

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»		044-34/16 1 стр. из 18

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина: «Акушерство и гинекология»

Код дисциплины: AG 4309

Название ОП: «Стоматология»

Объем учебных часов / кредитов: 90/(3)

Курс и семестр изучения: 4/7

Объем лекций: 5 час

Шымкент, 2024.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>	<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>	<p>044-34/16 2 стр. из 18</p>

Лекционный комплекс разработан в соответствии с syllabusом «Акушерство и гинекологии» и обсужден на заседании кафедры акушерства и гинекологии

Протокол № 1 «28» 08 2024г.

Зав.кафедрой доктор PhD, асс.профессор Кулбаева С.Н.



<p style="text-align: center;">O'NTÜSTİK QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p style="text-align: center;">SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p style="text-align: center;">Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p style="text-align: center;">044-34/16 3 стр. из 18</p>

Лекция №1

1.Тема: Организация охраны репродуктивного здоровья женщин в Республике Казахстан. Диспансеризация беременных женщин.

2.Цель: Формирование знаний и умений по организации охраны здоровья женщин в Республике Казахстан, структуре, содержании и методах работах учреждений родовспоможения.

3.Тезисы лекций:

- 1.Введение.
- 2.Принципы акушерско-гинекологической помощи населению.
- 3.Законодательные акты по охране здоровья женщин.
- 4.Основные сведения о структуре, содержании и методах работы учреждений родовспоможения.

Акушерство и гинекология – две отрасли единой науки о физиологических и патологических процессах, происходящих в организме женщины.

Акушерство – наука о физиологических и патологических процессах, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом.

Гинекология – наука о заболеваниях женских половых органов, о методах их распознавания, профилактики и лечения.

Акушерско-гинекологическая помощь организуется на принципах, общих для всего здравоохранения: профилактическое направление, бесплатность, общедоступность, связь науки с практикой. Однако, акушерство имеет некоторые особенности, отличающие его от других дисциплин. Акушеры-гинекологи и акушерки оказывают помощь не только при заболеваниях (как терапевты, хирурги), но также и при физиологических процессах, какими являются беременность и роды. Врачи и акушерки, работающие в области родовспоможения, ответственны за благополучие не одного человека, как представители других специальностей, а двух: матери и плода.

Одним из основных критериев качества организации работы родовспомогательных учреждений и системы здравоохранения является материнская и перинатальная смертность.

Закон Республики Казахстан «О репродуктивных правах граждан и гарантиях» от 16.06.2004г. Право на жизнь – основное право человека, в контексте репродуктивных прав означает, что женщины имеют право не умирать в течение беременности, родов и послеродового периода. Дети имеют право родиться своевременно и здоровыми.

Типовыми учреждениями, оказывающими акушерско-гинекологическую помощь, являются: родильный дом, акушерско-гинекологическое отделение районной больницы, ФАП, поликлиника, гинекологическое отделение областной больницы, областной перинатальный центр.

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 4 стр. из 18</p>

Согласно принципов межуровневой перинатальной помощи акушерско-гинекологическая помощь оказывается на следующих уровнях:

на 1-м уровне должны проходить только физиологические роды;

на 2-м- роды с умеренным риском;

на 3-м - роды с высоким риском;

на уровень высокоспециализированной медицинской помощи должны направляться наиболее критичные, тяжелые случаи;

4.Иллюстративный материал:слайды

5.Контрольные вопросы:

1. Структура, содержание и методы работы учреждений родовспоможения.
2. Организация работы родильных домов.
3. Принципы работы акушерско-гинекологического блока поликлиники
4. Определение материнской и перинатальной смертности

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 5 стр. из 18</p>

Лекция №2

1.Тема: Физиологические изменения в организме женщины при беременности.

2.Цель: Формирование знаний и умений по физиологическим изменениям в организме женщины при беременности

3.Тезисы лекций:

1. Физиологические изменения в организме женщины при беременности
2. Нервная система
3. Эндокринная система
4. Обмен веществ
- 5.Сердечно-сосудистая система
6. Кровь, органы пищеварения и дыхания
7. Мочевыделительная система
8. Кожа
9. Половые органы
10. Молочные железы

Внутриутробному плоду при развитии необходимо все возрастающее количество кислорода, белков. Углеводов, солей, витаминов и других веществ. Все эти вещества доставляются плоду из организма матери. В кровь матери поступают конечные продукты обмена плода, которые выводятся выделительными органами беременной. Организм беременной выполняет дополнительную работу, требующую усиления или перестройки деятельности важнейших систем и органов.

