор. Рукоятка левой ложки при этом легко опускается. Ложка передается ассистенту, который удерживает ее в заданном положении. Правая ложка вводится также под контролем левой руки;

б) замыкание щипцов: правая ложка при правильном наложении на головку легко входит в замок левой; крючки Буша на одном уровне, для амортизации, между браншами прокладывается пеленка;

в) контроль правильности наложения щипцов: двумя пальцами правой руки проверяется не захвачена ли шейка матки между браншами щипцов и головкой.левой рукой поддерживаются щипцы за рукоятки;

г) пробная тракция. Правая рука сверху располагается на рукоятке щипцов — левая накладывается на правую, средний палец касается головки. Производится легкая тракция. Если при этом не увеличивается расстояние между головкой и пальцем — следовательно, щипцы не соскальзывают — наложены правильно. Если расстояние увеличивается — щипцы наложены неправильно, необходимо снять, извлекая ложки в обратном порядке: вначале правую, отклоняя рукоятку щипцов к левому паху роженицы, а затем — левую;

д) собственно тракция. Положение рук: 1) классическое – правая рука захватывает рукоятки таким образом, что указательный и средний пальцы упираются на крючки. Левая рука повторяет положение правой, либо также захватывает рукоятки щипцов снизу; 2) по Цовьянову – после введения ложек и замыкания щипцов второй и третий пальцы обеих рук, согнутые крючком, захватывают на уровне крючков Буша наружную и верхнюю поверхности инструмента. Основные фаланги указательных пальцев располагаются на наружной поверхности рукояток, причем, крючки Буша проходят между основными фалангами указательных и средних пальцев. Четвертые и пятые пальцы захватывают параллельные щипцы. Большие пальцы находятся под рукоятками щипцов.

Тракции производятся по оси родового канала с учетом биомеханизма родов и характера операции (полостные или выходные). Тракции производятся в горизонтальном направлении и кверху (в 2-х позициях). Количество тракции зависит от положения головки в полости или у выхода таза.

Извлечение головки до прорезывания теменных бугров, снимаются ложки щипцов по вышеописанному методу в обратном порядке.

Б. Полостные щипцы: в отличие от выходных — накладываются на головку, не завершившую внутренний поворот, стреловидный шов располагается в одном из косых размеров полости таза.

Правила: введения ложек, расположение их на головке и направление тракции – остаются те же, что и для выходных щипцов.

Дополнительные правила: «Три влево», «три вправо».

1) Если проводимая точка обращена влево, щипцы накладываются в левом косом размере, фиксирующей ложкой будет левая.

2) Если проводная точка обращена вправо, щипцы накладываются в правом косом размере, фиксирующей ложкой будет правая.

Так как щипцы не ротирующий, а влекущий инструмент, то во время тракции головка производит внутренний поворот, а щипцы следуют за

головкой. После поворота головки и установления стреловидного шва в прямом размере — извлечение головки вышеописанным методом при выходных щипцах.

Во время прорезывания теменных бугров производится эпизиотомия с одной или с двух сторон.

Принципы терапии лактостаза

1. Противовоспалительная терапия (сульфаниламиды в течение 7 дней, антибиотики широкого спектра действия при повышении температуры) с использованием дозированного холода (гипотермия — 30 минут, перерыв — 30 минут).

2. Иммобилизация молочной железы (на время лактостаза).

3. Сцеживание (ручное, молокоотсосом) и вакуум-декомпрессия молочной железы.

4. Гормональная терапия — ударная доза эстрогенов (фоликуллин, синэстрол) или ларлодел 2,5 мг 2 раза в день.

5. Сульфат магния 30 г per os.

6. Растертая камфора 0,3 x 3 раза в день per os.

Оценка состояния новорожденного по шкале АПГАР

и его дыхательной функции по шкале

СИЛЬВЕРМАНА — АНДЕРСЕНА

I. Визуально определяются следующие признаки:

1. Цвет кожи (розовый, синюшный, бледный, акроцианоз).

2. Дыхательные движения грудной клетки с участием вспомогательной мускулатуры:

а) движения в полном объеме без западения межреберных промежутков, мечевидного отростка, без движения крыльев носа

(сопровождается громким криком), соответствует неосложненной функции внешнего дыхания;

б) движения в уменьшенном объеме с втяжением межреберных промежутков (сопровождается слабым криком), соответствует умеренной недостаточности внешнего дыхания – чаще за счет частичного ателектаза легких;

в) движения с выраженным втяжением межреберных промежутков с одновременным резким западением эпигастральной области и мечевидного отростка на вдохе (сопровождается стоном), соответствует тяжелой недостаточности функции внешнего дыхания – почти полный ателектаз легких;

г) те же данные, что и п. «в» с появлением движений крыльев носа на вдохе и, особенно на выдохе, соответствуют крайне тяжелой недостаточности функции внешнего дыхания.

3. Активность самостоятельных движений (в полном объеме, частичное сгибание конечностей, отсутствие).

II. Пальпаторно определяются и уточняются следующие признаки:

1. Частота сердечных сокращений (более 100 в 1 мин; менее 100 в 1 мин; отсутствует).

2. Мышечный тонус (выражен хорошо – самостоятельные движения новорожденного в полном объеме; вялый – при отсутствии самостоятельных движений; отсутствует).

2. Сосательный и глотательный рефлексы во время отсасывания слизи из ротовой полости и верхних дыхательных путей (выражен, снижен, отсутствует).

IV. Пальпаторно-визуально оценивается пяточный рефлекс (хорошо выражен – движения конечностями и крик; слабо выражен – гримаса на лице без двигательной реакции и повышения мышечного тонуса; отсутствует).

V. Клиническая оценка состояния новорожденного по шкале Апгар:

Признаки	Оценка в баллах		
	0	1	2
Сердцебиение (ЧСС)	отсутствует	менее 100 в 1 минуту	более 100 в 1 минуту
Дыхание	отсутствует	слабый крик	громкий крик
Мышечный тонус	вялый	некоторая степень сгибания	активные движения
Рефлекторная возбудимость (пяточный рефлекс)	отсутствует	слабая (grimace)	хорошо выражена (крик)
Окраска кожи	синюшная, бледная	розовая тела и акроцианоз	розовая

Состояние новорожденного оценивается:

удовлетворительным: при сумме баллов 7-10;

средней тяжести: при сумме баллов 5-6;

тяжелым: при сумме баллов 4 и менее.

