

АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Практическое руководство для врачей

*Под редакцией
член-корр. РАМН, профессора **И.С.Сидоровой**,
профессора **Т.В.Овсянниковой**,
профессора **И.О.Макарова***



Москва
«МЕДпресс-информ»
2009

УДК 616-08:[618.1+618.2]

ББК 57.15:57.16

А61

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Амбулаторно-поликлиническая помощь в акушерстве и гинекологии : практическое руководство / Под ред. И.С.Сидоровой, Т.В.Овсянниковой, И.О.Макарова. – М. : МЕДпресс-информ, 2009. – 720 с. : ил.
ISBN 5-98322-583-9

Практическое руководство по амбулаторно-поликлинической помощи включает материалы по наиболее важным разделам акушерства и гинекологии, гинекологической эндокринологии и онкогинекологии. Подробно рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза и диагностики патологических состояний в свете последних достижений отечественных и зарубежных авторов. Представлены современные методы профилактики и терапии в акушерстве и гинекологии.

Данное издание подготовлено коллективом сотрудников кафедры акушерства и гинекологии ФППОВ Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова.

Руководство рекомендуется врачам женских консультаций, центров планирования семьи, гинекологических и акушерских стационаров, клиническим ординаторам, интернам, аспирантам и студентам старших курсов медицинских вузов.

УДК 616-08:[618.1+618.2]
ББК 57.15:57.16

ISBN 5-98322-583-9

© Оформление, оригинал-макет.
Издательство «МЕДпресс-информ», 2009

Оглавление

Список сокращений	6
-------------------------	---

РАЗДЕЛ I. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ	9
---	----------

РАЗДЕЛ II. АКУШЕРСТВО	43
------------------------------------	-----------

Глава 1. Методы исследования в акушерстве	45
---	----

Глава 2. Течение и ведение беременности по триместрам ее развития	112
--	-----

Глава 3. Внутриутробные инфекции	123
--	-----

Глава 4. Гестоз	149
-----------------------	-----

Глава 5. Невынашивание беременности	164
---	-----

Глава 6. Фетоплацентарная недостаточность	188
---	-----

Глава 7. Переношенная беременность	213
--	-----

Глава 8. Изосерологическая несовместимость крови матери и плода ..	219
--	-----

Глава 9. Миома матки и беременность	225
---	-----

Глава 10. Многоплодная беременность	234
---	-----

Глава 11. Анемия и беременность	254
---------------------------------------	-----

Глава 12. Эндокринные заболевания и беременность	277
--	-----

Глава 13. Инфекции мочевыводящих путей при беременности	317
---	-----

Глава 14. Злокачественные опухоли и беременность	324
--	-----

Глава 15. Тазовое предлежание плода	331
---	-----

Глава 16. Кровотечения во время беременности	344
--	-----

Глава 17. Ведение беременных при наличии рубца на матке	365
---	-----

Глава 18. Питание беременных	376
------------------------------------	-----

Глава 19. Применение лекарственных средств во время беременности	382
---	-----

РАЗДЕЛ III. ГИНЕКОЛОГИЯ	387
--------------------------------------	------------

Глава 1. Методы обследования в гинекологии	389
--	-----

Глава 2. Воспалительные заболевания органов малого таза	394
---	-----

Глава 3. Вульвовагинальный кандидоз	410
---	-----

Глава 4. Инфекции, передающиеся половым путем	417
---	-----

Глава 5. Неопухольевые заболевания вульвы	438
---	-----

Глава 6. Острый живот в гинекологической клинике	443
--	-----

Глава 7. Внематочная беременность	451
---	-----

Глава 8. Генитальный эндометриоз	475
--	-----

Глава 9. Миома матки	493
----------------------------	-----

Глава 10. Гиперпластические процессы эндометрия	515
---	-----

Глава 11. Дисфункциональные маточные кровотечения	530
Глава 12. Аменорея	544
Глава 13. Гиперандрогения	556
Глава 14. Синдром поликистозных яичников	565
Глава 15. Гиперпролактинемия	575
Глава 16. Метаболический синдром	582
Глава 17. Эндокринное бесплодие у женщин	591
Глава 18. Доброкачественная дисплазия молочных желез	604
Глава 19. Фоновые и предраковые заболевания шейки матки	616
Глава 20. Опухолевидные образования придатков матки	657
Глава 21. Доброкачественные и пограничные опухоли яичников	670
Глава 22. Трофобластическая болезнь	698
Приложения	713

Раздел I.

**ОРГАНИЗАЦИЯ
ПЕРВИЧНОЙ
АКУШЕРСКО-
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ В ЖЕНСКОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ**

В настоящее время первичная медицинская помощь женщинам в период беременности, а также пациенткам с гинекологической патологией оказывается в женских консультациях и акушерско-гинекологических кабинетах поликлиник. Учитывая особое значение женских консультаций в профилактике осложнений беременности, родов, послеродового периода, охране репродуктивного здоровья женщин, в целях развития и дальнейшего совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи, эти учреждения внесены в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденную в установленном порядке.

В системе Минздравсоцразвития России функционируют 1704 женских консультаций в составе родильных домов и поликлиник и 47 женских консультаций являются самостоятельными юридическими лицами.

В настоящее время работа женских консультаций регламентируется Приказом Минздравсоцразвития России от 30.03.2006 г. №223 «О мерах по совершенствованию акушерско-гинекологической помощи населению Российской Федерации», согласно которому женская консультация оказывает медицинскую помощь по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортот, женщинам в период беременности, после родов. Проводится профилактика, диагностика и лечение гинекологических заболеваний в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, а также на основании «родового сертификата». Деятельность женской консультации осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, приказами Минздравсоцразвития России и учредительными документами.

Район обслуживания, мощность учреждения, контингенты и численность обслуживаемого населения устанавливаются органом местного самоуправления, в ведении которого находится женская консультация, по согласованию с органом управления здравоохранения.

Штат медицинского и другого персонала женской консультации устанавливается руководителем в соответствии со штатными нормативами. В женской консультации, являющейся структурным подразделением учреждения

здравоохранения, структура, штат медицинского персонала, функциональное взаимодействие между женской консультацией и подразделениями организации здравоохранения определяются руководителем организации здравоохранения в зависимости от конкретных условий и потребности обеспечения ее деятельности. В штат женской консультации рекомендуется вводить социального работника, который участвует в работе по охране репродуктивного здоровья и планированию семьи. Основной его задачей является работа с подростками, молодежью и женщинами социальной группы риска по предупреждению непланируемой беременности, а также инфекций, передающихся половым путем.

5-дневная или 6-дневная рабочая неделя устанавливается администрацией учреждения с учетом специфики работы

Финансирование осуществляется органом управления здравоохранением на основе утвержденных нормативов бюджетного финансирования и средств Территориального фонда обязательного медицинского страхования. Дополнительными источниками финансирования являются средства, полученные из региональных отделений Фонда социального страхования Российской Федерации на оказание медицинских услуг беременным женщинам на основании «родового сертификата», а также средства, полученные из местного бюджета, добровольного медицинского страхования, от оказания платных услуг населению и другие виды финансирования, не запрещенные российским законодательством.

Режим работы женской консультации организуется с учетом обеспечения максимальной доступности амбулаторной акушерско-гинекологической помощи женскому населению.

В женских консультациях время работы рекомендуется устанавливать с 8 до 20 часов; в субботу, предпраздничные и праздничные дни – с 8 до 18 часов. Информация о часах работы женской консультации, расписании приемов врачей всех специальностей, лечебных и диагностических кабинетов, работе школы материнства размещается у регистратуры. Следует предусмотреть возможность самозаписи на прием к врачу или посещения врача с талоном на руках. Запись к специалистам для обследования может быть предварительной. В соответствии с этими записями акушерка готовит к приему необходимую документацию. Женщине предоставляется право выбора врача по ее желанию. В целях оптимизации преемственности рекомендуется наблюдение женщины во время беременности и после родов одним и тем же врачом.