Под влиянием новых условий, связанных с развитием плода, в организме женщины при беременности возникают многочисленные и сложные изменения. Эти изменения физиологические; они способствуют правильному развитию плода, готовят организм женщины к родам и кормлению новорожденного. Возникновение и развитие изменений, связанных с беременностью, регулируются центральной нервной системой. Растущее плодное яйцо является раздражителем нервных окончаний матки; раздражения передаются по нервным путям в центральную нервную систему. В центральной нервной системе возникают соответствующие реакции, под влиянием которых происходят изменения в деятельности различных органов и систем. С самого начала беременности изменяется деятельность ряда органов внутренней секреции. В связи с этим меняется соотношение гормонов в крови, циркулирующих в организме. Эти гормональные сдвиги также оказывают влияние на деятельность нервной системы и других органов.

4.Иллюстративный материал: презентация, слайды.

5.Контрольные вопросы:

- Изменения в организме женщины при беременности
- Изменения в нервной и эндокринной системах
- Изменения обмена веществ и в сердечно-сосудистой системе
- Изменения в органах пищеварения, дыхания
- Изменения в мочевыделительной, половой системе
- Изменения в коже, молочных железах

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»		044-34/16 6 стр. из 18

Лекция №3

1.Тема: Физиологические роды.

2.Цель: Формирование знаний и умений по физиологическим родам, родам по «Безопасному материнству»

3.Тезисы лекций:

1. Роды, определение
2. Причины возникновения родов
3. Предвестники и начало родов
4. Родовые изгоняющие силы
5. Периоды родов
6. Механизм родов при переднем и заднем виде затылочногопредлежания
7. Продолжительность родов
8. Роды по «Безопасному материнству»
9. Рекомендации ВОЗ во ведению родов

Роды – физиологический процесс, при котором происходит изгнание плода и последа из полости матки через родовые пути. Физиологические роды наступают в среднем после 10 акушерских месяцев (280 дней или 40 недель) беременности, когда плод становится зрелым и вполне способным к внеутробному существованию.

Причины наступления родов сложны и еще недостаточно выяснены. Однако, исследованиями последнего времени установлено, что к концу беременности в организме женщины возникают многочисленные изменения, совокупность которых способствует наступлению родов. К концу беременности значительно понижается возбудимость спинного мозга, усиливается возбудимость нервных элементов и мышц матки. Матка начинает все сильнее реагировать на всякие механические, химические и другие раздражения, исходящие как из собственного организма беременной, так и из внешней среды. В последние месяцы беременности, особенно к моменту родов, повышается образование эстрогенов, которые усиливают тонус матки и ее чувствительность к веществам, вызывающим сократительную деятельность.

О приближении родов можно судить по ряду предвестников: в конце беременности опускается дно матки и предлежащая часть плода, перед родами выделяется слизистая пробка из влагалища, отмечается некоторое снижение веса тела перед родами, ощущаются сокращения матки.

Родовыми изгоняющими силами называются схватки и потуги.

Различают три периода родов: период раскрытия, период изгнания, последовый период.

Механизм родов при переднем виде затылочногопредлежания состоит из 4 этапов: сгибание головки, внутренний поворот головки, разгибание головки, наружный поворот головки.

Механизм родов при заднем виде затылочногопредлежания состоит из 4 этапов: сгибание головки, внутренний поворот головки, дополнительное сгибание и разгибание головки, наружный поворот головки и внутренний поворот плеча.

<p style="text-align: center;"> ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ </p>		<p style="text-align: center;"> SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия» </p>
<p style="text-align: center;"> Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология» </p>		<p style="text-align: center;"> 044-34/16 7 стр. из 18 </p>

Продолжительность родов зависит от разных причин, главным образом от характера родовых сил. Чем интенсивнее схватки и потуги, тем меньше продолжительность родов. На продолжительность родов влияют величина плода, вставление предлежащей части, размеры таза, время отхождения околоплодных вод и др. Продолжительность первых родов обычно больше, чем повторных.