Прогноз считается благоприятным, если через 5 минут сумма баллов соответствует удовлетворительному состоянию; относительно благоприятным, если сумма баллов через 5 минут нарастает, хотя и не достигает 7; сомнительным, если сумма баллов остается прежней и меньше 7; неблагоприятным, если сумма баллов снижается (даже при исходной сумме 7-10 баллов).

VI. Шкала Сильвермана – Андерсена для диагностики и оценки тяжести синдрома дыхательных расстройств у новорожденных.

Оценка по сумме баллов:

«0» — дыхательных расстройств нет;

«1—2» — легкий синдром дыхательных расстройств;

«3—5» — средней тяжести синдром дыхательных расстройств;

«10» — тяжелый синдром дыхательных расстройств. Оценка с использованием этой шкалы проводится в динамике каждые 6 часов с момента рождения на протяжении 1-2 суток.

Стадия 0 (баллов 0)	Стадия 1 (баллов 1)	Стадия 2 (баллов 2)
за каждый симптом		
Верхняя часть грудной клетки (при положении ребенка на спине) и передняя брюшная стенка синхронно участвует в акте дыхания	Отсутствие синхронности или минимальное опущение верхней части грудной клетки при подъеме передней брюшной стенки на вдохе	Заметное западание верхней части грудной клетки во время подъема передней брюшной стенки на вдохе
Нет втягивания межреберий на вдохе	Легкое втягивание межреберий на вдохе	Заметное западание межреберий на вдохе
Нет втягивания мечевидного отростка грудины на вдохе	Небольшое втягивание мечевидного отростка грудины на вдохе	Заметное западание мечевидного отростка грудины на вдохе
Нет движения подбородка при дыхании	Опускание подбородка на вдохе, рот закрыт	Опускание подбородка на вдохе, рот открыт
Нет шумов при выдохе	Экспираторные шумы («экспираторное хрюканье»), слышны при аускультации грудной клетки	Экспираторные шумы при поднесении фонендоскопа ко рту или даже без фонендоскопа

Оценка с использованием этой шкалы проводится в динамике каждые 6 часов с момента рождения на протяжении 1-2 суток.

Первичный туалет новорожденного

1. Отсасывание слизи:

а) сразу при рождении головки из ротовой полости и затем из носа резиновой грушей или катетером с отсосом с целью профилактики аспирации;

б) после полного рождения ребенка – из ротоглотки и носоглотки катетером с отсосом;

в) повторно – при необходимости (скопление слизи, гипоксия).

2. Помещение ребенка на лоток ниже уровня расположения плаценты.

3. Вытирание избытков первородной смазки и крови стерильными ватными шариками.

4. Профилактика гонобленореи:

а) повторная обработка рук;

б) снятие смазки с век ватными шариками;

в) оттягивание нижнего века с введением стерильной пипеткой по 1 капле 30% раствора сульфацил-натрия в каждый глаз.

ВНИМАНИЕ!!! Перед закапыванием проверить этикетку флакона: название – сульфацил-натрия (альбуцид), надпись – глазные капли, концентрация – 30%, срок хранения – не более 24 часов.

г) смыкание век и осторожное протирание от избытка раствора;

5. Обработка пуповины в два этапа: первый – после прекращения пульсации (при подозрении на гемоконфликт, при резус-отрицательной крови роженицы, тяжелом состоянии новорожденного сразу после рождения), второй – через 5-15 минут после отделения от матери.

Первый этап;

а) смазывание пуповины 5% раствором йода, отступя на 8-15 см от пупочного кольца;

б) наложение двух зажимов Кохера по середине смазанного участка пуповины на расстоянии 2-3 см от другого;

- в) рассечение пуповины стерильными ножницами между зажимами;
- г) перенесение ребенка на пеленальный стол, на котором находится индивидуальный комплект подогретого белья. Столик должен обогреваться сухим лучистым теплом (соллюкс).

Второй этап:

- а) перемывание рук, смена перчаток;
- б) смазывание пуповины от пупочного кольца 96° этиловым спиртом (5% раствором йода) до зажима;
- в) протирание и отжимание пуповины возле пупочного кольца на протяжении 3-5 см;
- г) наложение на пуповину, отступя 0,3-0,5 см от края зажима Кохера или скобы Роговина, или шелковой лигатуры (в зависимости от метода, принятого в учреждении);
- д) отсечение пуповины, отступя на 1,5 см от зажима, скоб или лигатуры;
- е) отжатие студня остатка пуповины сухим шариком;
- ж) смазывание среза 5% раствором йода;
- з) наложение повязки треугольной салфеткой, смоченной 96° этиловым спиртом.

III. Антропометрия:

1. Взвешивание на лотковых весах в стерильной пеленке (вводится поправка на массу пеленок и зажимов).
2. Измерение клеенчатой или бумажной лентой с отметками-надрывами с последующим сопоставлением с сантиметровой шкалой на пеленальном столике или стерильной клеенчатой сантиметровой лентой:
 - а) рост – от затылочного до пяточного бугров при вытянутой ножке;
 - б) окружность головки – через линию надбровных дуг и малый родничок;
 - в) окружность груди – через линию сосков молочных желез и подмышечные впадины.

IV. Заполнение клеенчатых стерильных браслетов (три):

1. Номер кровати новорожденного.
2. Фамилия, имя, отчество матери (полностью).
3. Номер истории родов.
4. Дата и час рождения.
5. Пол новорожденного.
6. Масса новорожденного.
7. Рост новорожденного.

V. Сверка данных с матерью.

VI. Фиксация браслетов стерильными марлевыми тесемками к обеим ручкам новорожденного и руке матери на лучезапястных суставах.

VII. Показывание новорожденного матери.

VIII. Пеленание и укладывание на пеленальном столике для наблюдения в родильном зале в течение до 2-х часов от рождения (в последние годы рекомендуют не более часа, а при неудовлетворительном состоянии перевод на интенсивный пост в отделение новорожденных сразу после реанимационных мероприятий).

Методы исследования в гинекологии.