Помощь на дому беременным, родильницам и гинекологическим больным оказывает лечащий или дежурный врач женской консультации. Помощь на дому осуществляется в день вызова. После посещения женщины врач вносит соответствующую запись в первичную медицинскую документацию. Лечебные и диагностические манипуляции на дому выполняются средним медицинским персоналом (по назначению врача).

Рекомендуемая структура женской консультации:

- а) регистратура;
- б) кабинет врача акушера-гинеколога;

- в) кабинеты специализированных приемов:
 - планирования семьи;
 - невынашивания беременности;
 - гинекологической эндокринологии;
 - патологии шейки матки;
 - бесплодия (репродуктивного здоровья);
 - гинекологии детского и подросткового возраста;
 - функциональной и пренатальной диагностики;
- г) кабинеты специалистов:
 - терапевта;
 - стоматолога;
 - психотерапевта (медицинского психолога);
 - юриста;
 - социального работника;
 - лечебной физкультуры;
 - физиотерапевтических методов лечения;
 - психопрофилактической подготовки беременных к родам;
- д) другие подразделения:
 - малая операционная;
 - клиничко-диагностическая лаборатория;
 - дневной стационар;
 - стационар на дому;
 - процедурный кабинет;
 - стерилизационная.

Порядок осуществления деятельности врача акушера-гинеколога женской консультации

На основании Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 30 марта 2006 г. №223 на должность врача акушера-гинеколога женской консультации назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности «лечебное дело», прошедшие последиplomную подготовку по специальности «акушерство и гинекология» и получившие сертификат специалиста по специальности «акушерство и гинекология». В своей работе врач акушер-гинеколог руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органа местного самоуправления, а также настоящим Порядком.

При оказании акушерско-гинекологической помощи врач должен соблюдать стандарты, утвержденные Минздравсоцразвития России.

Первостепенными задачами врача акушера-гинеколога являются:

- осуществление наблюдения за пациентами на всех этапах оказания медицинской помощи;

- представление заключения о необходимости направления беременных, женщин с гинекологическими заболеваниями по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- осуществление экспертизы временной нетрудоспособности беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями;
- организация и проведение мероприятий по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима на основе санитарных норм и правил;
- взаимодействие с государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями;
- содействие в обеспечении правовой помощи беременным, родильницам и гинекологическим больным;
- осуществление диспансерного наблюдения за беременными (в том числе патронаж беременных и родильниц), формирование группы «высокого акушерского и перинатального риска» в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода, выдача родовых сертификатов;
- проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных и семьи к рождению ребенка;
- организация и проведение профилактических гинекологических осмотров (с обязательным обследованием молочных желез), прежде всего, с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний;
- повышение уровня санитарно-гигиенического образования среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики аборт, планирования семьи;
- организация и проведение профилактических мероприятий по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических заболеваний, инфекций, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;
- проведение комплекса мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализ эффективности и качества диспансеризации;
- организация экстренной медицинской помощи беременным, родильницам и гинекологическим больным независимо от места жительства в случае их непосредственного обращения в учреждение здравоохранения при возникновении острых состояний;
- организация, в случае необходимости, консультации беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей;
- обеспечение дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям пациентов, в том числе необходимыми лекарственными средствами;

- определение медицинских показаний и направление на своевременную госпитализацию беременных, рожениц, родильниц и гинекологических больных в учреждения здравоохранения, а также в государственные учреждения здравоохранения для получения специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи;
- организация совместной с органами социальной защиты медико-социальной помощи для социально незащищенных групп населения: беременных и женщин с гинекологическими заболеваниями;
- регулирование деятельности среднего и младшего медицинского персонала женской консультации;
- учет деятельности и представление отчетности в соответствии с установленным порядком ведения системы учета и отчетности.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным женщинам

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 30.03.2006г. №224 «Об утверждении Положения об организации проведения диспансеризации беременных женщин и родильниц» диспансерное наблюдение беременных женщин и родильниц проводится врачами акушерами-гинекологами женских консультаций, а также акушерско-гинекологических кабинетов лечебно-профилактических учреждений. Это наблюдение включает в себя: осмотр и проведение необходимого объема клинико-лабораторных и инструментальных исследований; оценку состояния здоровья; динамическое наблюдение; своевременное выявление осложнений беременности и послеродового периода; выявление беременных женщин и родильниц, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременности родовспомогательных учреждений и другие подразделения лечебно-профилактических учреждений по профилю акушерской и экстрагенитальной патологии.

Необходимо проведение обследования по своевременному выявлению пороков развития плода по показателям биохимического скрининга сывороточных маркеров крови матери в первом и втором триместрах беременности и результатам трехкратного ультразвукового обследования (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2000 г. №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей»).

Акушер-гинеколог проводит работу: по патронажу беременных и родильниц; по физической и психопрофилактической подготовке беременных женщин к родам и формированию мотивации у беременной женщины и семьи к рождению и воспитанию здорового ребенка; по санитарно-гигиеническому образованию беременных женщин по вопросам грудного вскармливания, профилактике аборт и заболеваний репродуктивной системы.

Проводится комплекс необходимых лечебно-профилактических, реабилитационных и социальных мероприятий для сохранения и восстановления здоровья беременных женщин и родильниц; для обеспечения взаимодейст-

вия женской консультации (акушерско-гинекологических кабинетов) с другими лечебно-профилактическими учреждениями (амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кожно-венерологическими, наркологическими, противотуберкулезными диспансерами, центрами по профилактике и борьбе со СПИДом, инфекционными заболеваниями и др.) при проведении обследования и лечения беременных женщин и родильниц.

При физиологическом течении беременности осмотры проводятся врачом акушером-гинекологом не менее десяти раз, врачом-терапевтом – не менее двух раз, врачом-окулистом, врачом-отоларингологом, врачом-стоматологом – при первом обращении.

Частота лабораторных и других диагностических исследований устанавливается в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 г. №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

При осложненном течении беременности число осмотров врачом акушером-гинекологом и другими врачами-специалистами, объем лабораторных исследований определяется с учетом состояния здоровья беременной женщины и плода.

В труднодоступных и отдаленных районах, в сельской местности при отсутствии врача акушера-гинеколога проведение диспансерного наблюдения, патронажа беременных женщин и родильниц может осуществляться врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с требованиями, установленными Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 января 2005 г. №84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

При наблюдении женщины с физиологическим течением беременности у врача общей практики (семейного врача) посещение беременной женщиной врача акушера-гинеколога осуществляется в сроки, установленные Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2003 г. №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях».

При осложненном течении беременности и послеродового периода врач общей практики (семейный врач) направляет беременных женщин и родильниц к врачам-специалистам (акушеру-гинекологу, кардиологу и другим).

Снятие с диспансерного учета родильниц при физиологическом течении послеродового периода осуществляется врачом общей практики (семейным врачом).

При наличии акушерской или экстрагенитальной патологии (или остаточных явлений после нее) решение вопроса о снятии с диспансерного учета родильниц осуществляется врачом акушером-гинекологом или соответствующим врачом-специалистом.

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности врач знакомится с общим и акушерско-гинекологическим анамнезом, обратив особое внимание на семейный анамнез, перенесенные в детстве и

зрелом возрасте соматические и гинекологические заболевания, особенно-сти менструального цикла и репродуктивной функции.

При ознакомлении с семейным анамнезом следует выяснить наличие у родственников сахарного диабета, гипертонической болезни, туберкулеза, психических, онкологических заболеваний, многоплодной беременности, наличие в семье детей с врожденными и наследственными заболеваниями.

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, таких как краснуха, токсоплазмоз, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция, хронический тонзиллит, болезни почек, легких, печени, сердечно-сосудистой, эндокринной систем. Необходимо иметь данные о повышенной кровоточивости, перенесенных операциях, переливании крови, аллергических реакциях, онкологической патологии, а также об употреблении табака, алкоголя, наркотических или токсических средств.