4. Иллюстративный материал: слайды

5. Контрольные вопросы:

- Понятие «роды»
- Предвестники родов
- Период раскрытия
- Период изгнания
- Послеродовой период
- Моменты механизма родов
- Понятие «роды по Безопасному материнству»

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 8 стр. из 18</p>

Лекция №4

1.Тема: Ранние токсикозы беременности.

2.Цель: Формирование знаний и умений по методам обследования гинекологических больных

3.Тезисы лекций:

- 1.Анамнез заболевания
- 2.Осмотр больных
- 3.Методы гормонального исследования
- 4.Эндоскопические методы
- 5.Ультразвуковое исследование
- 6.Рентгенологические методы исследования
- 7.Радионуклидные исследования
- 8.Цитологическое исследование
- 9.Цитогенетические исследования

Современные методы объективного обследования больных, позволяющие получить разностороннюю информацию, не снижают высокой ценности анамнестических данных. Более того, тщательное ознакомление с анамнезом, анализ и обобщение имеющихся данных являются основой для установления предварительного диагноза, который нередко подтверждается результатами последующих объективных методов обследования.

При анализе жалоб, заставивших больную обратиться к врачу, следует учитывать возможность несоответствия их истинному состоянию здоровья. Кроме основной жалобы, выделяют и сопутствующие, о которых женщины сообщают после дополнительных наводящих вопросов. Важные сведения может получить врач, выясняя образ жизни, питания, вредные привычки пациентки, характер работы и условия быта.

При осмотре женщин обращают внимание на длину и массу тела, телосложение, развитие жировой ткани и особенности ее распределения. Необходимо обращать внимание на характер оволосения, особенно избыточного, время его появления, состояние кожи; следует отметить наличие полос растяжения на коже, их цвет, количество и расположение, время их появления, особенно у нерожавших женщин.

Осмотр и пальпация молочных желез гинекологом является такой же необходимостью, как осмотр шейки матки в зеркалах при гинекологическом исследовании. Необходимо обращать внимание на строение молочных желез, их размеры.

Осмотр наружных и внутренних половых органов дает значительную информацию, особенно у женщин с нарушениями менструального цикла и бесплодием.

Для определения функционального состояния репродуктивной системы используются тесты функциональной диагностики. Подсчет кариопикнотического индекса эпителия влагалища, феномен «зрачка», измерение натяжения шеечной слизи, измерение базальной температуры прочно вошли в практику. Весьма точным методом оценки функции яичников является гистологическое исследование соскоба эндометрия.

В последние годы достигнуты большие успехи в разработке и совершенствовании методов определения белковых и стероидных гормонов.

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 9 стр. из 18</p>

Широкое применение в гинекологической практике нашли эндоскопические методы. Кольпоскопия позволяет производить детальный осмотр влагалищной части шейки матки, стенок влагалища и вульвы. Для выявления внутриматочной патологии используется гистероскопия, которая бывает газовая и жидкостная.

С 70-х годов в гинекологическую практику стала внедряться лапароскопия, с помощью которого можно дифференцировать воспалительные процессы в придатках, аппендиксе, уточнить причину острого живота, произвести перевязку маточных труб.

Ультразвуковое исследование относится к неинвазивным инструментальным методам и может быть выполнено практически у любой больной независимо от ее состояния. В гинекологической практике УЗИ используется для диагностики заболеваний и опухолей матки и придатков, выявления аномалий развития матки. Безопасность метода сделала его одним из основных в контроле за состоянием развивающегося плода.

Рентгенологические методы исследования остаются широко распространенными методами исследования. Для установления проходимости маточных труб, выявления анатомических изменений в полости малого таза, спаечного процесса в области малого таза используется гистеросальпингография. В гинекологической практике, в диагностике нейроэндокринных заболеваний, широко используется рентгенографическое исследование черепа. Компьютерная томография дает возможность дифференцировать изображение отдельных тканей и органов между собой по коэффициенту плотности даже в случаях, когда плотность тканей отличается друг от друга на 1%. Для диагностики гиперпластических процессов эндометрия проводится радионуклидное исследование, которое дает ориентировочное представление о степени пролиферации клеточных элементов эндометрия и места локализации патологического процесса при его очаговом характере.

