

# Гинекологическая и акушерская патология

2014

# Гинекологическая патология

## Нарушение развития репродуктивной системы

### Нарушение полового созревания

- ❖ Преждевременное половое развитие
- ❖ Задержка полового развития
- ❖ Половой инфантилизм

# Расстройства менструальной функции

❖ Аменорея первичная

❖ Вторичная аменорея

❖ Альгодисменорея

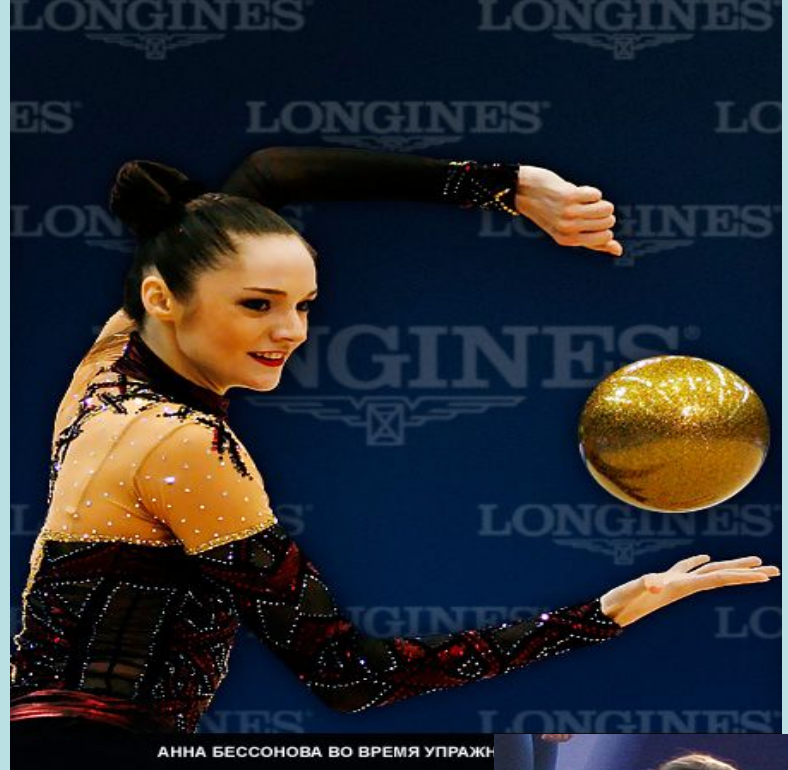


я  
норекия

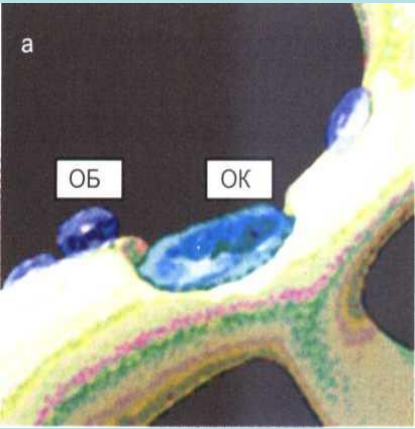
подростков -

# Триада женщины-спортсменки

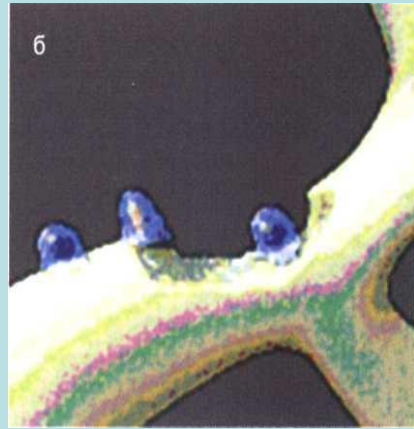




# Фазы ремоделирования костной ткани в норме

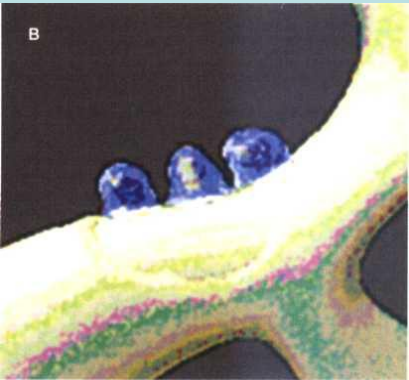


а – резорбция

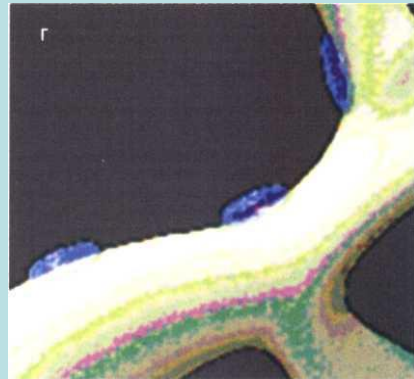


б - реверсия

ОБ - остеобласты; ОК - остеокласты



в – формирование



г - ОТДЫХ

Роль снижения синтеза эстрогенов в развитии остеопороза впервые описана Albriht F. (1941)

Эстрагены-протекторы костной ткани

-блокируют активность синтеза паращитовидными железами **паратиреоидного** гормона, который усиливает процессы резорбции кости, активируя **остеокласты**

-способны подавлять **катаболический** эффект на костную ткань **тироксина**, который усиливает процессы резорбции.

-усиливает синтез и функцию **остеобластов**

- усиливает **мобилизацию кальция** в костную ткань

# Маточные кровотечения

- Ювенильные – в подростковом возрасте
- Дисфункциональные – в репродуктивном периоде и в период прекращения менструаций

# Бесплодие

Бесплодие – неспособность супружеской пары к зачатию в течение года регулярной половой жизни без применения каких-либо средств контрацепции.

Первичное бесплодие – отсутствие зачатия у супружеской пары.