Акушерско-гинекологический анамнез включает сведения об особенностях менструального цикла и генеративной функции, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, продолжительности, течении и их исходах, осложнениях в родах и послеродовом периоде; массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей. Уточняется наличие в анамнезе инфекций, передающихся половым путем (генитального герпеса, сифилиса, гонореи, хламидиоза, уреаплазмоза, микоплазмоза, ВИЧ/СПИД-инфекции, гепатита В и С), использовании контрацептивных средств. Выясняется возраст и состояние здоровья мужа, группа его крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

При первом осмотре оценивается характер телосложения беременной, уточняются сведения об исходной массе тела незадолго до беременности, а также характер питания. Обращается особое внимание на женщин с избыточной и недостаточной массой тела. Критерием избыточной или недостаточной массы тела считается величина выше или ниже стандартной на 15–20% и более.

Во время осмотра беременной измеряются масса тела, артериальное давление на обеих руках, обращается внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, выслушиваются тоны сердца, легкие, пальпируются щитовидная железа, молочные железы, регионарные лимфатические узлы; оценивается состояние сосков. Проводится акушерский осмотр: определяются наружные размеры таза, размеры диагональной конъюгаты и пояснично-крестцового ромба, производится влагалищное исследование с обязательным осмотром шейки матки и стенок влагалища в зеркалах, а также области промежности и ануса. У женщин с физиологическим течением беременности при отсутствии изменений в области влагалища и шейки матки влагалищное исследование осуществляется однократно, а частота последующих исследований – по показаниям.

Периодичность посещений и объем обследований, необходимость их выполнения врач акушер-гинеколог обсуждает с беременной и получает ее согласие.

При физиологическом течении беременности может быть установлена частота наблюдения врачом акушером-гинекологом до 6–8 раз (до 12 нед., 16 нед., 20 нед., 28 нед., 32–33 нед., 36–37 нед.) при условии регулярного (каждые 2 недели) наблюдения специально подготовленной акушеркой после 28 нед. беременности. Изменение числа посещений беременными врача акушера-гинеколога может быть введено регламентирующим документом местного органа управления здравоохранением при наличии условий и подготовленных специалистов.

Особое наблюдения требуют курящие беременные, а также употребляющие алкоголь или наркотические средства. В целях убеждения в необходимости полного отказа от курения в течение всей беременности и кормления грудью с курящими женщинами проводится разъяснительная работа. При выявлении употребления алкоголя или наркотических средств беременную следует убедить обратиться к врачу психиатру-наркологу по месту жительства в интересах сохранения здоровья своего и будущего ребенка. Дальнейшее наблюдение за течением беременности, а также после родов осуществляется врачом акушером-гинекологом с выполнением рекомендаций врача психиатра-нарколога. Для профилактики и коррекции отклонений в течение беременности и уменьшения токсического влияния наркотиков и алкоголя рекомендуется использование препаратов из группы естественных метаболитов.

Беременные, инфицированные ВИЧ, наблюдаются врачом акушером – гинекологом женской консультации совместно с врачом-инфекционистом, который назначает курсы соответствующей терапии по согласованию с территориальным центром по профилактике и борьбе со СПИДом и определяет стационар для родоразрешения.

При выявлении беременных в возрасте до 18 лет в случае принятия положительного решения о сохранении беременности и деторождении они поступают под наблюдение врача акушера-гинеколога территориальной женской консультации, после родов – в центры планирования семьи и репродукции или молодежные центры для индивидуального подбора средств контрацепции.

При первом посещении женщины уточняется срок беременности и предполагается родов. В случае необходимости вопрос о сроке беременности решается консультативно с учетом данных ультразвукового исследования.

После первого осмотра врачом акушером-гинекологом беременная направляется на обследование к терапевту, который осматривает ее в течение физиологически протекающей беременности дважды (после первого осмотра врачом акушером-гинекологом и в сроке 30 нед. беременности).

При первом посещении беременной терапевт оценивает соматический статус женщины и заносит данные осмотра в «Индивидуальную карту беременной и родильницы». При необходимости запрашивается выписка из «Медицинской карты амбулаторного больного». При наличии экстрагенитальных заболеваний терапевт совместно с врачом акушером-гинекологом решает вопрос о возможности пролонгирования беременности. Сведения об экстрагенитальных заболеваниях, впервые выявленных во время беремен-

ности или послеродовом периоде, передаются в общелечебную сеть. Динамическое наблюдение за беременными с экстрагенитальными заболеваниями осуществляется врачом акушером-гинекологом совместно с терапевтом и другими специалистами.

Беременная осматривается также стоматологом, окулистом, оториноларингологом и по показаниям – другими специалистами. Консультативная помощь беременным оказывается в специализированных кабинетах женских консультаций, стационарах, базах кафедр образовательных медицинских учреждений, НИИ.

В целях повышения эффективности дородовой диагностики и предупреждения рождения детей с врожденной и наследственной патологией всем беременным проводится пренатальная диагностика в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.12.2000 №457 «О совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей».

При наличии медицинских показаний для прерывания беременности и согласия женщины ей выдается заключение комиссии с полным клиническим диагнозом, заверенное подписями специалистов (в зависимости от профиля заболевания), врачом акушером-гинекологом, главным врачом (заведующим) женской консультации, ставится печать учреждения.

На основании данных анамнеза, обследования и лабораторных анализов определяются факторы риска неблагоприятного исхода беременности, к которым относятся:

I. Социально-биологические:

- возраст матери (до 18 лет, старше 35 лет);
- возраст отца старше 40 лет;
- профессиональные вредности у родителей;
- табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- массо-ростовые показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25% выше или ниже нормы).

II. Акушерско-гинекологический анамнез:

- число родов 4 и более;
- неоднократные или осложненные аборт;
- оперативные вмешательства на матке и придатках;
- пороки развития матки;
- бесплодие;
- невынашивание беременности;
- неразвивающаяся беременность;
- преждевременные роды;
- мертворождение;
- смерть детей в неонатальном периоде;
- рождение детей с генетическими заболеваниями и аномалиями развития;
- рождение детей с низкой или большой массой тела;
- осложненное течение предыдущей беременности;

- бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея).

III. Экстрагенитальные заболевания:

- сердечно-сосудистые: пороки сердца, гипер- и гипотензивные расстройства;
- заболевания мочевыделительных путей;
- эндокринопатия;
- болезни крови;
- болезни печени;
- болезни легких;
- заболевания соединительной ткани;
- острые и хронические инфекции;
- нарушение гемостаза;
- алкоголизм, наркомания.

IV. Осложнения беременности:

- рвота беременных;
- угроза прерывания беременности;
- кровотечение в I и II половине беременности;
- поздний гестоз;
- многоводие;
- маловодие;
- плацентарная недостаточность;
- многоплодие;
- анемия;
- резус- и АВО-изосенсибилизация;
- обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия);
- анатомически узкий таз;
- неправильное положение плода;
- переносимая беременность;
- индуцированная беременность.

Все беременные группы риска осматриваются главным врачом (заведующим) женской консультации, а при наличии показаний направляются на консультацию к соответствующим специалистам для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.

Для своевременной оценки отклонений в течении беременности и развитии плода целесообразно использовать гравидограмму, в которой регистрируются основные показатели обязательного клинического и лабораторного обследования беременных.

Показатели, указанные в первых графах гравидограммы, записываются в их числовом выражении. В графе «Артериальное давление» жирными линиями отмечены границы допустимой нормы систолического и диастолического давления. При каждом посещении беременной и измерении артериального давления точками отмечается уровень систолического и диастолического давления, которые соединяются между собой, образуя 2 отдельные линии систолического и диастолического давления, отражающие динамику АД в течение беременности.