1.Жалобы,сбор анамнеза и осмотр.

Анамнез является ключевым моментом для врача, позволяющим выявить факторы, оказывающие существенную помощь в правильном установлении диагноза. Тщательное ознакомление и анализ анамнестических данных помогает в дальнейшем оптимально составить план обследования пациентки.

При общении с **пациенткой** врачу необходимо создать дружественную атмосферу, быть предельно внимательным и доброжелательным. Необходимо выявить истинное состояние здоровья, определить степень значимости всех ее жалоб, так как возможны недооценка или преувеличение некоторых симптомов заболевания со стороны пациентки. Необходимо подчеркнуть, что наличие в настоящее время высокоинформативных методов обследования, позволяющих получить полную информацию о состоянии пациентки, ни в коем случае не умаляет ценности и важности анамнеза, как отправной точки удачного преодоления причины, приведшей женщину к врачу.

В гинекологии условно различают общий и специальный гинекологический анамнез, которые соответственно представляют собой информацию об общем состоянии здоровья женщины, условиях ее жизни и информацию о специфических, сугубо гинекологических особенностях.

Общий анамнез

- возраст пациентки;
- жалобы больной, очевидные симптомы;
- перенесенные заболевания, в том числе болезни в детском возрасте, болезни других (не половых) органов, различные оперативные вмешательства, травмы;
- наследственность (сбор информации о заболеваниях, перенесенных родителями и другими ближайшими членами семьи), а также состояние здоровья мужа/сексуального партнера;

- условия трудовой деятельности и быта, особенности образа жизни.

Особенности специального гинекологического анамнеза.

бор специального гинекологического анамнеза включает в себя выяснение довольно широкого круга факторов, связанных с состоянием половой и репродуктивной системы женщины. В частности, особое внимание уделяется характеру менструальной, половой, детородной и секреторной функций, перенесенным ранее гинекологическим и венерическим заболеваниям, а также различным предшествовавшим оперативным вмешательствам.

Оценка менструальной функции — первичное звено в сборе гинекологического анамнеза, имеющее большое значение для дальнейшей диагностики заболеваний. При ее оценке главной целью является установление следующих моментов:

- время начала первой менструации (иначе — менархе) и особенности, связанные с ней
- продолжительность менструального цикла, с какого времени установился регулярный цикл
- продолжительность и характер самого менструального кровотечения, его особенности, величину кровопотери
- возможные изменения в менструальном цикле после начала половой жизни, родов, абортов.
- дата последней нормальной менструации

Осмотр.

Обследование на гинекологическом кресле начинается с осмотра наружных половых органов. Следующим по очередности методом, является осмотр в зеркалах — существуют специальные гинекологические инструменты, называемые зеркалами, которые позволяют осмотреть шейку матки и влагалище. Следующим по очередности после досмотра в зеркалах является одноручное или двуручное влагалищное исследование.

А. Общее объективное обследование

Основной целью общего объективного обследования пациентки является выявление гинекологических заболеваний и оценка состояния других органов и систем

При общем объективном обследовании, в первую очередь, специалист проводит оценку типа сложения женщины, состояния кожных покровов и общего оволосения, исследует органы живота, дает характеристику молочных желез и развития половой системы.

Значение антропометрических показателей для врача-гинеколога

Антропометрические показатели имеют чрезвычайно большое значение для диагностики ряда эндокринных расстройств, тесно связанных с гинекологическими заболеваниями. Кроме того, при дефиците или избытке массы тела имеется склонность к нарушениям менструального цикла. В этой связи, одним из необходимых действий при осмотре женщины, является вычисление ее индекса массы тела (ИМТ)

Оценка полового развития и молочных желез

Оценка полового развития осуществляется по сумме трех показателей — степени развития молочных желез, степени оволосения на лобке и в подмышечных впадинах и по характеристике менструальной функции.

Менструальная функция определяется следующим образом:

1. менструации еще не было никогда
2. первичная менструация (менархе) в момент обследования или незадолго до него
3. нерегулярные менструации
4. регулярные менструации.

Исходя из информации, полученной при разговоре с пациенткой, специалист делает вывод о характере менструальной функции, что позволяет как можно быстрее диагностировать наличие каких-либо нарушений.

Исследование молочных желез в гинекологии обуславливается тем, что многие специфические заболевания сопровождаются, в том числе, патологиями молочных желез.

Б. Методы исследования области живота

При осмотре живота максимум внимания уделяется его размерам, форме, участию в дыхательном процессе. Все это определяется методом пальпации (прощупывания), который, кроме того, позволяет выявить наличие опухолей и их характер.

Перкуссия, заключается этот метод в том, что врач с помощью пальцев или специального инструмента выстукивает поверхность живота и анализирует возникающие при этом колебания. При его использовании можно определить границы наличествующих опухолей,

а также наличие свободной жидкости в брюшной полости. Перкуссия совершенно безболезненна и часто проводится при первичном осмотре, если есть подозрение на ряд заболеваний.

Аускультации живота представляет собой выслушивание движения газов или жидкости внутри тела и обычно проводится с помощью специального стетоскопа. Данный метод хорошо подходит для исследования кишечника, состояние которого нередко говорит о наличии ряда гинекологических заболеваний и нарушений. Также аускультация позволяет без специальных анализов провести дифференциацию между большими опухолями внутренних половых органов и беременностью.

В.Гинекологический осмотр.

Осмотр при помощи зеркал

Любое гинекологическое исследование начинается с того, что врач осматривает наружные половые органы. При этом также осматриваются внутренние поверхности бедер, что позволяет выявить варикозное расширение вен, ненормальную пигментацию и т.п. Затем — большие и малые половые губы, промежность. Для специалиста важно также определить состояние стенок влагалища — не опущены ли они, не возникает ли болезненных ощущений при нажатии. Кроме того обязательно осматривается область заднего прохода, что позволяет сразу же выявить наличие геморроидальных узлов, трещин и некоторых других нарушений.

После того, как предварительный осмотр наружных половых органов завершен, гинеколог приступает к внутреннему осмотру, одним из основных методов которого является исследование при помощи зеркал.