При динамическом наблюдении эффективности гормональной терапии гиперпластических процессов эндометрия используется цитологическое исследование аспирата из полости матки. Метод может быть использован как скрининговый в условиях подготовки ко всеобщей диспансеризации женского населения.

Цитогенетическое исследование проводят цитогенетики. Определение полового хроматина играет важную роль в диагностике врожденных дефектов половых желез; оно может быть выполнено в современной лаборатории. Определение кариотипа является непременным условием обследования больных с дисгенезией гонад.

4.Иллюстративный материал:презентация, слайды

5.Контрольные вопросы:

- Методы обследования гинекологических больных
- Анамнез заболевания
- Менструальная, репродуктивная функции
- Специальные методы гинекологического исследования

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»		044-34/16 10 стр. из 18

Лекция №5

1.Тема: Методы обследования гинекологических больных.

Регуляция репродуктивной системы.

2.Цель: Формирование знаний и умений по «Острому животу» в гинекологии, этиопатогенезу, клинике.

3.Тезисы лекций:

1. «Острый живот» в гинекологии
2. Этиопатогенез, клиника

Собирательным термином «острый живот» обозначают остро возникающие патологические процессы в брюшной полости различной этиологии и клинического течения. Несмотря на различные причины, симптоматика «острого живота» в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (пациентки нередко могут назвать даже час начала заболевания). Боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок; тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала (у детей чаще наблюдается диарея); симптомы раздражения брюшины.

Причины «острого живота» в гинекологии условно можно разделить на 3 группы:

- острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины.

Все заболевания с картиной «острого живота» требуют немедленной госпитализации больных, правильной и своевременной диагностики и оказания неотложной помощи.

В этиологии внематочной беременности первостепенная роль отводится воспалительным процессам в придатках матки, следствием которых становятся структурно-функциональные нарушения в маточных трубах. Частота воспалительного фактора при внематочной беременности колеблется от 14 до 92,5%. Наиболее типичный исход трубной беременности - ее нарушение обычно на 4-6-й или 7-8-й неделе. Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы, вызывают ее разрушение и расплавление, образуя слой фибринозного некроза, что способствует истончению и растяжению стенки с последующим вскрытием стенок кровеносных сосудов и деструкцией нервных волокон.

Наиболее частое нарушение трубной беременности - трубный аборт(51%), прерывание беременности по типу разрыва маточной трубыотмечается в 31% случаев. Достаточно редким исходом трубной беременности любой локализации является ранняя гибель и резорбция зародыша с образованием гемато- или гидросальпинкса. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем может подвергнуться обызвествлению и мумификации. Кровотечение из трубы, возникающее при этом, крайне редко может остановиться самостоятельно.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»		044-34/16 11 стр. из 18

Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта имеет различную клиническую картину: у некоторых больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, а у других симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание довольно трудно. Пациентки не всегда отмечают задержку менструации, боли и кровяные выделения из половых путей. Субъективные признаки беременности также могут отсутствовать, а нагрубание молочных желез и выделения из сосков могут быть обусловлены другими патологическими состояниями. Такая беременность протекает большей частью бессимптомно.

Разрыв маточной трубы, как правило, возникает остро, с выраженной клинической картиной, обусловленной острым кровотечением в брюшную полость: резкая анемизация и снижение артериального давления, головокружение, обморок, перитонеальный шок, болевой приступ, вызванный как разрывом трубы, так и раздражением брюшины кровью (боли, иррадиирующие в подреберье, межлопаточную область, ключицу - «френикус-симптом»). У 11% пациенток при разрыве маточной трубы отмечаются массивная кровопотеря и геморрагический шок.

Прогрессирующая трубная беременность распознается на ранней стадии крайне редко, ее клиническая симптоматика скудна, так как в организме происходят изменения, свойственные маточной беременности ранних сроков. Есть предположительные (тошнота, рвота, изменения обонятельных ощущений, сонливость, слабость) или вероятные (нагрубание молочных желез, цианотичность слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки, незначительное увеличение матки и смягчение ее консистенции, положительные тесты на гормоны трофобласта) признаки. Задержка менструации может отсутствовать, менструация может наступить в срок, но проявляется необычно (в виде скудных кровяных выделений).