Таблица 1.1

Оценка состояния шейки матки при беременности

Состояние шейки матки	Баллы		
	0	1	2
Длина	Более 2 см	Менее 2 см, но более 1 см	Менее 1 см
Цервикальный канал	Наружный зев закрыт	Наружный зев проходим для 1 поперечного пальца	Внутренний зев открыт
Консистенция	Плотная	Размягченная	Мягкая
Позиция	Кзади от проводной оси таза	По проводной оси таза	Кпереди от проводной оси таза

Особое внимание обращается на регистрацию высоты стояния дна матки, представленной на гравидограмме двумя линиями, характерными для нормального увеличения объема матки в течение беременности. При каждом измерении высоты стояния дна матки ее величина отмечается точкой, соединяясь между собой линией. Линия, вышедшая за пределы верхней границы нормы, в большинстве случаев указывает на крупный плод, многоводие, многоплодие, а вышедшая за пределы нижней границы – на внутриутробную задержку роста плода, маловодие, что требует проведения других методов обследования (УЗИ, КТГ, доплерометрия и др.).

Состояние шейки матки оценивается в баллах, особенно у женщин с риском преждевременного прерывания беременности. Для балльной оценки состояния шейки матки используют видоизмененную схему E.H.Bishop, представленную в таблице 1.1.

При суммарной оценке 4 балла хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности не требуется, при оценке 5–8 баллов – она необходима. Для более точной диагностики желательно провести ультразвуковое исследование для оценки степени раскрытия истмической части шейки матки. Раскрытие менее 0,8 см оценивается в 1 балл, более 0,8 см – 2 балла.

В последующих графах гравидограммы указывается предлежание плода, наличие его сердцебиения, отеки беременной, что обозначается знаком «+».

При оценке величины прибавки массы тела в течение беременности учитывается массо-ростовой коэффициент (МРК) женщины. Для женщин нормального телосложения МРК находится в пределах 35–41%; имеющих избыточную массу тела МРК – 42–54%; с недостаточной массой тела МРК – 30–34%. В каждой весовой категории женщин на гравидограмме представлены линии, отражающие границы нормальной прибавки массы тела во время беременности. При очередном взвешивании в графе «Масса, кг» отмечается величина массы тела, а точкой отмечается величина прибавки массы тела соответственно сроку беременности. Полученные точки соединяются между собой, образуя кривую, отражающую характер прибавки

Раздел II.

АКУШЕРСТВО

ГЛАВА 1. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ

Сбор анамнеза и объективное акушерское исследование

При первичном обращении пациентки к врачу по поводу беременности для установления правильного диагноза необходимо провести комплексное обследование, включая: сбор анамнеза, объективное исследование, инструментальные и лабораторные исследования.

При сборе анамнеза следует обратить внимание на возможные факторы риска возникновения различных заболеваний и акушерских осложнений. При этом следует учитывать:

- возраст пациенток;
- условия труда и быта;
- вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков);
- наследственность и перенесенные экстрагенитальные заболевания;
- менструальную функцию;
- половую функцию;
- перенесенные гинекологические заболевания;
- детородную функцию.

Необходимо внимательно анализировать жалобы пациентки.

Уже на этапе сбора анамнеза и оценки жалоб можно выявить ряд положительных признаков беременности, которые имеют место уже на ранних ее сроках (тошнота, изменение обонятельных ощущений, нарушения функции нервной системы, учащение мочеиспускания), а также некоторые вероятные признаки беременности (прекращение менструаций). Кроме того, полученная информация позволяет прогнозировать возможные осложнения при данной беременности.

При объективном исследовании, которое начинают с общего осмотра, измеряют также рост и массу пациентки, оценивают телосложение, состояние кожных покровов и молочных желез, форму живота. Наряду с другими не менее важными данными можно на ранних сроках беременности обнаружить некоторые ее предположительные признаки (пигментация кожи отдельных частей тела, увеличение размеров живота и нагрубание молочных желез) и вероятные (увеличение молочных желез, появление молозива из соска при надавливании).

Путем аускультации, перкуссии и пальпации изучают состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, органов желудочно-кишечного тракта, нервной и мочевыделительной системы, опорно-двигательного аппарата. Такое исследование, особенно при первичном осмотре, позволяет заподозрить заболевания, которые являются противопоказаниями для прерывания беременности. Для уточнения диагноза проводят соответствующие более подробные исследования.

В процессе обследования у пациентки измеряют артериальное давление, с помощью лабораторных методов исследуют кровь (морфологическая структура, СОЭ, группа крови, резус-принадлежность, биохимические показатели, свертывающая система, серологические исследования для выявления инфекции и др.), мочу, отделяемое мочеполовых путей на наличие инфекций.

Особого внимания заслуживает проведение специального акушерского обследования. При этом измеряют длину окружности живота и высоту стояния дна матки над лобком. Полученные результаты сравнивают с нормативами, характерными для данного срока беременности.

Обязательным является исследование таза пациентки путем осмотра, пальпации и измерения. Обращают внимание на пояснично-крестцовый ромб, форма и размеры которого позволяют судить о строении таза.

При измерении таза у всех пациенток обязательно определяют три наружных поперечных размера (*distantia spinarum*, *distantia cristarum*, *distantia trochanterica*), один прямой – наружная конъюгата (*conjugata externa*). При вычитании из длины наружной конъюгаты 9 см, можно судить о размерах истинной конъюгаты.

В качестве дополнительных наружных параметров, особенно при подозрении на сужение таза, определяют размеры выхода таза, высоту таза и его косые размеры. Дополнительное измерение окружности лучезапястного сустава позволяет получить представление о толщине костей скелета, включая и кости таза.

Пальпация живота с помощью наружных приемов акушерского исследования дает возможность получить представление о:

- состоянии и эластичности передней брюшной стенки и прямых мышц живота (расхождения, грыжевые образования);
- величине и тоне матке;
- членорасположении плода (отношении его конечностей к туловищу и головке);
- положении плода (отношение продольной оси плода к продольной оси матки);
- позиции плода (отношение спинки плода к сторонам матки) и ее виде (отношение спинки плода к передней или задней стенке матки);
- предлежании плода (отношение головки или тазового конца плода ко входу малого таза).

При аускультации с помощью акушерского стетоскопа сердечные тоны плода прослушиваются обычно после 20 нед. беременности. При этом определяют место наилучшего выслушивания сердцебиений плода, их частоту и ритмичность.

Пальпация и аускультация позволяют также убедиться в наличии достоверных, или несомненных признаков беременности, которые появляются во второй половине беременности и свидетельствуют о наличии плода в полости матки:

- пальпирующиеся части плода – головка, спинка и конечности;
- ясно слышимые сердечные тоны плода;
- движения плода, ощущаемые врачом при исследовании.

Осмотр наружных половых органов позволяет получить представление о состоянии вульвы, слизистой оболочки входа во влагалище, выводящих протоков больших желез преддверия влагалища, поверхности промежности.

При исследовании с помощью зеркал определяют состояние влагалищной части шейки матки и стенок влагалища. При этом на ранних сроках беременности выявляют такие вероятные ее признаки, как цианоз шейки матки и стенок влагалища.

Одновременно можно взять материал (отделяемое из шеечного канала, со сводов влагалища, из мочеиспускательного канала и парауретральных ходов) для цитологического исследования и выявления возбудителей инфекционных заболеваний мочеполовых путей. Цитологическая картина отделяемого из влагалища косвенно позволяет судить о готовности организма к родам после 39 нед. беременности на основании оценки количества поверхностных, ладьевидных, промежуточных и парабазальных клеток, эозинофильного и пикнотического индекса.

Результаты осмотра наружных половых органов и исследование с помощью зеркал дают возможность выявить признаки и последствия бывших ранее родов, к которым относятся:

- рубцы в области старых разрывов или разрезов промежности;
- более широкое влагалище и менее выраженная складчатость его стенок;
- щелевидная форма наружного зева канала шейки матки (в ряде случаев деформированная рубцами или боковыми разрывами).