Вторичное бесплодие – отсутствие беременности у супружеской пары, имевших зачатие в прошлом.

По данным ВОЗ 1995 года в мире около 100 млн. супружеских пар является бесплодными. Причем их количество ежегодно увеличивается. Данные статистики – бесплодие затрагивает каждую 7 пару в мире.

Причины:

- отсрочка зачатия многими семейными парами;
- Более частая ановуляция у женщин старших возрастных групп
- Рост частоты заболеваний, передающихся половым путем



## **Женское бесплодие, его формы:**

- Ановуляторное (эндокринное до 30%)
- Трубное (при непроходимости маточных труб 30%);
- Бесплодие невыясненной природы (20%)

## **Мужское бесплодие**

Мужское бесплодие – неспособность зрелого мужского организма к зачатию.

Основные причины:

- Инфекции половых путей – 25 %;
- Эндокринная патология – 21%;
- Врожденные и приобретенные аномалии репродуктивной системы.

# Экстракорпоральное оплодотворение

(от лат. extra – снаружи, вне и corpus – тело, т.е. оплодотворение вне тела).

ЭКО – вспомогательная репродуктивная технология, используемая в случае бесплодия.

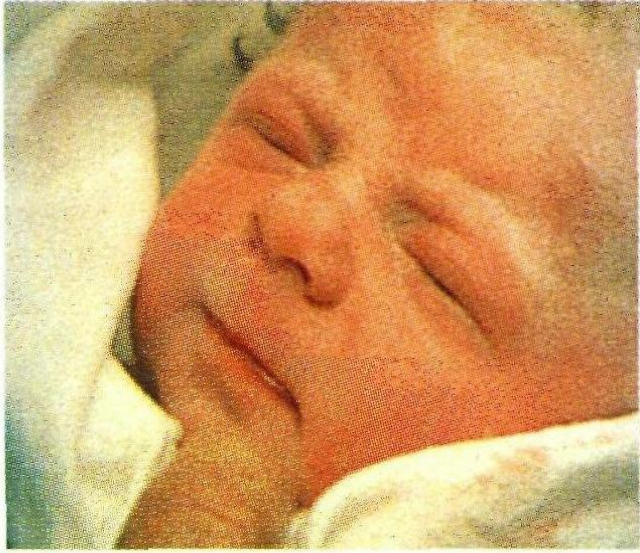
Синонимы ЭКО – «оплодотворение в пробирке», «оплодотворение in vitro», «искусственное оплодотворение».

Во время ЭКО яйцеклетку извлекают из организма женщины и оплодотворяют вне организма – «в пробирке».

Полученный эмбрион содержат в условиях инкубатора при температуре 37°C, где они развиваются в течение 2-5 дней. Затем эмбрион переносят в полость матки для дальнейшего развития беременности.

История ЭКО:

- 1944 год США – первые попытки оплодотворения яйцеклеток человека вне организма. Из 800 опытов лишь 3 случая начального частичного деления яйцеклеток.
- 1966 год Роберт Д. Эдвардс Великобритания установил, что созревание яйцеклеток вне организма происходит в течении 36-37 часов после пика ЛГ.



*От пробирки до подростка.* Рождение первого младенца «из пробирки» – Луизы Браун – дало новую надежду тысячам бездетных семей.



Впервые успешно ЭКО было применена в Великобритании в 1977 году, в результате в 1978 году родилась девочка Луиза Браун – первый человек «зачатый в пробирке».

В СССР первый ребенок (девочка), зачатый с помощью ЭКО был рожден в Москве в 1986 году и в том же году в Ленинграде в научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии родился мальчик. В этом центре создана группа раннего эмбриогенеза, которая переросла в лабораторию экспериментальной эмбриологии. В этой лаборатории по данным на 1994 год родилось 1500 детей.

1998 – на нашей планете насчитывалось около 20 000 детей, зачатых в пробирке.

2010 – около 4 млн. детей, зачатых в пробирке.

В Украине ЭКО проводят в институтах репродуктивной медицины. Эффективность – в 38-45% наступает беременность.

Показания к проведению ЭКО:

- Различные формы женского и мужского бесплодия, не поддающиеся лечению;
- По желанию супружеской пары при отсутствии противопоказания (женщины не состоящие в браке).