Данный вид осмотра направлен, прежде всего, на выявление каких-либо заболеваний влагалища или шейки матки. Он является чуть ли не обязательным для каждой женщины с негативными симптомами, так как при всей своей простоте очень эффективен в плане диагностики. В зависимости от ситуации, при этом виде исследования используются разные виды зеркал: цилиндрические, створчатые, ложкаобразные и некоторые другие. Во время проведения осмотра врач обращает внимание на следующие показатели: состояние стенок влагалища, состояние и физиологический характер шейки матки, наличие таких отклонений, как разрывы, эрозия, эндометриоз и, наконец, особенности влагалищных выделений (цвет, запах, объем

и т.п.). Вся эта информация необходима для точной постановки диагноза.

Влагалищное исследование

В настоящее время в гинекологической практике используется два вида влагалищных исследований: так называемое одноручное и двуручное. Одноручное влагалищное исследование врач проводит одной (правой) рукой. Сначала разводят большие половые губы, а затем осторожно вводят во влагалище указательный и средний пальцы. С помощью этого метода можно определить такие важные для здоровья параметры, как:

- состояние тазовых мышц;
- состояние больших вестибулярных желез;
- состояние уретры. При ее воспалении путем выдавливания можно получить выделения, которые необходимы для дальнейшего анализа и постановки диагноза.
- состояние влагалища, которое оценивается по таким характеристикам, как объем, растяжимость, складчатость, наличие каких-либо изменений (например, рубцы и пр.). Кроме того, необходимо определить особенности сводов влагалища. Так, при воспалительных процессах в матке своды могут изменить свою форму, стать укороченными, болезненными.
- состояние части шейки матки. Здесь важны такие характеристики, как величина, форма, особенности поверхности (гладкая или бугристая), консистенция (обычная, размягченная, плотная), подвижность, болезненность. Все эти параметры дают огромную информацию как о наличии каких-либо гинекологических нарушений, так и о физиологических особенностях организма женщины, что необходимо учитывать в любых жизненных ситуациях.

В свою очередь, двуручное влагалищное исследование является продолжением одноручного и направлено, главным образом, на распознавание заболеваний матки, придатков матки и тазовой брюшины.

Исследование матки

Одним из самых главных моментов в исследовании матки является определение ее положения. При нормальном состоянии она находится в малом тазу между плоскостями широкого узкого малого таза. Тело матки немного отклонено вперед и вверх, а нижняя, влагалищная, часть обращена назад и вниз. В том случае, если

положение матки значительно отличается от нормы, можно сделать вывод о наличии некоего заболевания или нарушения.

Не менее важным для врача являются величина матки, ее форма, консистенция и подвижность. Приведем средние показатели по данным параметрам, которые лежат в пределах нормы.

Так, *длина* матки у нерожавших женщин составляет 7 – 8 см, у рожавших – 8 – 9,5 см, *ширина* в среднем составляет 4 – 5,5 см. При этом 2/3 длины матки должно приходиться на ее тело и 1/3 – на шейку.

Форма матки взрослой женщины обычно грушевидная, с гладкой поверхностью. Стоит знать, что шаровидная форма матки, как правило, наблюдается при беременности и аденомиозе. А при наличии такого заболевания, как миома и ряда анатомических пороков развития форма матки неправильная.

Консистенция матки может дать специалисту информацию о беременности, при которой матка размягчается. В обычном состоянии наблюдается мышечная плотность.

Относительно подвижности матки: в норме небольшое смещение при движении вверх, влево, вправо. В том случае, если присутствуют какие-то спаечные образования, подвижность матки ограничена или вообще отсутствует. Если же матка чрезмерно подвижна, есть основания подозревать отклонения в связочном аппарате.

Помимо вышеназванных параметров, гинеколог обращает большое внимание на болезненность матки. В нормальном состоянии матка безболезненна, т. е. при осмотре женщина не испытывает каких-либо неприятных ощущений. Болезненность же характерна для таких нарушений, как воспалительные процессы, миоматозные узлы и некоторых других.

После того, как специалист закончит осмотр собственно матки, он приступает к обследованию ее придатков, при котором можно выявить наличие новообразований (например, опухолей яичника) и спаечных процессов. При этом здоровые яичники должны находиться сбоку от матки, ближе к стенке малого таза, и в норме иметь продолговатую форму.

2. Специальные методы исследования. Тесты функциональной диагностики.

Зондирование матки осуществляется маточным зондом — металлическим стержнем длиной 20–25 см, оканчивающимся закругленным утолщением. Зондирование, которому предшествует

определение положения матки, позволяет установить имеющиеся в полости матки деформации (полипы, подслизистые миоматозные узлы), пороки развития (перегородка, двурогая матки и др.), длину полости матки, заращение (атрезию) внутреннего зева шейки матки.

Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез) осуществляют толстой иглой длиной не менее 12 см, с косо срезанным концом. Исследование, как правило, проводят при подозрении на внутрибрюшное кровотечение и рак яичников.

Биопсия шейки матки. Показаниями к биопсии шейки матки являются различные патологические процессы, особенно при подозрении на их злокачественность. Значительно реже прибегают к биопсии вульвы и стенки влагалища. Биопсия шейки матки заключается в иссечении скальпелем клиновидного участка, включающего как всю поврежденную, так и часть неизмененной ткани.

Аспирационная биопсия полости матки осуществляется с помощью шприца Брауна, на который надевают специальный наконечник, вводимый в полость матки без расширения канала шейки матки. Путем аспирации из области дна, углов или других отделов матки удается получить небольшое количество свободно отделяющегося эндометрия, который наносят на предметное стекло и легким движением другого стекла делают мазок. Затем его окрашивают и проводят цитологическое исследование.

Аспирационный кюретаж производится путем введения в полость матки специальной полой кюретки диаметром 3–5 мм со щелевидным отверстием на дистальном конце сбоку. Кюретка соединяется с вакуум-насосом или другим аппаратом, создающим отрицательное давление. Аспирационный метод получения эндометрия имеет существенные преимущества перед инструментальным выскабливанием матки, так как не травмирует ткани и может быть применен повторно на протяжении менструального цикла. Проведение аспирационной биопсии и аспирационного кюретажа возможно в амбулаторных условиях.

Раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки канала шейки и тела матки проводят для выяснения состояния слизистой при различных доброкачественных и злокачественных процессах (гиперпластические процессы, предраковые изменения, рак и др.). Для выполнения раздельного выскабливания шейку матки обнажают зеркалами и фиксируют пулевыми щипцами, зондируют полость матки, уточняют положение матки и ее длину, затем с помощью расширителей Гегара расширяют канал шейки матки и выскабливают слизистую оболочку шеечного канала кюреткой № 1 или ложечкой Фолькмана. Далее в полость матки вводят кюретку № 2 и движением ее от дна матки до внутреннего зева производят последовательное выскабливание эндометрия. Полученные соскобы помещают раздельно в сосуды с формалином и отправляют для гистологического исследования. Операция раздельного диагностического выскабливания слизистой оболочки канала шейки и полости матки выполняется в стационаре, в условиях малой операционной под местным обезболиванием или внутривенным кратковременным наркозом.

Тесты функциональной диагностики .Для оценки функционального состояния яичников широко используют цитологическое исследование влагалищных мазков, изучение состояния слизи канала шейки матки, измерение базальной температуры. Цитологическое исследование влагалищных мазков основано на определении в них отдельных видов клеток эпителия. В соответствии со структурой слизистой оболочки влагалища в мазках могут встречаться поверхностные, ороговевающие, промежуточные, парабазальные и базальные клетки. У женщин репродуктивного возраста при двухфазном овуляторном менструальном цикле во влагалищном мазке встречаются в различных соотношениях поверхностные и промежуточные клетки. При выраженной эстрогенной недостаточности или гиперандрогении в мазке появляются парабазальные клетки. На оценке количественного соотношения поверхностных ороговевающих клеток и общего числа поверхностных клеток основано вычисление кариопикнотического индекса (КПИ).

КПИ характеризует эстрогенную насыщенность организма. В течение фолликулярной фазы нормального менструального цикла КПИ составляет 25–30%, во время овуляции — 60–70%, в фазе развития

желтого тела – 25–30 %. При введении эстрогенных препаратов КПИ повышается, поэтому его вычисление может служить контролем при проведении гормональной терапии.

При **цитологическом исследовании** различают следующие типы влагалищных мазков: эстрогенный и прогестероновый, смешанный, регрессивный, андрогинный и воспалительный.

Для эстрогенного типа мазка характерно преобладание поверхностных клеток с небольшим гипнотическим ядром. При прогестероновом типе мазка наблюдаются преимущественно промежуточные клетки, образующие скопления.

Смешанный тип мазка характеризуется различным сочетанием поверхностных и промежуточных клеток. Подобный тип мазка встречается в при менопаузе.

В мазке регрессивного типа обнаруживаются преимущественно парабазальные клетки, что характерно для постменопаузы.

Андрогенный тип мазка характеризуется сочетанием промежуточных, парабазальных и базальных клеток с очень небольшим количеством поверхностных клеток. Этот тип мазка наблюдается при некоторых опухолях надпочечника и андроген продуцирующей опухоли яичника.

При воспалительном типе мазка могут обнаруживаться кокки, трихомонады, грибы, лейкоциты; эпителиальных клеток мало. Отмечаются дистрофические изменения в ядре, протоплазме клетки.

Исследование отделяемого канала шейки матки имеет большое диагностическое значение. С этой целью на протяжении менструального цикла в динамике изучают симптом «зрачка» и симптом «листа папоротника».

Симптом «зрачка». В первой фазе овуляторного менструального цикла наружное отверстие шейечного канала начинает расширяться, в нем появляется прозрачная стекловидная слизь. Эти явления достигают максимума к моменту овуляции. Во второй фазе цикла зев постепенно закрывается; при этом уменьшается и продукция слизи.

Симптом «зрачка» оценивают следующим образом: отрицательный (–), слабopоложительный (+), положительный (+ +), резко положительный (+ + +).

Симптом «зрачка» отражает продукцию эстрогенов яичниками и сильнее всего выражен в период овуляции (+ + +). Отсутствие симптома свидетельствует о слабом эстрогенном воздействии, длительно и резко выраженный симптом — о гиперэстрогении.

Симптом «листа папоротника». Этот симптом основан на кристаллизации шейной слизи, нанесенной на предметное стекло. После обнажения с помощью зеркал шейки матки пинцетом или корнцангом берут содержимое шейного канала и наносят его на предметное стекло в виде кружка. Кристаллизация солей шейной слизи происходит в присутствии муцина под действием эстрогенов. Симптом «листа папоротника» можно установить между 7-м и 20–21-м днем нормального менструального цикла. Он наиболее выражен к моменту овуляции.

Простым и информативным методом определения эстрогенной насыщенности организма является симптом натяжения слизи. Для этого корнцангом берут слизь шейного канала и путем разведения браншей определяют ее эластичность (растяжимость). Натяжение слизи более 6–8 см свидетельствует о достаточной эстрогенной насыщенности. Таким образом, с помощью подсчета КПИ, определения симптомов «зрачка», «листа папоротника» и натяжения слизи шейного канала можно достаточно точно судить об эстрогенной насыщенности женского организма.

Измерение базальной температуры. График базальной температуры — один из наиболее доступных методов установления произошедшей овуляции. Базальную температуру измеряют в прямой кишке ежедневно, утром, в одно и то же время, не вставая с постели, одним и тем же термометром, в течение 7 мин. Признаком овуляторного цикла являются: двухфазный характер температуры, с «западением» в день овуляции на 0,2–0,3 °С и подъемом в лютеиновую фазу цикла по сравнению с фолликулярной на 0,5–0,6°С при длительности II фазы не менее 12–14 дней. Укорочение II фазы цикла, медленный, небольшой подъем температуры,

«ступенеобразный» тип кривой указывают на недостаточность функции желтого тела. При отсутствии овуляции базальная температура монофазная. Крайне редко бывает монофазная ректальная температура (ановуляция) у больных с регулярным менструальным циклом

3. Методы лабораторной диагностики возбудителей воспалительных заболеваний половых органов.

Эта диагностика представлена бактериоскопическими, бактериологическими, культуральными, серологическими, молекулярно-биологическими методами.