Влагалищное (пальцевое) исследование позволяет определить состояние мышц тазового дна, стенок и сводов влагалища, шейки матки (длина, расположение по отношению к проводной оси таза, форма, консистенция) и ее наружного зева (степень открытия, форма, деформации и дефекты).

С помощью двуручного исследования определяют: положение, форму, контуры, величину, консистенцию матки и оценивают состояние придатков матки.

На ранних сроках беременности с помощью этих исследований выявляют такие вероятные ее признаки, как изменение величины, формы и консистенции матки. Кроме того, при влагалищном исследовании определяют и диагональную конъюгату (*conjugata diagonalis*), что в совокупности с данными наружных измерений позволяет судить о форме и размерах таза. Однако измерить диагональную конъюгату не всегда возможно, так как при нормальных размерах таза мыс не достигается.

Результаты исследований позволяют не только установить факт наличия беременности, оценить характер ее течения и состояние плода, но и определить срок беременности и родов.

При нормальном течении беременности ее продолжительность в среднем составляет около 280 дней, если считать от 1-го дня последней менструации, что квалифицируется как «акушерский срок беременности». На такой расчет ориентировано определение сроков родового отпуска и предполагаемого срока родов, а также оценка размеров плода по данным УЗИ в сроки беременности более 12 нед.

Следовательно, для определения текущего акушерского срока беременности, от даты последней менструации отсчитывают должное количество дней до момента исследования.

Для определения предполагаемого срока родов, согласно акушерскому сроку, от даты 1-го дня последней менструации по календарю, отсчитывают назад 3 мес. и прибавляют 7 дней. Однако следует учитывать, что предполагаемый срок родов – это не какая-то фиксированная дата. Это всего лишь некий промежуток времени, составляющий ± 10 –12 дней, когда наиболее вероятно произойдут роды.

Иногда используют расчет так называемого «эмбрионального срока» беременности от момента зачатия, что нередко почти совпадает с датой овуляции. Эмбриональный срок получается короче акушерского приблизительно на 14–16 дней.

Одним из дополнительных ориентиров для определения предполагаемого срока беременности является время, когда пациентка начинает ощущать первые шевеления плода. Обычно у первородящих это происходит после 20-й недели, а у повторнородящих после 18-й недели. Однако этот признак является весьма субъективным и может быть принят во внимание только в совокупности с другими данными.

Для уточнения срока беременности дополнительно можно использовать данные о длине окружности живота и высоте стояния дна матки над лобком. Однако необходимо принимать во внимание, что и эти показатели являются весьма относительными, так как могут варьировать в широких пределах.

Данные эхографии не позволяют определить срок беременности, так как в процессе этого исследования решают совершенно другой, но не менее важный вопрос: для какого срока беременности характерны полученные в процессе исследования размеры плодного яйца, эмбриона, плода и отдельных его частей, при условии, что известен предполагаемый срок беременности, который в свою очередь определяют на основании известных данных. При нормальном течении беременности размеры плода и срок беременности совпадают, что и создает ложное представление о том, что УЗИ позволяет определить срок беременности.

Определение реактивности сердечно-сосудистой системы плода по данным кардиотокографии

Кардиотокография (КТГ) в настоящее время является важным компонентом комплексной оценки состояния плода во время беременности. КТГ представляет собой метод функциональной оценки состояния плода, в основе которого лежит регистрация частоты его сердцебиений и их изменений

в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода.

Во время беременности сердечную деятельность плода регистрируют специальным ультразвуковым датчиком, работа которого основана на эффекте Доплера в диапазоне частоты 1,5–2,0 МГц. Электронная система кардиомонитора преобразует зарегистрированные изменения интервалов между отдельными циклами сердечной деятельности плода в мгновенную частоту его сердечных сокращений (уд./мин). Изменения частоты сердечных сокращений отображаются прибором в виде звукового и цифрового сигналов, а также графически на бумажной ленте.

В процессе проведения исследования наружный ультразвуковой датчик укрепляют на передней брюшной стенке матери в области наилучшей слышимости сердечных тонов плода.

При выполнении КТГ одновременно с записью сердечной деятельности плода регистрируют сократительную активность матки тензометрическим датчиком, который фиксируют в области дна матки.

В современных фетальных мониторах предусмотрен специальный пульт, с помощью которого беременная также может самостоятельно фиксировать движения плода.

Сокращения матки и движения плода отображаются прибором в процессе исследования в нижней части бумажной ленты.

Полученная при исследовании запись КТГ отражает прежде всего реактивность автономной нервной системы плода и ряда компенсаторно-приспособительных реакций на момент исследования. Изменения сердечной деятельности плода только косвенно свидетельствуют о характере патологических процессов, происходящих в фетоплацентарном комплексе, и о степени сохранности компенсаторно-приспособительных механизмов.

Нельзя напрямую отождествлять результаты, полученные при анализе данных КТГ, только с наличием той или иной степени выраженности гипоксии у плода. Гипоксия плода чаще всего обусловлена снижением доставки кислорода в маточно-плацентарный кровоток и нарушением транспортной функции плаценты. Ответная реакция сердечно-сосудистой системы плода возникает, прежде всего, из-за наличия и степени выраженности гипоксемии. В ряде случаев возможно также относительно кратковременное нарушение кровотока в сосудах пуповины, например, вследствие их прижатия предлежащей частью. В качестве компенсаторной реакции у плода снижается потребление кислорода тканями и повышается устойчивость к гипоксии при гипоксемии.

В то же время при различных патологических состояниях возможно снижение способности тканей к утилизации кислорода при нормальном его содержании в крови, что может не вызвать соответствующей реакции сердечно-сосудистой системы плода.

КТГ является всего лишь дополнительным инструментальным методом диагностики, а информация, получаемая в результате исследования, отражает лишь часть сложных патофизиологических изменений, происходящих в системе мать–плацента–плод. Полученную при исследовании информа-

цию сопоставляют с клиническими данными и результатами других исследований.

При расшифровке записи определяют ряд показателей, имеющих нормальные и патологические значения, которые позволяют достоверно оценить состояние реактивности ССС плода.

Изучаемые показатели КТГ и их значение

Базальная частота сердцебиений (БЧСС) – средняя частота сердцебиений плода в течение 10–20 мин. БЧСС определяют при следующих условиях:

- отсутствие движений плода;
- в промежутках между сокращениями матки;
- без учета периодов акцелераций и децелераций;
- отсутствие стимуляции активности плода под действием внешних раздражителей.

БЧСС обусловлена функцией водителя ритма и зависит от соотношения активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС).

В III триместре беременности и нормальном состоянии плода частота сердцебиений составляет от 110 до 160 уд./мин (в среднем 140–145 уд./мин), что является отражением регуляторного взаимодействия парасимпатической и симпатической нервной регуляции сердечного ритма.

Частота сердцебиений, превышающая 160 уд./мин, которая регистрируется дольше 10 мин, квалифицируется как тахикардия: в пределах 161–180 уд./мин – как умеренная тахикардия, а более 180 уд./мин – как выраженная.

Причины тахикардии:

- Гипоксия плода. Тахикардия является компенсаторной реакцией, которая реализуется за счет повышения симпатической активности и увеличения синтеза эpineфрина мозговым слоем надпочечников.
- Анемия плода. Тахикардия способствует увеличению сердечного выброса и перфузии тканей.
- Пороки развития и недостаточность функции сердца плода, которые компенсируются увеличением ЧСС и сердечного выброса. Могут сопровождаться нарушением сердечного ритма (тахикардией, пароксизмальной желудочковой тахикардией, желудочковой экстрасистолией).
- Лихорадочное состояние беременной. Происходит активация метаболизма миокарда плода и усиление симпатических влияний.
- Гипертиреоз у беременной. Гормоны щитовидной железы проникают через плацентарный барьер и стимулируют сердечную деятельность плода.
- Амнионит. Тахикардия может быть первым проявлением развития внутриматочной инфекции.
- Воздействие лекарственных препаратов. Парасимпатолитики (атропин, фенотиазины и др.) блокируют парасимпатический отдел ВНС. β -миметики (партусистен, гинипрал) оказывают кардиостимулирующий эффект.