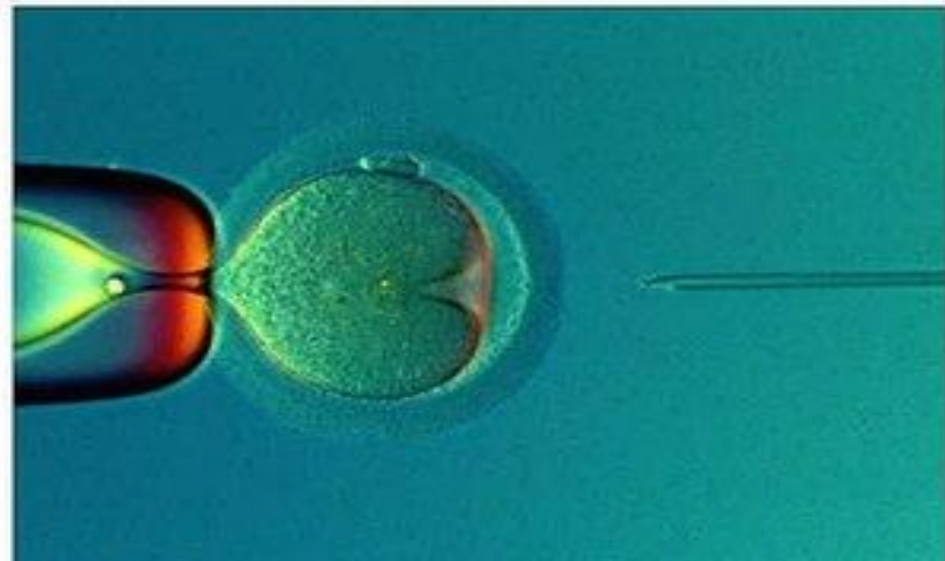
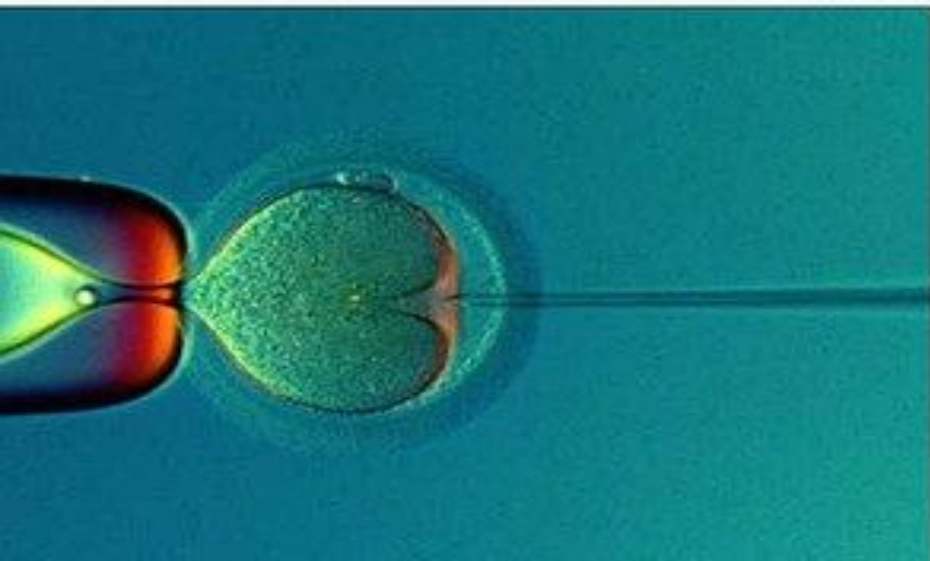
Противопоказания:

Состояние здоровья женщины, при котором беременность и роды угрожают здоровью матери или ребенку.

# Технология ЭКО



**Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида  
– вводят сперматозоид в яйцеклетку «вручную» при  
очень плохом качестве спермы**



## Планирование семьи

В последнее время в мире наблюдается увеличение количества бесплодных браков. Это связано с ростом инфекционных заболеваний половой системы, увеличением числа аборт, гормональных нарушений. Часто бесплодие является результатом генетической патологии.

Планирование семьи – это один из основных методов решения глобальной демографической проблемы, это **контроль рождаемости**.

Планирование семьи проводится при желании пары ограничить число детей. Либо иметь возможность контролировать временные рамки протекания беременности, либо и то и другое.

### Методы планирования семьи.

- Они создают надежность уменьшения вероятности наступления беременности до тех пор, пока пара решит рожать.
- **Центры планирования семьи и репродуктивной медицины.** Эти медицинские учреждения специализируются в сохранении и восстановлении репродуктивной функции мужчин и женщин.

### Их назначение:

- ❖ Профилактика заболеваний репродуктивной системы мужчин и женщин.
- ❖ Уменьшение количества аборт, особенно на поздних стадиях.
- ❖ Лечение женского и мужского бесплодия.
- ❖ Выявление пороков развития плода.
- ❖ Психологическая помощь.
- ❖ ПРЕВЕНТИВНАЯ ПОМОЩЬ МОЛОДЕЖИ.
- ❖ ЭКО.
- ❖ Проведение ранних аборт с профилактикой осложнений.
- ❖ Предупреждение нежелательной беременности.

# Контрацепция

Контрацепция – это методы, предупреждающие развитие нежелательной беременности. Современные методы контрацепции уменьшают риск осложнений, связанных с нежелательной беременностью.

## Методы:

- ❖ Физиологический (естественный) метод – женщина определяет наиболее благоприятный для зачатия период и воздерживается от секса в эти «опасные дни» (график базальной температуры, календарный метод, лактационная аменорея).
- ❖ Барьерные методы – механические.
- ❖ Внутриматочная контрацепция.
- ❖ Гормональные контрацептивы – предохраняют от оплодотворения за счет подавления овуляции а также нарушают развитие эндометрия, что не способствует имплантацию оплодотворенной яйцеклетки.



# Патологическое акушерство

Токсикозы (гестозы) беременных – ряд патологических состояний, которые возникают при беременности. Осложняют ее течение и, как правило, исчезают после ее окончания. После родов (аборта) обычно прекращаются все проявления; отдаленные последствия наблюдаются после тяжелых и длительно протекающих форм гестозов. *Гестозы возникают вследствие нарушения приспособительных изменений в организме беременной, в первую очередь, нейрогуморальной регуляции.*

- **Классификация.** Две большие группы:
- ранние гестозы – возникают в первой половине беременности (обычно в первые 1-3 мес);
- поздние гестозы – развиваются во второй половине беременности, чаще в последние 2-3 мес.

К ранним относятся рвота беременных (легкая и умеренная), чрезмерная рвота и слюнотечение. К поздним – водянка беременных, преэклампсия разной степени тяжести и эклампсия.

Преэклампсия характеризуется наличием отеков (водянка), гипертензии и протеинурии.

Эклампсия – высшая стадия развития позднего гестоза. Основным симптомом являются судороги мускулатуры тела, сопровождающиеся потерей сознания. Чаще всего возникает во время родов (50 случаев из 100), реже во время беременности (30%) и после родов (22%). Чаще встречается у первородящих и беременных с заболеваниями ССС, почек, нейроэндокринными нарушениями.

**Невынашивание беременности** оказывает отрицательное влияние на показатели перинатальной и детской заболеваемости и смертности.