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) определяется как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов графова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20-35 лет. Однако известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек. Частота апоплексии яичника среди гинекологической патологии составляет 1-3 %. Рецидив заболевания достигает 42-69%.

Апоплексия имеет сложный патогенез, обусловленный физиологическими циклическими изменениями кровенаполнения органов малого таза. Большинство исследователей выделяют «критические моменты» для повреждения яичника. Так, у 90-94% больных апоплексия яичника происходит в середину и во вторую фазу менструального цикла. Это связано с особенностями яичниковой ткани, в частности с повышенной проницаемостью сосудов и увеличением их кровенаполнения в период овуляции и перед менструацией. Апоплексия правого яичника встречается в 2-4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровообращением правого яичника, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая - от почечной артерии.

К разрыву яичника предрасполагают воспалительные процессы органов малого таза, приводящие к склеротическим изменениям как в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), так и в его сосудах (склероз, гиалиноз), а также застойная гиперемия и варикозное расширение овариальных вен. Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов, приводящие к нарушению свертывающей системы крови. Указанные условия создают фон для экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к апоплексии яичника. Среди

<p>QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 12 стр. из 18</p>

экзогенных причин выделяют травму живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховую езду, спринцевание, влагалищное исследование и т.д. Эндогенными причинами могут быть неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т.д. У ряда больных разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна. Ведущую роль в патогенезе апоплексии яичника в настоящее время отводят нарушениям гормонального статуса. Одной из основных причин разрыва яичника считают чрезмерное увеличение количества и изменения соотношения гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактина), которое способствует гиперемии овариальной ткани. Важная роль в возникновении апоплексии яичника принадлежит дисфункции высших отделов нервной системы, регистрируемой при ЭЭГ и РЭГ. В результате стрессовых ситуаций, психоэмоциональной лабильности, воздействия экологических факторов, условий жизни.

Основным клиническим симптомом апоплексии яичника является внезапная боль в нижних отделах живота. Боль связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием на брюшину излившейся крови, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии. Слабость, головокружение, тошнота, рвота, обморочное состояние связаны с внутрибрюшной кровопотерей.

Болевая форма апоплексии яичника наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела без кровотечения в брюшную полость. Заболевание манифестирует приступом болей внизу живота без иррадиации, иногда с тошнотой и рвотой. Признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

Клиническая картина болевой и легкой геморрагической формы апоплексии яичника сходна.

При осмотре кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пульс и артериальное давление в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, хотя возможно незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах. Пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальных симптомов нет. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен. Своды влагалища глубокие, свободные. УЗИ органов малого таза почти никогда не позволяет визуализировать непосредственно разрыв яичника, но можно обнаружить скопление жидкости в позадиматочном (дугласовом) пространстве. При болевой форме апоплексии яичника есть незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве, она гипоехогенная с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови). В клиническом анализе крови выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

В клинической картине средней и тяжелой *геморрагической (анемической) формы* апоплексии яичника основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением. Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.). Боль в нижних отделах живота часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы, сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками. Выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери.

Перекрыт ножки опухолей придатков матки

В 15-25% наблюдений встречается перекрыт ножки опухоли яичника, но возможен перекрыт ножки любой опухоли (например, субсерозного узла), маточной трубы,

<p style="text-align: center;">QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p style="text-align: center;">SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p style="text-align: center;">Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p style="text-align: center;">044-34/16 13 стр. из 18</p>

неизменного яичника и даже всей матки или ее придатков. Перекруту подвержены подвижные зрелые тератомы, а также параовариальные кисты, плотные фибромы яичника. Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли (кисты) яичника состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и его брыжейки. В ножке проходят сосуды, питающие опухоль и ткань яичника (яичниковая артерия, ветвь восходящей части маточной артерии), лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую ножку, образующуюся в результате перекрута, помимо анатомической, входит растянутая маточная труба.