Снижение частоты сердцебиений ниже 110 уд./мин, регистрируемое более 10 мин, характеризуется как брадикардия, которая обусловлена активацией парасимпатического отдела ВНС плода.

Причины брадикардии:

- Выраженная гипоксия плода с гиперкалиемией и ацидозом, приводящая к декомпенсации функции миокарда.
- Пороки развития сердца плода, сопровождающиеся нарушением сердечной проводимости.
- Применение препаратов, обладающих β -адреноблокирующим действием (пропранолол и др.). Парасимпатическая активация обусловлена блокадой этими препаратами рецепторов эпинефрина в миокарде.
- Гипотензия у матери вследствие сдавления нижней полой вены в положении на спине, опосредованно приводящая к урежению ЧСС плода.
- Выраженная гипогликемия у матери, способствующая развитию гипоксемии.
- Длительное сдавление пуповины, активизирующее парасимпатические влияния.

Вариабельность базального ритма. В результате взаимодействия парасимпатического и симпатического отделов ВНС и их регуляторного влияния на сердечный ритм, постоянно меняется продолжительность последовательных кардиоинтервалов. При этом частота сердцебиений плода в каждый конкретный момент времени подвергается определенным отклонениям от БЧСС.

Колебания ЧСС плода от среднего уровня, возникающие от удара к удару, имеющие определенную направленность и амплитуду, проявляются на кардиотокограммах в виде осцилляций сердечного ритма.

Вариабельность базального ритма является важнейшей характеристикой состояния плода и реактивности его ССС. Ее нормальные параметры свидетельствуют о достаточных компенсаторных возможностях плода. Если последовательные кардиоинтервалы одинаковы и сердечный ритм плода напоминает работу метронома, следует предполагать поражение нервной системы плода в результате действия повреждающих факторов. Вариабельность базального ритма характеризуется мгновенными и пролонгированными (медленными) осцилляциями.

Мгновенные осцилляции, отражающие различия в продолжительности каждого последующего кардиоинтервала от предыдущего (от удара к удару), являются чувствительным индикатором степени оксигенации тканей плода. Оценка и интерпретация изменений мгновенных осцилляций возможна только при автоматизированной компьютерной обработке полученной записи.

При визуальной оценке результатов КТГ анализируют пролонгированные осцилляции, представляющие собой циклические отклонения от БЧСС с определенной амплитудой и частотой, которые зависят от состояния плода и контролируются симпатическим отделом ВНС. Анализ пролонгированных осцилляций проводят за каждый 10-минутный интервал записи в промежутках между сокращениями матки, действиями внешних раздражителей и без учета переходящих изменений ЧСС. Изменения пролонгированных

осцилляций также являются индикатором оксигенации плода и его компенсаторных реакций на стресс.

Обычно изменения мгновенных и пролонгированных осцилляций происходят синхронно, что обусловлено взаимовлиянием симпатического и парасимпатического отделов ВНС.

При визуальной оценке записи КТГ о вариабельности базального ритма чаще судят по амплитуде пролонгированных осцилляций, так как их частоту бывает трудно оценить. Амплитуда пролонгированных осцилляций представляет собой размах между наибольшей и наименьшей частотой сердцебиений в течение 1 мин.

По амплитуде пролонгированные осцилляции разделяют на 4 типа.

1) «немой», или «нулевой» тип вариабельности с амплитудой осцилляций от 0 до 5 уд./мин;

2) слегка ундулирующий тип – 5–9 уд./мин;

3) ундулирующий тип – 10–25 уд./мин;

4) сальтаторный, или «скачущий» тип – более 25 уд./мин.

Самым неблагоприятным является «немой» тип.

Повышению вариабельности базального ритма (увеличение амплитуды осцилляций) способствуют:

- Умеренная гипоксия. Повышение вариабельности базального ритма является компенсаторной реакцией на снижение оксигенации организма плода.
- Воздействие внешних раздражителей, стимулирующих автономную нервную систему плода.

Причиной снижения вариабельности базального ритма (уменьшение амплитуды осцилляций) являются:

- Выраженная гипоксия, сопровождающаяся ацидозом и приводящая к угнетению функции центральной нервной системы плода.
- Применение наркотических препаратов, транквилизаторов, барбитуратов, подавляющих активность центральных механизмов регуляции сердечного ритма. Антихолинэргические препараты (атропин) блокируют передачу импульса в синусовый узел.
- Аномалии центральной нервной системы (анэнцефалия) или аномалии развития сердца плода, нарушающие механизмы регуляции сердечного ритма.
- Состояние сна, сопровождающееся уменьшением амплитуды пролонгированных осцилляций за счет временного физиологического снижения активности регуляторных центров плода.

Выделяют также синусоидальный ритм, при котором кардиограмма характеризуется регулярными пролонгированными осцилляциями с амплитудой 5–15 уд./мин и частотой повторения циклов 2–5 в мин. Картина записи КТГ приобретает вид синусоидальной волны. Этот тип кардиограммы чаще всего связан с тяжелой анемией и выраженной гипоксией плода. При выявлении синусоидального ритма и подтверждении признаков страдания плода при помощи других методов комплексной диагностики, целесообразно досрочное оперативное родоразрешение в связи с угрозой антенатальной гибели плода.

При патологии плода в ряде наблюдений имеет место перемежающийся тип variability базального ритма, который характеризуется периодическим появлением участков записи с variability базального ритма менее 5 уд./мин.

В 9–10% записей встречается трудно интерпретируемый тип ритма, характеризующийся беспорядочной изменчивостью частоты сердцебиений плода.

Важнейшей характеристикой кардиотокограммы являются медленные преходящие колебания частоты сердцебиений плода в виде учащений – акцелераций и урежений – децелераций.

К моменту завершения акцелерации или децелерации ЧСС возвращается к исходному уровню. Такие медленные колебания частоты сердцебиений могут быть периодическими, возникающими в ответ на сокращения матки, или носить спорадический характер как ответная реакция на действие внешних раздражителей или проявления двигательной активности плода. Преходящие изменения ЧСС плода характеризуют степень его компенсаторных возможностей.

На кардиотокограмме акцелерации проявляются временным увеличением ЧСС плода на 15 уд./мин и более, продолжительностью не менее 15 с (в среднем 20–60 с), что обусловлено β -адренергической симпатической стимуляцией автономной нервной системы плода.

В связи с тем, что амплитуда пролонгированных осцилляций может изменяться от 0 до 25 уд./мин и более, идентификация акцелераций при временном увеличении частоты сердцебиений на 15 уд./мин может быть затруднена, и такое изменение может быть принято за осцилляцию. В этих случаях за акцелерации следует принимать такие изменения ЧСС, при которых их амплитуда превышает амплитуду осцилляций.

Акцелерации представляют собой реакцию симпатического отдела автономной нервной системы плода и возникают в ответ на:

- сокращения матки;
- действие внешних раздражителей;
- движения плода.

Начало и окончание акцелерации совпадает с временем проявления этих факторов.

Спорадические акцелерации в ответ на действие внешних раздражителей и/или движения плода свидетельствуют о его нормальном состоянии и эффективном регуляторном влиянии автономной нервной системы на сердечный ритм.

Периодические акцелерации в ответ на сокращения матки обусловлены изолированным сдавлением вены пуповины без нарушения кровотока по ее артериям. Этот компенсаторный механизм также является отражением нормального состояния плода и адекватной кардиоваскулярной реакции на стресс.