Бактериоскопические (микроскопические) исследования основаны на микроскопии окрашенных или нативных мазков, взятых из заднего свода влагалища, цервикального канала, уретры, по показаниям — из прямой кишки. Перед взятием мазка не рекомендуют проводить спринцевания, вводить лекарственные препараты во влагалище. Материал для исследования берут с помощью ложки Фолькмана, нанося тонким равномерным слоем на 2 предметных стекла. После высушивания один мазок окрашивают метиленовым синим, другой — по Граму. Микроскопию нативного мазка производят до его высыхания.

В соответствии с результатами исследования различают 4 степени чистоты мазка:

- I степень — определяются единичные лейкоциты в поле зрения, флора палочковая (лактобациллы);
- II степень — лейкоцитов 10–15 в поле зрения, на фоне палочковой флоры встречаются единичные кокки;

- III степень — лейкоцитов 30–40 в поле зрения, лактобацилл мало, преобладают кокки;
- IV степень — большое количество лейкоцитов, лактобациллы отсутствуют, флора представлена различными микроорганизмами; могут быть гонококки, трихомонады.

Патологическими считают мазки III и IV степеней чистоты.

Культуральный метод используют для выявления возбудителей воспалительных заболеваний, относящихся к внутриклеточным паразитам (хламидии, вирусы).

Серологические исследования основаны на реакции антиген–антитело и дают косвенные указания на инфицированность. К серологическим методам диагностики относят определение уровня специфических иммуноглобулинов различных классов (Ig G, Ig M, Ig A) в сыворотке крови путем иммуноферментного анализа (ИФА). Реакция прямой и непрямой иммунофлуоресценции (ПИФ, НПИФ) используется для выявления возбудителя при люминесцентной микроскопии.

Молекулярно-биологические методы позволяют идентифицировать микроорганизм по наличию специфических участков ДНК. Из различных вариантов ДНК-диагностики наибольшее распространение получил метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), который позволяет выявить; различные инфекционные агенты.

Бактериологическая диагностика основана на идентификации микроорганизмов, выросших на искусственных питательных средах. Материал для исследования берут из патологического очага (цервикальный канал, уретра, брюшная полость, поверхность раны) бактериологической петлей или стерильным тампоном и переносят на питательную среду. После образования колоний производят определение микроорганизмов и оценивают их чувствительность к антибиотикам и антибактериальным препаратам.

4.Тканевая биопсия и цитологическое исследование. Показания.

Биопсия — прижизненное взятие небольшого объема ткани для микроскопического исследования с целью диагностики. В гинекологии используют эксцизионную биопсию (иссечение кусочка ткани), прицельную биопсию под визуальным контролем расширенной кольпоскопии или гистероскопа и пункционную биопсию.

Биопсию чаще всего выполняют при подозрении на злокачественную опухоль шейки матки, наружных половых органов, влагалища и др.

Цитологическая диагностика. Цитологическому исследованию подвергают клетки в мазках из шейки матки, в пунктате (объемные образования малого таза, жидкость из позадиматочного пространства) или аспирате из полости матки. Патологический процесс распознают по морфологическим особенностям клеток, количественному соотношению отдельных клеточных групп, расположению клеточных элементов в препарате. Цитологические исследования являются скрининг-методом при проведении массовых профилактических осмотров женщин, в первую очередь в группах повышенного риска в отношении развития онкологических заболеваний.

Цитологическое исследование мазков из шейки матки под микроскопом используется в качестве скринингового метода, но обладает недостаточной чувствительностью (60–70%). До настоящего времени существуют различные системы оценки его результатов.

В России нередко используют описательное заключение. Наиболее часто используют систему Папаниколау (Пап-тест). Выделяют следующие классы цитологических изменений:

- I — нормальная цитологическая картина;
- II — воспалительные, реактивные изменения клеток эпителия;

- III — атипия отдельных клеток эпителия (подозрение на дисплазию);
- IV — единичные клетки с признаками злокачественности (подозрение на рак);
- V — комплексы клеток с признаками злокачественности (рак шейки матки).

5. Определение гормонов и их метаболитов.

В гинекологической практике в плазме крови определяют белковые (лютропин — ЛГ, фоллитропин — ФСГ, пролактин — Прл и др.) гормоны и стероидные (эстрадиол, прогестерон, тестостерон, кортизол и др.) гормоны. С помощью исследования мочи определяют экскрецию метаболитов андрогенов (17-кетостероиды, 17-КС) и прегнандиола — метаболита гормона желтого тела прогестерона.

В последние годы при обследовании женщин с проявлениями гиперандрогении и при проведении гормональных проб вместо 17-КС в моче исследуют дегидроэпиандростерон (ДЭА) и его сульфат (ДЭА-С) и 17-гидроксипрогестерон (17-ОПН) в плазме крови — предшественники тестостерона и кортизола соответственно и самого тестостерона. Определение прегнандиола также уступило исследованию прогестерона в крови.

Функциональные пробы. Однократное определение в крови и моче гормонов и их метаболитов малоинформативно, эти исследования сочетают с проведением функциональных проб, что позволяет уточнить функциональное взаимодействие различных отделов репродуктивной системы и выяснить резервные возможности гипоталамуса, гипофиза, надпочечников, яичников и эндометрия.

Проба с гестагенами определяет выраженность дефицита эстрогенов и прогестерона при заболеваниях, сопровождающихся аме-

нореей. Внутримышечно вводят 1 мл 1% (10 мг) масляного раствора прогестерона ежедневно в течение 6–8 дней или 1 мл 2,5% (25 мг) масляного раствора прогестерона через день (всего 3 инъекции) либо 2 мл 12,5% (250 мг) масляного раствора 17-оксипрогестерона капроната (17-ОПК) одномоментно. Появление менструальноподобной реакции через 2–4 дня после отмены прогестерона или через 10-14 дней после введения 17-ОПК указывает на умеренный дефицит эстрогенов и значительный дефицит гестагенов. Отрицательная проба может указывать на глубокую недостаточность эстрогенов или органические изменения в эндометрии (внутриматочные синехии).