**Факторами риска** невынашивания беременности являются:

- возраст женщины до 20 и после 35 лет;
- отягощенный общий и гинекологический анамнез;
- профессиональные вредности.

**Признаки угрожающего прерывания беременности:** болевые ощущения, повышение тонуса матки и появление маточных сокращений, сукровичные выделения.

- ***ВЫКИДЫШ*** – прерывание беременности в течение первых 28 нед беременности. Выкидыш в течение первых 14 нед называется ранним, в срок 14-28 нед – поздним. Длина плода, родившегося до 28 нед, менее 35 см. масса тела ниже 1000 г.
- ***ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ*** – роды, наступившие в срок 28-39 нед, плодом массой не менее 1000 г и ростом не менее 35 см. при преждевременных родах часто возникают гипоксия плода и асфиксия новорожденного.

***Переношенная беременность.*** Если продолжительность беременности превышает нормальную на 10-14 дней, то наступившие роды называют запоздалыми, и ребенок рождается с признаками перезрелости, опасной для его жизни. Перенашиванию способствуют инфантилизм, перенесенные аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, нейроэндокринные и психические нарушения.

# Нормальная родовая деятельность

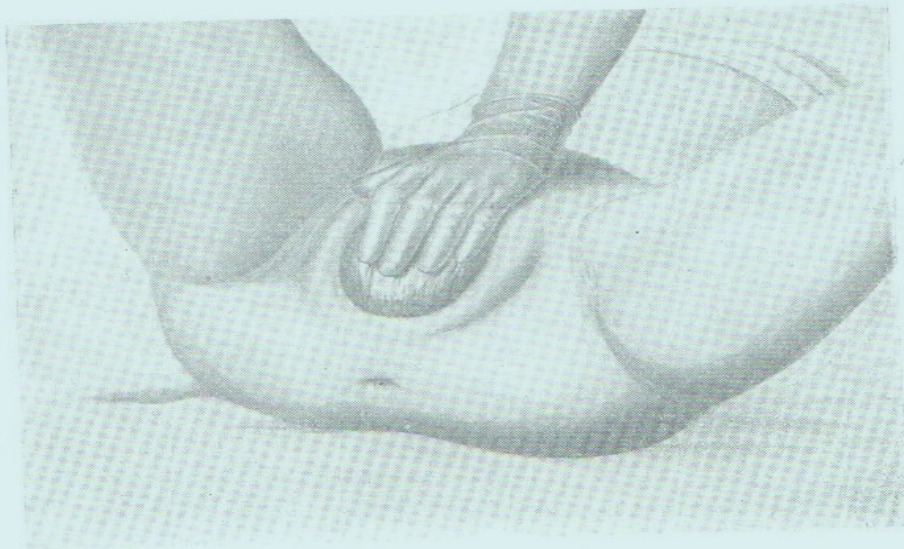


Рис. 100. Ручное пособие при головном предлежании. Первый момент—воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.

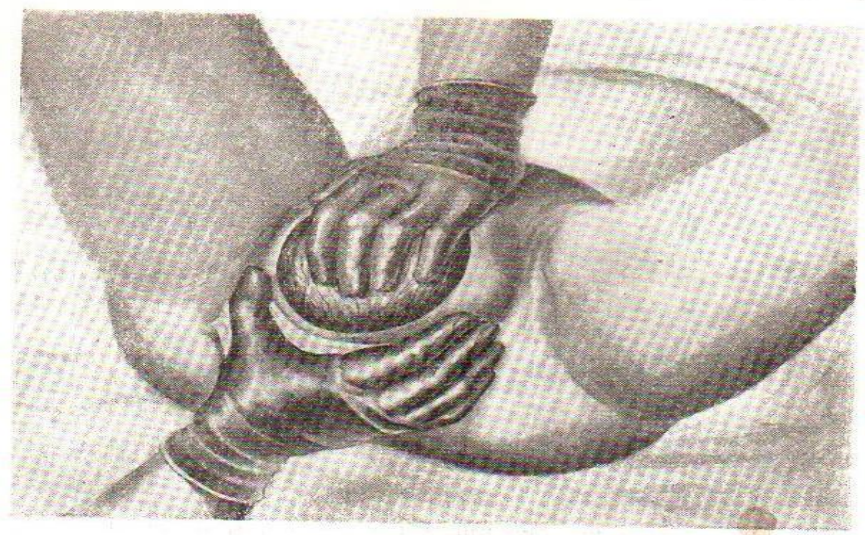


Рис. 101. Ручное пособие при головном предлежании. Третий момент—уменьшение напряжения промежности.

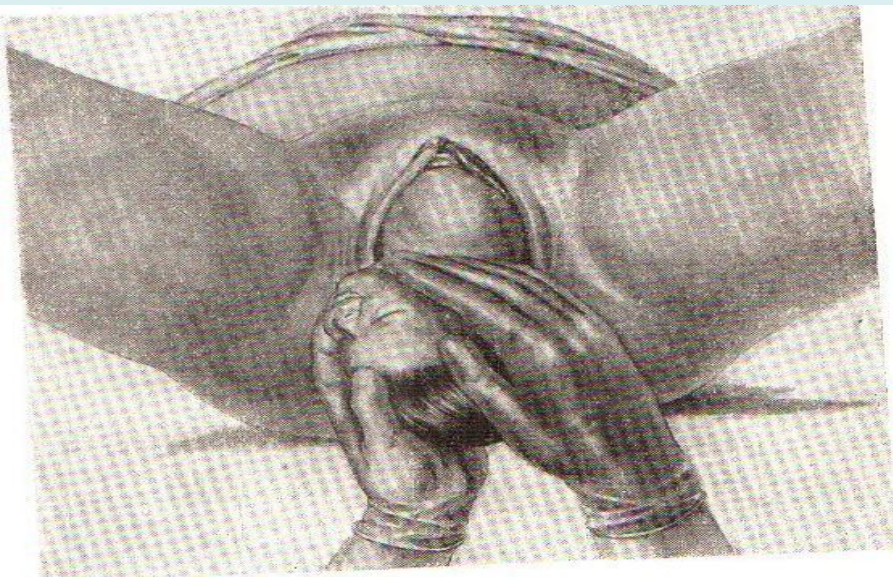


Рис. 102. Ручное пособие при головном предлежании. пятый момент—поддержка головки.