На начальных этапах развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН) возможны:

- уменьшение количества акцелераций,

- отсутствие децелераций или наличие спорадических, неглубоких и коротких децелераций;
- наличие 2 и более акцелераций за 20 мин записи.

Отклонение от указанных характеристик изучаемых показателей свидетельствует о нарушении реактивности ССС плода.

Наиболее *неблагоприятными признаками*, указывающими на нарушения состояния плода, являются следующие изменения на записях КТГ:

- тахикардия более 170 уд./мин;
- брадикардия ниже 110 уд./мин;
- синусоидальный тип ритма;
- перемежающийся тип variability базального ритма;
- амплитуда осцилляций менее 5 уд./мин;
- урежение или отсутствие акцелераций;
- неполное восстановление ритма после акцелерации или децелерации;
- увеличение количества децелераций и наличие их variability форм, а также высокая их амплитуда;
- увеличение продолжительности децелераций на 90–100%; монотонный ритм и трудно интерпретируемые записи.

Существующие способы оценки состояния плода по данным КТГ можно условно разделить на две группы.

Одну группу составляют *методы компьютерной оценки записи КТГ* с использованием встроенного в кардиомонитор специального процессора или с применением дополнительной ЭВМ. Такой способ расшифровки данных КТГ отличается рядом преимуществ: объективностью оценки состояния плода, отсутствием субъективного анализа, уменьшением затрат времени на проведение исследования, исключением влияния фазы сна плода на конечный результат, возможностью сохранения и последующего быстрого воспроизведения записей КТГ и расчетных показателей. Компьютерный анализ КТГ подтверждает, что в прогностическом отношении наиболее информативными являются: базальный ритм и его variability, характеристика акцелераций и децелераций.

Вторую группу представляют наиболее простые, доступные и широко применяемые *методы визуального анализа*, часто с использованием оценки показателей КТГ в баллах. В настоящее время применяют различные шкалы для оценки антенатальной КТГ. Среди них наиболее распространены шкалы, предложенные W.Fischer и соавт. (1976), Е.С.Готье и соавт. (1982), а также их различные модификации.

Кроме того, определены другие дополнительные параметры КТГ, обладающие высокой диагностической значимостью, которые учтены в новой шкале оценки реактивности ССС плода по данным КТГ.

Использование данной шкалы основано на том, что реактивность ССС плода оценивают с учетом показателей КТГ, которые характеризуются определенными нормальными и патологическими признаками.

Шкала оценки реактивности сердечно-сосудистой системы плода во время беременности представлена в Приложении 1.

Каждый из показателей КТГ оценивают по баллам от 0 до 5, согласно выявленному доминирующему признаку. К доминирующему признаку относят тот, который соответствует наиболее выраженному патологическому изменению данного показателя (наименьший балл). Полученные баллы суммируют. Результат следует разделить на 6 и при необходимости округлить до целого числа согласно правилам математики.

Полученный при расчете индекс свидетельствует о состоянии реактивности ССС плода на момент исследования и не является диагнозом:

- 5 баллов – реактивность ССС плода в пределах нормы;
- 4 балла – начальное нарушение реактивности ССС плода;
- 3 балла – умеренное нарушение реактивности ССС плода;
- 2 балла – выраженное нарушение реактивности ССС плода;
- 1 балл – тяжелое нарушение реактивности ССС плода;
- 0 баллов – критическое нарушение реактивности ССС плода.

Представленная шкала оценки КТГ может быть использована как составная часть комплексной диагностики для оценки состояния реактивности ССС плода только во время беременности.

Следует подчеркнуть, что КТГ представляет собой дополнительный инструментальный метод диагностики. Результаты однократного исследования дают только косвенное представление о состоянии плода с момента исследования не более чем на сутки. В силу различных обстоятельств характер реактивности ССС плода может изменяться и за более короткое время. Степень выраженности нарушений реактивности ССС плода не всегда может совпадать с тяжестью ФПН. Однако полученные результаты целесообразно рассматривать во взаимосвязи с различными формами ФПН. Необходимы предварительное эхографическое исследование с функциональной оценкой состояния фетоплацентарного комплекса и доплерография.

Эхографическое исследование во время беременности

Аntenатальная ультразвуковая диагностика является эффективным методом исследования в акушерской практике, который широко используется для определения размеров плода, уточнения срока беременности, оценки состояния фетоплацентарного комплекса, выявления аномалий развития плода и т.п. Однако это всего лишь дополнительный инструментальный метод диагностики, который в совокупности с клиническими данными и результатами других методов исследования позволяет получить информацию о характере развития и течения беременности.

Для повышения эффективности дородовой диагностики различных форм наследственных и врожденных заболеваний, фетоплацентарной недостаточности и других осложнений практикуется двухуровневое обследование беременных.

Первый уровень предусматривает проведение массового обследования всех беременных женщин, что позволяет контролировать характер течения беременности и формировать группы риска по внутриутробному поражению плода. Мероприятия этого уровня обследования организуют и

проводят в акушерско-гинекологических учреждениях, осуществляющих наблюдение за беременными. При этом обследование пациенток включает обязательное трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование: в сроки 7–14, 20–24 и 32–34 нед. беременности.

На *втором уровне* обследования осуществляют мероприятия по диагностике конкретных форм поражения плода, оценке тяжести болезни и прогнозу состояния здоровья ребенка, а также решают вопрос о целесообразности пролонгирования беременности при выявленной патологии у плода. На обследование второго уровня направляют беременных группы высокого риска по наличию наследственных и врожденных заболеваний у плода.

Эхографическое исследование в ранние сроки беременности

Исследование на этом этапе проводят в сроки от 7 до 14 нед. беременности.

Основными задачами исследования в этот период являются:

- выявление развивающейся беременности;
- оценка соответствия размеров плодного яйца и эмбриона предполагаемому сроку беременности;
- диагностика многоплодной беременности;
- определение места имплантации плодного яйца и локализации ворсисто-хориона;
- изучение анатомии эмбриона;
- выявление признаков осложненного течения беременности;
- оценка состояния матки и придатков матки.

Чаще всего исследование осуществляют трансабдоминально при наполненном мочевом пузыре, представляющим собой «акустическое окно», позволяющее четко визуализировать внутренние органы. В ряде случаев целесообразно проведение трансвагинальной эхографии, позволяющей более четко и детально визуализировать различные структуры. Такое исследование при правильном его использовании не представляет опасности для развивающейся беременности.

Подтверждением наличия беременности является обнаружение плодного яйца в полости матки на 3–5-й неделе от первого дня последней менструации. Как правило, с 5–6 нед. беременности в полости матки возможно определить наличие эмбриона. При этом отмечается и его сердечная деятельность, что является признаком прогрессирующей беременности. Частота сердечбиений варьирует от 110 до 130 уд./мин. Урежение частоты сердечбиений до 100 уд./мин и менее является неблагоприятным диагностическим признаком, указывающим на неблагополучное развитие беременности и на возможность ее прерывания.

Двигательная активность эмбриона начинает проявляться уже с 8-й недели беременности, что также легко зафиксировать с помощью эхографического исследования.

Важным является положение о том, что при ультразвуковом исследовании срок беременности не устанавливают. Полученные в процессе исследования результаты эхографии используют для оценки их соответствия истинному, заранее предполагаемому сроку беременности путем сопоставления

с нормативными показателями. В каждом относительно крупном регионе должны использоваться только свои, специально разработанные нормативные фетометрические показатели (номограммы). Это обусловлено определенными особенностями темпов роста плодов в различных географических зонах. В противном случае при использовании номограмм, неспецифичных для данного региона, будут получены необъективные результаты.

Следовательно, с помощью эхографии можно только уточнить предполагаемый срок беременности и выявить несоответствия тех или иных размеров этому сроку.