Проба с эстрогенами и гестагенами проводится с целью исключения (подтверждения) заболевания или повреждения эндометрия (маточная форма аменореи) и выяснения степени дефицита эстрогенов. Внутримышечно вводят 1 мл 0,1% (10000 ЕД) масляного раствора фолликулина ежедневно в течение 7 дней. Инъекции можно заменить приемом внутрь этинилэстрадиола (микрофоллин) в дозе 0,1 мг (2 таблетки по 0,05 мг) ежедневно в течение 7 дней. Затем вводят прогестерон в дозах, указанных для проведения пробы с гестагенами. Через 2–4 или 10–14 дней после введения соответственно прогестерона или 17-ОПК должна начаться менструальноподобная реакция. Отрицательный результат, т.е. отсутствие менструальноподобной реакции, указывает на глубокие органические изменения эндометрия (повреждения, заболевания). Положительный результат (наступление менструальноподобной реакции) свидетельствует о выраженном дефиците эндогенных эстрогенов.

Проба с дексаметазоном проводится для установления причины гиперандрогении у женщин с клиническими проявлениями вирилизации. При признаках вирилизации в первую очередь необходимо исключить опухоль яичника.

Проба с дексаметазоном основана на способности дексаметазона (как и всех глюкокортикостероидных препаратов) подавлять выделение АКТГ передней долей гипофиза, вследствие чего тормозятся образование и выделение андрогенов надпочечниками.

Малая дексаметазоновая проба: дексаметазон по 0,5 мг каждые 6 ч (2

мг/сут) в течение 3 сут, общая доза 6 мг. За 2 дня до приема препарата и на следующий день после его отмены определяют содержание в плазме крови тестостерона, 17-ОНП и ДЭА. Если такая возможность отсутствует, определяют содержание 17-КС в суточной моче. При снижении названных показателей по сравнению с исходными более чем на 50–75% проба считается положительной, что указывает на надпочечниковое происхождение андрогенов, снижение после пробы менее чем на 30–25% указывает на яичниковое происхождение андрогенов.

При отрицательной пробе проводят большую дексаметазоновую пробу, прием 2 мг дексаметазона (4 таблетки по 0,05 мг) каждые 6 ч (8 мг/сут) в течение 3 сут (общая доза 24 мг). Контроль такой же, как при малой дексаметазоновой пробе. Отрицательный результат пробы — отсутствие снижения андрогенов в крови или моче указывает на вирилизирующую опухоль надпочечников.

6. Функциональные пробы для определения уровня нарушения гипоталамо-гипофизарной системы.

Пробы проводят при нормальном или пониженном содержании гонадотропинов в крови.

Проба с кломифеном проводится при заболеваниях, сопровождающихся хронической ановуляцией на фоне олигоменореи или аменореи. Пробу начинают после менструальноподобной реакции, вызванной приемом эстрогенов и прогестерона. С 5-го по 9-й день от начала менструальноподобной реакции назначают кломифен в дозе 100 мг/сут (2 таблетки по 50 мг). Информативность пробы контролируется либо определением гонадотропинов и эстрадиола в плазме крови до проведения пробы и на 5–6-й день после окончания приема препарата, либо по базальной температуре и появлению или отсутствию менструальноподобной реакции через 25–30 дней после приема кломифена.

Положительная проба (повышение уровня гонадотропинов и эстрадиола, двухфазная базальная температура) указывает на сохраненную функциональную активность гипоталамуса, гипофиза и яичников.

Отрицательная проба (отсутствие увеличения концентрации эстрадиола, гонадотропинов в плазме крови, монофазная базальная температура) свидетельствует о нарушении функциональной активности гипофизарной зоны гипоталамуса и гипофиза.

Проба с люлиберином проводится при отрицательной пробе с кло-мифеном. Внутривенно вводят 100 мкг синтетического аналога люлиберина. До начала введения препарата и через 15, 30, 60 и 120 мин после введения через постоянный катетер из локтевой вены берут кровь для определения содержания ЛГ. При положительной пробе к 60-й минуте содержание ЛГ нарастает до овуляторных цифр, что указывает на сохраненную функцию передней доли гипофиза и нарушение функции гипоталамических структур.

Определение хорионического гонадотропина (ХГ) используют в диагностике как маточной, так и эктопической беременности.

Количественный метод заключается в определении уровня β -субъединицы ХГ в сыворотке крови при помощи иммуноферментного анализа. Уровень β -субъединицы ХГ наиболее интенсивно нарастает до 6-й недели беременности, достигая 6000–10 000 МЕ/л, в последующем скорость роста показателя уменьшается и становится непостоянной. Если уровень β -субъединицы ХГ превышает 2000 МЕ/л, а плодное яйцо в матке при УЗИ не определяется, следует думать о внематочной беременности.

Широкодоступным скрининговым методом является качественное определение ХГ при помощи одноразовых тест-систем. Они представляют собой полоски, пропитанные реактивом, при взаимодействии с которым ХГ, содержащийся в моче беременных, изменяет окраску полоски (появляется цветная полоса).

7. Инструментальные методы исследования.

Кольпоскопия — осмотр шейки матки с увеличением в десятки раз при помощи кольпоскопа; она может быть простой (обзорная кольпоскопия) и расширенной (с использованием дополнительных тестов и красителей). При простой кольпоскопии определяют форму, величину шейки и наружного зева, цвет, рельеф слизистой оболочки, границу плоского эпителия, покрывающего шейку, и цилиндрического эпителия цервикального канала.

При расширенной кольпоскопии обработка шейки матки 3% раствором уксусной кислоты позволяет оценить особенности кровоснабжения патологических участков. В норме сосуды подлежащей стромы реагируют на воздействие уксусной кислоты спазмом и запусевают,

временно исчезая из поля зрения исследователя. Патологически расширенные сосуды с морфологически измененной стенкой (отсутствие гладкомышечных элементов, коллагеновых, эластических волокон) остаются зияющими и выглядят кровенаполненными. Ацетоуксусный тест позволяет оценить состояние эпителия, который набухает и становится непрозрачным, приобретая беловатую окраску из-за коагуляции белков кислотой. Чем гуще белое прокрашивание пятен на шейке матки, тем более выражены повреждения эпителия. После детального осмотра проводят пробу Шиллера — шейку матки смазывают ватным тампоном с 3% раствором Люголя. Йод окрашивает клетки здорового плоского эпителия шейки в темно-коричневый цвет; истонченные (атрофичные) и патологически измененные клетки шеечного эпителия не прокрашиваются. Таким образом, выявляются зоны патологически измененного эпителия и обозначаются участки для биопсии шейки матки.