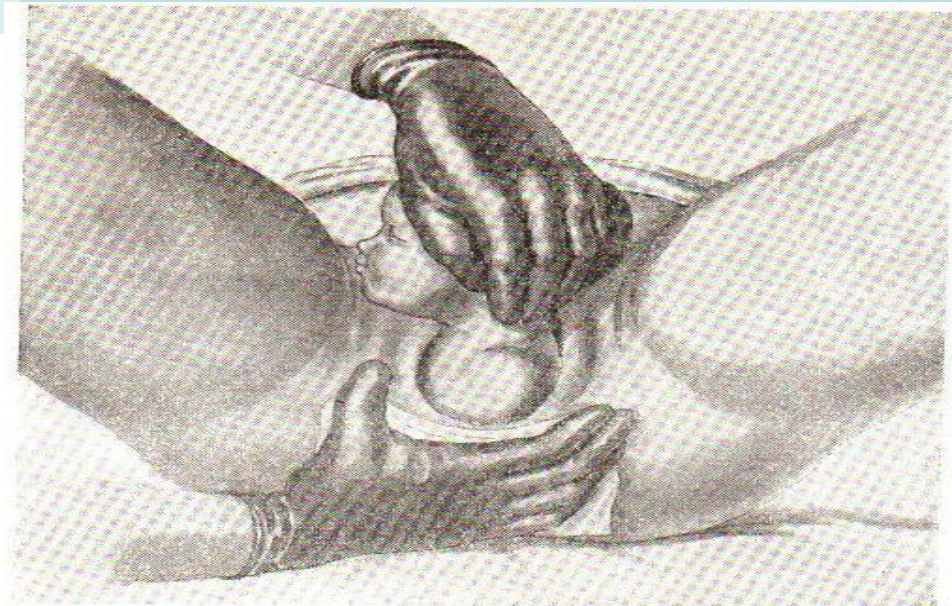


Рис. 103. Ручное пособие при головном предлежании. шестой момент—поддержка головки.

## Аномалии родовой деятельности.

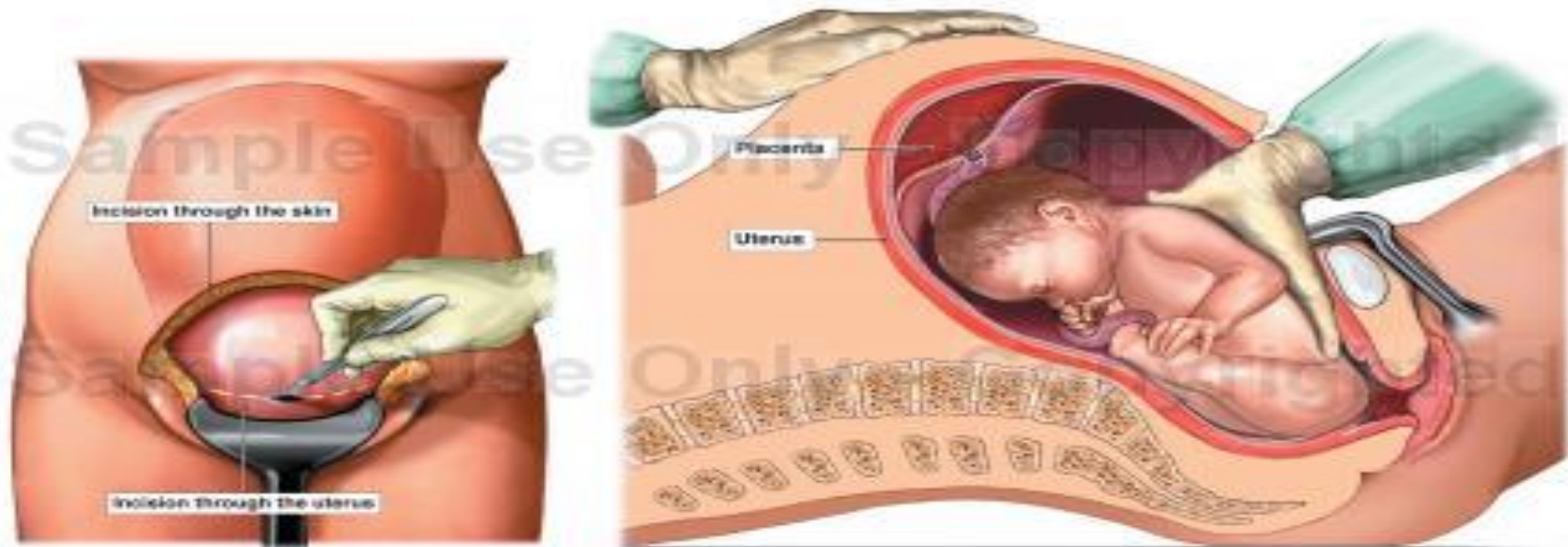
**Первичная слабость родовой деятельности** характеризуется тем, что схватки с самого начала родов слабые, короткие и неэффективные, паузы между ними продолжительные.

**Вторичная слабость родовой деятельности** возникает обычно в период изгнания или в конце периода раскрытия при отошедших водах и сопровождается проникновением инфекции в матку. Повреждением мягких тканей родовых путей и гипоксией плода.