Причины перекрута ножки опухолей не всегда ясны. Считают, что для возникновения перекрута имеют значение внезапная остановка вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, танцы), физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления. В этих случаях вращение опухоли вокруг ножки продолжается по инерции, что и приводит к перекруту. Перекруту ножки способствуют асимметричная форма, неравномерная плотность опухоли. В момент перекрута перегибаются питающие яичник ветви маточной артерии и яичниковая артерия вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступают некроз и асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину малого таза. Перекрут может быть полным (более чем на 360°) и частичным (менее чем на 360°). При частичном перекруте ножки опухоли нарушается прежде всего венозный отток при относительно сохраненном артериальном кровоснабжении. Все явления не очень выражены и могут исчезнуть даже без лечения. Вторичные изменения в опухоли (некроз, кровоизлияния) выявляются у таких больных во время операции.

Клиника. Клиническая картина заболевания определяется нарушением питания опухоли. При быстром перекруте ножки опухоли клиника настолько характерна, что сразу позволяет установить правильный диагноз. Заболевание начинается внезапно с появления резкой боли внизу живота на стороне поражения, тошноты, рвоты, задержки стула и газов (парез кишечника). При медленном перекруте симптомы заболевания выражены менее резко, могут периодически усиливаться или исчезать.

Некроз миоматозного узла

Миома матки - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль внутренних половых органов. Некроз миоматозных узлов наступает примерно у 7% больных миомой матки, нередко во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде. Некроз миоматозного узла может быть связан либо с перекрутом его ножки при субсерозной локализации, либо с недостаточной васкуляризацией. Во время беременности создаются предпосылки для некроза миоматозных узлов: снижение кровотока в миометрии с повышением сосудистого тонуса и нарушением венозного оттока. Следует учитывать также и быстрое увеличение миоматозных узлов параллельно с ростом беременной матки. Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

При перекруте ножки миоматозного узла заболевание развивается остро - возникают схваткообразные боли внизу живота, тошнота, рвота, озноб, сухость во рту, нарушается функция кишечника. При недостаточном кровоснабжении (нарушении питания) миоматозного узла клиническая картина более смазанная, симптомы появляются постепенно. Пациентку беспокоят тянущие боли внизу живота и пояснице, они периодически усиливаются, ослабевают или исчезают. В момент приступа боли также

<p>ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ</p>		<p>SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»</p>
<p>Кафедра акушерства и гинекологии Лекционный комплекс «Акушерства и гинекология»</p>		<p>044-34/16 14 стр. из 18</p>

могут быть тошнота, озноб, повышение температуры, обычно до субфебрильных значений, тахикардия.

4.Иллюстративный материал: слайды

5.Литература

Основная:

Основная:

1. Гинекология : учебник / под ред. Г. М. Савельевой. В. Г. Бреусенко . - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2012
2. Гинекология : учеб. / под ред. Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М., 2011
3. Гинекология.Руководство к практическим занятиям:учебное пособие/ Под ред.В.Е.Радзинского 3-е изд.перераб и доп.2013
4. Гинекология: учебник / Л. Н. Василевская [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс, 2009
5. Гинекология. Курс лекций : учеб.пособие / под ред. А. Н. Стрижакова, А. И. Давыдова. - М., 2009
6. Айламазян Э. К. Гинекология: учеб.для мед. вузов. - СПб., 2008
7. Раисова, Ә. Т.Акушерия және гинекология [Мәтін]: оқулық / Ә. Т. Раисова; ҚазМУ Ғыл. кеңесі. - Алматы: Эверо, 2014. - 392 бет.

Дополнительная:

8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Электронные источники:

- 9.Гинекологическая эндокринология: Клинические лекции [Электронный ресурс] : учебник / И. Б. Манухин [и др.]. - Электрон.текстовые дан. (40,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 10.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Н. Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017
- 11.Гинекология [Электронный ресурс] : учебник / Б. И. Баисова [и др.] ; под ред. Г. М. Савельевой. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (55,2 Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 432 с
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]: учебник. - 4-е изд., перераб. и доп. - Электрон.текстовые дан. (45,7Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 12.Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс]: учебник / под ред. В.Н.Серова. - Электрон.текстовые дан. (48,8Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.
- 13.Капительный, В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. - Электрон.текстовые дан. (287Мб). - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2017.

6.Контрольные вопросы:

- «Острый живот» в гинекологии
- Этиопатогенез, клиника