Кольпомикроскопия — осмотр влагалищной части шейки матки с оптической системой (контрастный люминесцентный кольпомикроскоп или кольпомикроскоп Хамо — тип гистероскопа), дающей увеличение в _____ сотни _____ раз.

Гистероцервикоскопия — осмотр с помощью оптических систем внутренней поверхности матки и цервикального канала. Гистероскопия бывает диагностической и операционной. Диагностическая гистероскопия в настоящее время является оптимальным методом диагностики _____ всех _____ видов _____ внутриматочной _____ патологии. Показания _____ к _____ диагностической _____ гистероскопии:

- _____ нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины (ювенильный, репродуктивный, перименопаузальный);
- _____ кровяные выделения в постменопаузе;
- _____ подозрение на внутриматочную патологию;
- _____ аномалии развития матки;

- внутриматочные синехии;
- остатки плодного яйца;
- инородное тело в полости матки;
- перфорацию стенки матки;
- уточнение расположения внутриматочного контрацептива или его фрагментов перед его удалением;
- бесплодие;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- контрольное исследование полости матки после перенесенных операций на матке, пузырного заноса, хорионэпителиомы;
- оценка эффективности и контроль гормонотерапии;
- осложненное течение послеродового периода.

Противопоказания к гистероскопии те же, что и к любому внутриматочному вмешательству: общие инфекционные заболевания (грипп, ангина, воспаление легких, острый тромбофлебит, пиелонефрит и др.); острые воспалительные заболевания половых органов; III–IV степень чистоты влагалищных мазков; тяжелое состояние больной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и

паренхиматозных органов (печени, почек); беременность (желанная); стеноз шейки матки; распространенный рак шейки матки. После визуального определения характера внутриматочной патологии диагностическую гистероскопию можно перевести в оперативную либо сразу же, либо отсроченно в случае необходимости предварительной подготовки.

Гистероскопические операции разделяются на простые и сложные. Простые операции: удаление небольших полипов, разделение тонких синехий, удаление свободно лежащего в полости матки внутриматочного контрацептива, небольших субмукозных миоматозных узлов на ножке, тонкой внутриматочной перегородки, удаление гиперплазированной слизистой оболочки матки, остатков плацентарной ткани и плодного яйца.

Сложные гистероскопические операции: удаление больших пристеночных фиброзных полипов эндометрия, рассечение плотных фиброзных и фиброзно-мышечных синехий, рассечение широкой внутриматочной перегородки, миомэктомия, резекция (абляция) эндометрия, удаление инородных тел, внедрившихся в стенку матки, фаллопоскопия.

Осложнения во время диагностической и оперативной гистероскопии включают в себя осложнения анестезиологического пособия, осложнения, вызванные средой для расширения полости матки (жидкостная перегрузка сосудистого русла, сердечная аритмия вследствие метаболического ацидоза, газовая эмболия), воздушную эмболию, хирургические осложнения (перфорация матки, кровотечение).

Осложнения гистероскопии можно свести к минимуму при соблюдении всех правил работы с оборудованием и аппаратурой, а также техники манипуляций и операций.

Лапароскопия — осмотр органов брюшной полости с помощью эндоскопа, введенного через переднюю брюшную стенку. Лапароскопия в гинекологии используется как с диагностической целью, так и для проведения хирургического вмешательства.

Показания к плановой лапароскопии:

- бесплодие (трубно-перитонеальное);

- синдром поликистозных яичников;
- опухоли и опухолевидные образования яичников;
- миома матки;
- генитальный эндометриоз;
- пороки развития внутренних половых органов;
- боли внизу живота неясной этиологии;
- опущения и выпадения матки и влагалища;
- стрессовое недержание мочи;
- стерилизация.

Показания к экстренной лапароскопии:

- внематочная беременность;
- апоплексия яичника;
- острые воспалительные заболевания придатков матки;
- подозрение на перекрут ножки или разрыв опухолевидного образования или опухоли яичника, а также перекрут субсерозной миомы;

- дифференциальная диагностика острой хирургической и гинекологической патологии.
- Абсолютные противопоказания к лапароскопии:
 - геморрагический шок;
 - заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем в стадии декомпенсации;
 - некорригируемая коагулопатия;
 - заболевания, при которых недопустимо положение Тренделенбурга (последствия травмы головного мозга, поражения сосудов головного мозга и др.);
 - острая и хроническая печеночно-почечная недостаточность.

Относительные противопоказания к лапароскопии:

- поливалентная аллергия;
- разлитой перитонит;
- выраженный спаечный процесс после перенесенных ранее операций на органах брюшной полости и малого таза;
- поздние сроки беременности (более 16-18 нед);
- миома матки больших размеров (более 16 нед беременности)

Противопоказания к выполнению плановых лапароскопических вмешательств включают в себя имеющиеся или перенесенные менее чем 4 нед назад острые инфекционные и простудные заболевания.

Осложнения лапароскопии могут быть связаны с анестезиологическим пособием, с выполнением самой манипуляции (ранение магистральных сосудов, травма органов желудочно-кишечного тракта и мочевой системы, газовая эмболия, эмфизема средостения).

Частота и структура осложнений зависят от квалификации хирурга и характера выполняемых вмешательств.

Профилактика осложнений в лапароскопической гинекологии: тщательный отбор больных для лапароскопической операции с учетом абсолютных и относительных противопоказаний; опыт хирурга-эндоскописта, соответствующий сложности хирургического вмешательства.

Литература

1. Венцовский Б.М. и соавт. Гестозы. /Руководство для врачей. – Москва: Медицинское информационное агентство, 2015 г.
2. Савельева Г.М. Акушерство. /Учебная литература для студентов медицинских вузов. – Москва: Медицина, 2017 г.
3. Цвелева Ю.В., Абашин В.Г. Руководство к практическим занятиям по акушерству и гинекологии. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2014 г.
4. Цаллагова Л.В., Майсурадзе Л.В., Бетоева И.М. Инструментарий в акушерско-гинекологической практике/ Учебное пособие с грифом УМО, Владикавказ, 2014