### Cesarean (C-section) Delivery

Incisions for Cesarean Section

Removal of Baby



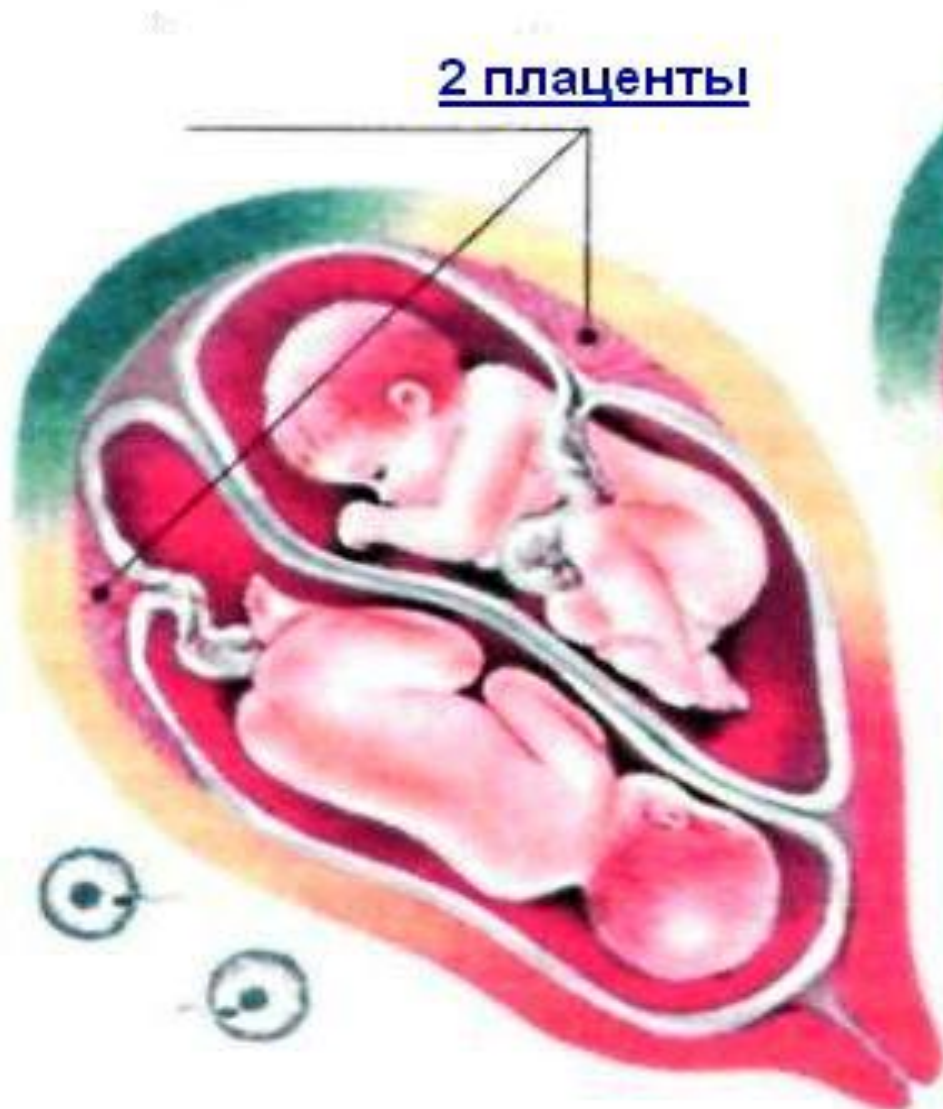
Sagittal cut section

родами (1-3 ч), иногда вне родовспомогательного учреждения (уличные роды).

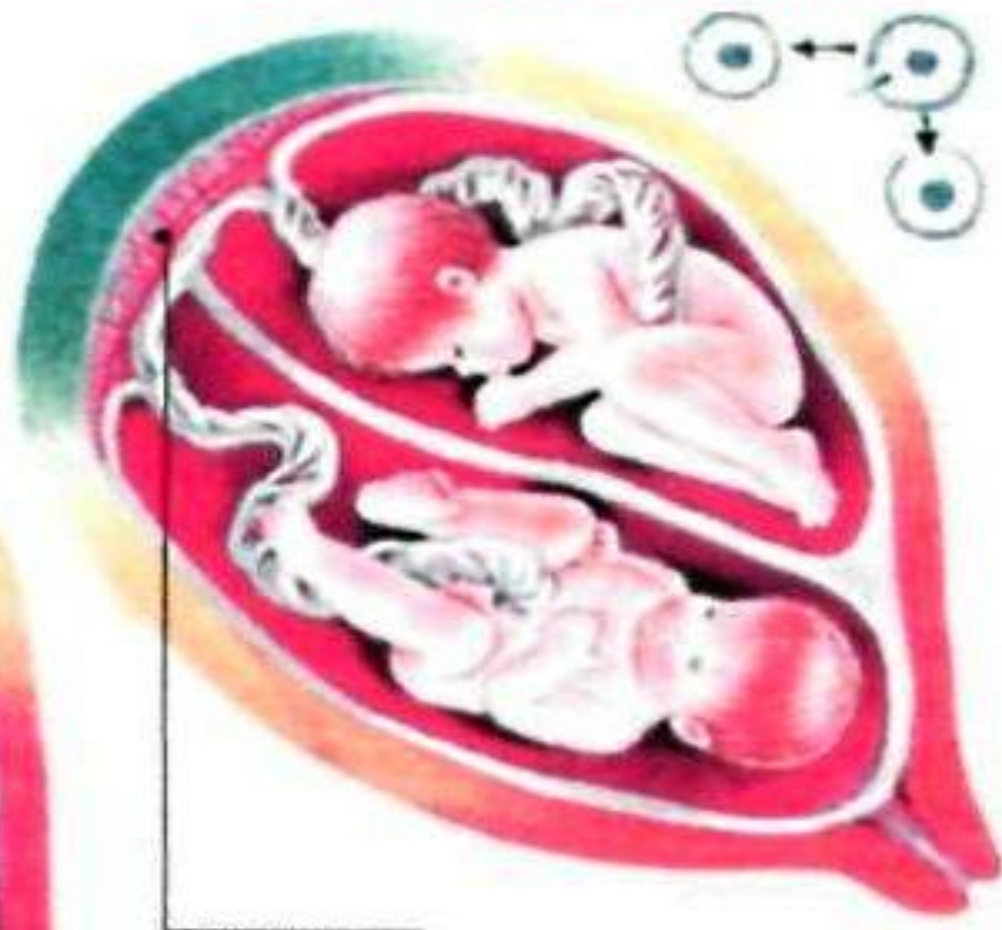
## Акушерские кровотечения.