В ранние сроки беременности для оценки ее развития измеряют средний внутренний диаметр плодного яйца и копчико-теменной размер (КТР) эмбриона, сравнивая полученные данные с соответствующими номограммами (см. табл. 1.1 и 1.2). В целом ряде этих номограмм при сопоставлении полученных данных принимают во внимание срок беременности, рассчитанный от момента зачатия, а не акушерский срок (от первого дня последней менструации). При использовании подобных номограмм для уточнения акушерского срока необходимо к полученному результату прибавить количество дней, прошедших от начала последней менструации до предполагаемой даты зачатия или до момента овуляции.

Определение размеров матки при эхографическом исследовании не позволяет получить точного представления о предполагаемом сроке беременности, так как эти показатели в каждом конкретном случае строго индивидуальны и могут варьировать в широких пределах.

Уже начиная с самых ранних сроков возможна диагностика многоплодной беременности на основании выявления более чем одного плодного яйца и эмбриона в полости матки.

Известно, что имплантация плодного яйца должна происходить в верхних отделах матки ближе к одному из ее углов. Обнаружение плодного яйца, расположенного в нижних отделах матки, может свидетельствовать о неблагоприятном течении беременности.

На 7–8-й неделе беременности на месте расположения ворсистой хориона отмечается его утолщение до 1–1,5 см и истончение его капсулярной части, что позволяет прогнозировать характер расположения плаценты.

Обнаружение некоторых пороков развития или признаков, позволяющих заподозрить их наличие, также возможно на ранних сроках беременности. С этой целью изучают строение эмбриона. Более целесообразно такое исследование проводить с использованием трансвагинального доступа. В процессе исследования следует принимать во внимание, что с 7 нед. беременности головка эмбриона определяется как отдельное образование. С этого же срока возможна визуализация позвоночника эмбриона. Его конечности идентифицируются с 8 нед. До 11 нед. сохраняется физиологическая эмбриональная грыжа передней брюшной стенки. Многие органы брюшной полости и почки эмбриона начинают визуализироваться после 11–12 нед. С этого же срока выявляются и структуры лица плода.

Важное диагностическое значение имеет величина воротникового пространства эмбриона, представляющего собой переднезадний размер

Таблица 1.1

**Зависимость между сроком беременности и средним внутренним диаметром
плодного яйца (Демидов В.Н., Стыгар А.М., 1985)***

Диаметр плодного яйца, мм	Срок беременности	
	нед.	дни
5	2	4
6	2	5
7	2	6
8	3	0
9	3	1
10	3	2
11	3	3
12	3	4
13	3	5
14	3	7
15	4	0,5
16	4	1,5
17	4	2,5
18	4	4
19	4	5
20	4	6
21	5	0
22	5	1
23	5	2
24	5	3
25	5	4
26	5	5,5
27	5	6,5
28	6	0,5
29	6	2,5
30	6	3
31	6	4
32	6	5
33	6	6
34	6	0
35	7	1
36	7	2
37	7	3

Таблица 1.1 (окончание)

Диаметр плодного яйца, мм	Срок беременности	
	нед.	дни
38	7	4,5
39	7	5,5
40	7	6,5

* В данной таблице приведен срок беременности, рассчитанный от момента зачатия.

Таблица 1.2

**Зависимость копчико-теменного размера (КТР) эмбриона
от срока беременности (Демидов В. и др., 1990)***

КТР, мм	Срок беременности	КТР, мм	Срок беременности	КТР, мм	Срок беременности
3	4 нед.	26	9 нед. 6 дн.	61	13 нед. 1 дн.
4	5 нед. 2 дн.	27	10 нед.	62	13 нед. 2 дн.
5	6 нед. 1 дн.	28	10 нед. 1 дн.	63	13 нед. 2 дн.
6	6 нед. 3 дн.	30	10 нед. 2 дн.	64	13 нед. 3 дн.
7	6 нед. 5 дн.	31	10 нед. 3 дн.	65	13 нед. 3 дн.
8	6 нед. 6 дн.	32	10 нед. 4 дн.	60	13 нед. 4 дн.
9	7 нед.	33	10 нед. 5 дн.	67	13 нед. 4 дн.
10	7 нед. 2 дн.	34	10 нед. 6 дн.	68	13 нед. 5 дн.
11	7 нед. 3 дн.	30	11 нед.	69	13 нед. 5 дн.
12	7 нед. 5 дн.	38	11 нед. 1 дн.	70	13 нед. 6 дн.
13	7 нед. 6 дн.	39	11 нед. 2 дн.	71	13 нед. 6 дн.
14	8 нед. 1 дн.	41	11 нед. 3 дн.	72	14 нед.
15	8 нед. 2 дн.	42	11 нед. 4 дн.	73	14 нед.
16	8 нед. 3 дн.	44	11 нед. 5 дн.	74	14 нед. 1 дн.
17	8 нед. 4 дн.	46	11 нед. 6 дн.	75	14 нед. 1 дн.
18	8 нед. 5 дн.	47	12 нед.	76	14 нед. 2 дн.
19	8 нед. 6 дн.	49	12 нед. 1 дн.	77	14 нед. 3 дн.
20	9 нед.	50	12 нед. 2 дн.	78	14 нед. 3 дн.
21	9 нед. 1 дн.	51	12 нед. 3 дн.	80	14 нед. 4 дн.
22	9 нед. 2 дн.	53	12 нед. 4 дн.	82	14 нед. 5 дн.
23	9 нед. 3 дн.	55	12 нед. 6 дн.	84	14 нед. 6 дн.
24	9 нед. 4 дн.	57	12 нед. 6 дн.	87	15 нед.
25	9 нед. 5 дн.	59	13 нед.	88	15 нед.

* В данной таблице приведен срок беременности, рассчитанный от первого дня последней менструации.

анэхогенной зоны в шейном отделе позвоночника эмбриона. Измерение этого показателя можно проводить в сроки беременности от 10 до 14 нед., однако более точные данные получают в том случае, когда значения КТР эмбриона находятся в пределах 45–84 мм. Величина воротникового пространства, превышающая 3 мм, указывает на возможный высокий риск



Рис. 11.4. Обмен витамина B_{12} в организме.

Лабораторные и инструментальные исследования

Клинический анализ крови

- Гиперхромная макроцитарная анемия (МСН более 35 пг, ЦП более 1,1, MCV более 100–120 фл, Hb иногда снижен до 25–40 г/л).
- Лейкопения ($3-1,5 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо (гиперсегментированные нейтрофилы больших размеров), тромбоцитопения, ретикулоцитопения.
- Анизоцитоз, пойкилоцитоз.
- В эритроцитах остатки ядра – тельца Жолли, кольца Кебота.
- Продолжительность жизни эритроцитов снижается до 25–75 дней.

Биохимическое исследование

- Количество витамина B_{12} в сыворотке крови ниже 200 нг/л.
- Умеренная гипербилирубинемия (за счет непрямого билирубина) в результате внутрисосудистого разрушения эритроцитов.
- Повышение количества метилмалоновой кислоты в моче.
- Капрограмма необходима для исключения инвазии широкого лентеца.

АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

Практическое руководство для врачей

Под ред. член-корр. РАМН, проф. **И.С.Сидоровой**,
проф. **Т.В.Овсянниковой**, проф. **И.О.Макарова**

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*
Ответственный редактор: *О.А.Эктова*
Редактор: *Н.Л.Пиганова*
Корректор: *Э.А.Лебедева*
Компьютерный набор и верстка: *Д.В.Давыдов*

ISBN 5-98322-583-9



Лицензия ИД №04317 от 20.04.01 г.
Подписано в печать 11.09.09. Формат 60×90/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл. печ. л. 45.
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №1935

Издательство «МЕДпресс-информ».
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д. 42, стр. 3
E-mail: office@med-press.ru
www.med-press.ru

Отпечатано с готовых диапозитивов
в ОАО «Типография «Новости»
105005, Москва, ул. Фр. Энгельса, 46