- **Предлежание плаценты** – плацента располагается ниже предлежащей части плода (головка или тазовый конец), закрывая внутренний зев матки полностью или частично. Основной признак – внезапное болезненное кровотечение из половых путей.
- **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты** – обычно возникает в родах в связи с сосудистыми нарушениями, короткой пуповиной, плотными оболочками, запоздалым развитием плодного пузыря, двойней. Признаки – постоянная сильная боль в животе, бледность, снижение АД, отсутствие сердцебиений плода. Производят быстрое родоразрешение.
- **Кровотечение в последовый период**. В этих случаях плацента отделяется не полностью, матка не сокращается, сосуды ее в области отслоившегося участка зияют и кровоточат. Основная причина – гипотония матки.
- **Кровотечения в ранний послеродовый период** возникает вследствие задержки частей плаценты. Гипо- и атонии матки, разрыва мягких тканей родовых путей, нарушения свертываемости крови.

## Двуяйцовые близнецы



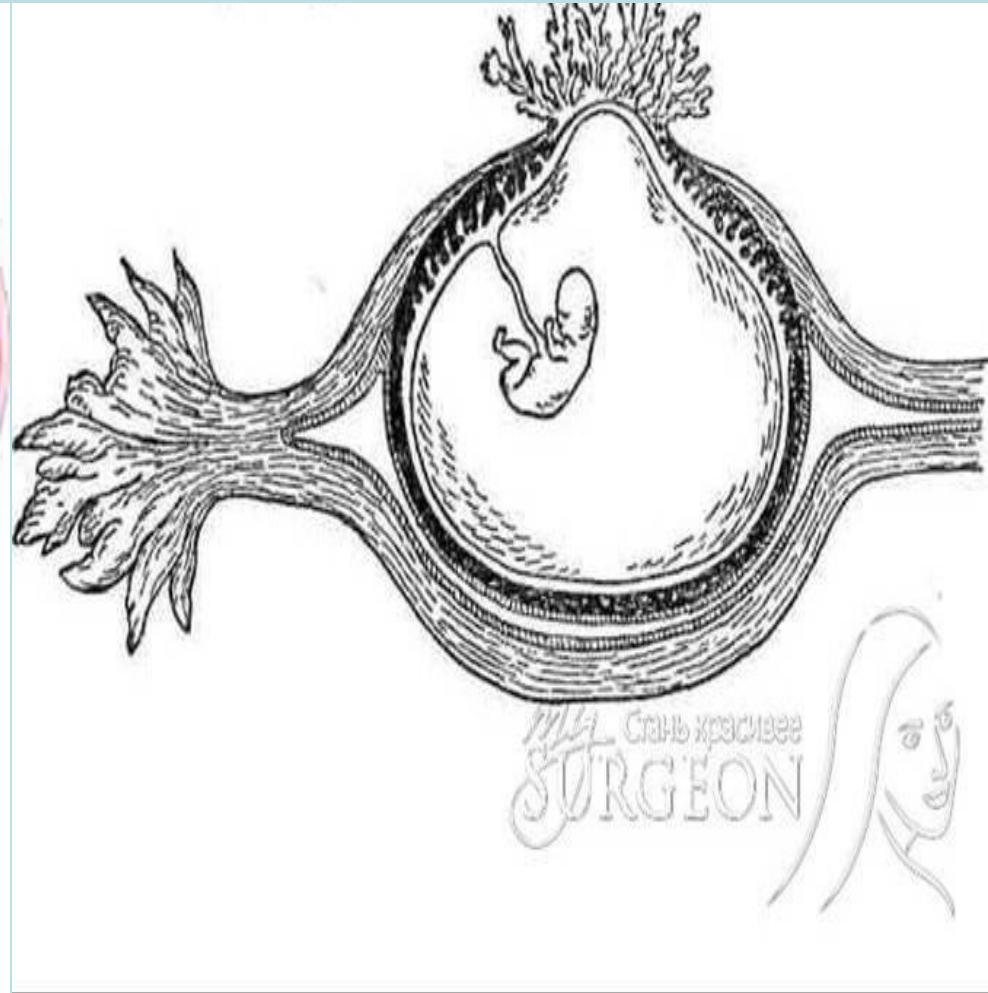
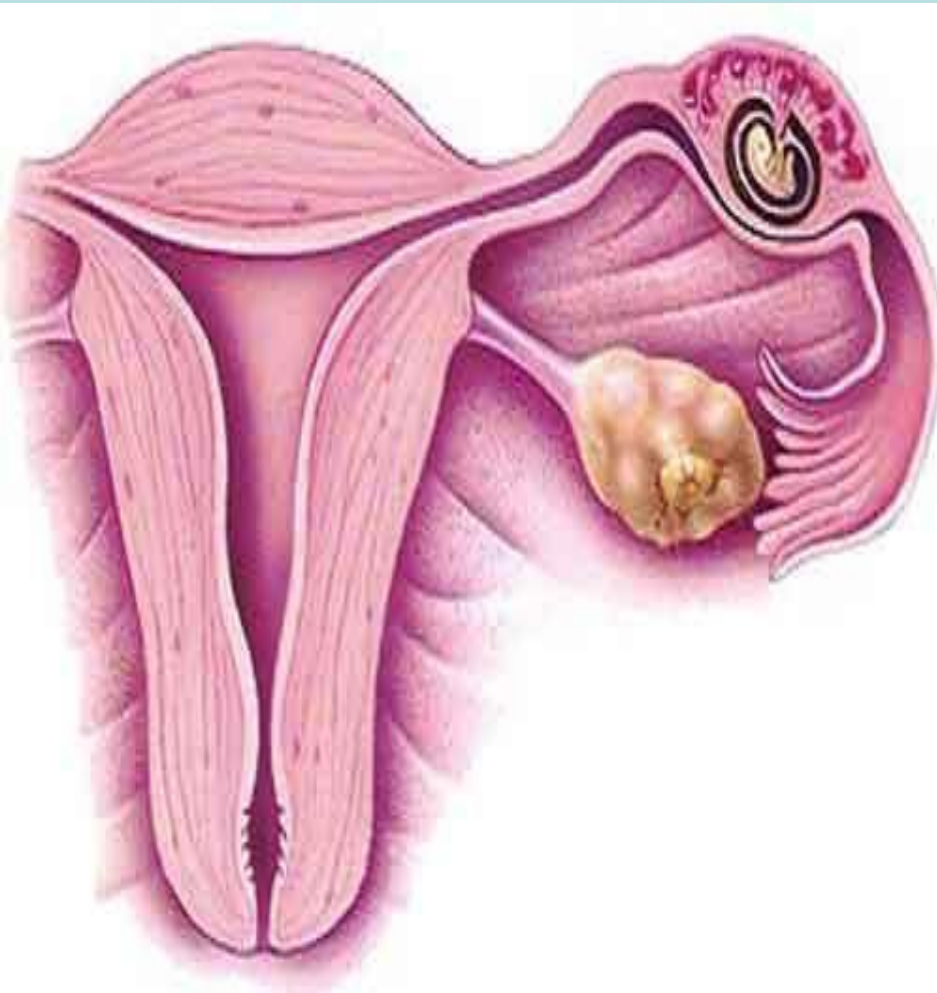
## Однояйцовые близнецы



Одна плацента  
**MyMummy.ru**

**Родовой травматизм:** разрывы шейки матки; разрывы промежности и влагалища; разрыв матки; расхождение лобкового симфиза;

**Внематочная беременность** - это беременность, при которой имплантация плодного яйца и его развитие происходит за пределами матки, в месте, откуда нет естественного выхода для рождения ребенка, чаще всего (в 99%) в маточных трубах. Так же различают брюшную беременность (0,5% случаев), яичниковую беременность (0,1-0,2%).



**Разрыв маточной трубы**

# АБОРТ — искусственное прерывание беременности

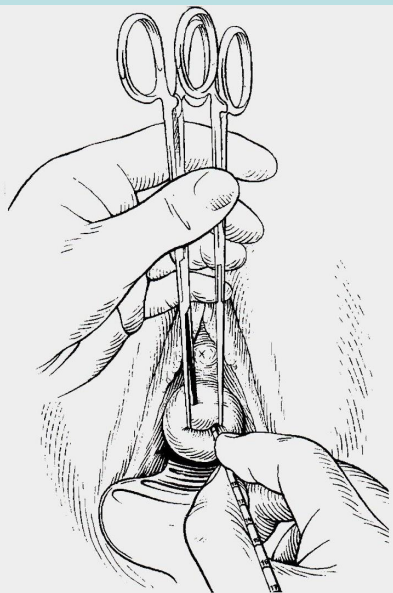


Рис. 4.21. Введения маткового зонда

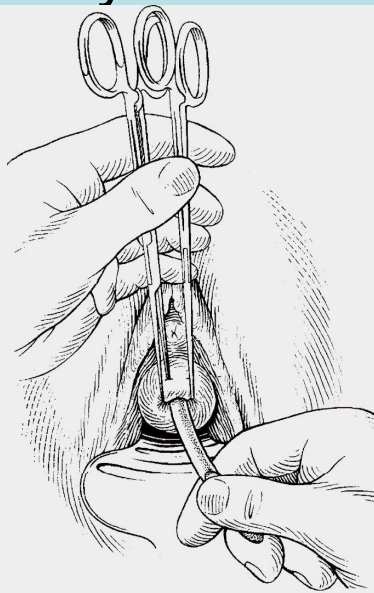


Рис. 4.23. Дилатация цервикального канала за помощью розширювачів Гегара

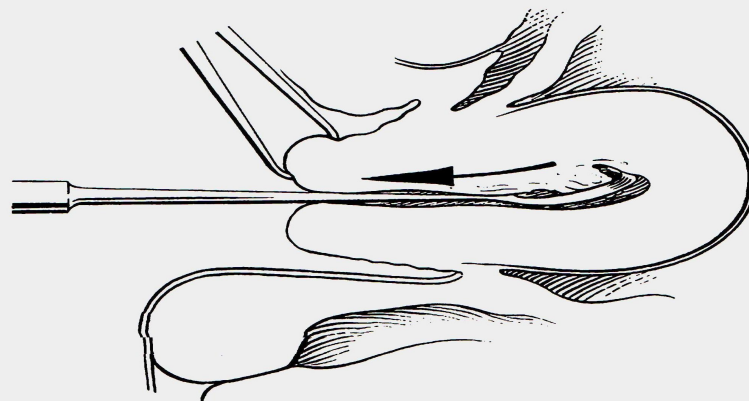


Рис. 4.25. Кюретаж матки. Кюретка виводиться з матки з легким натисненням на внутрішню стінку одним безперервним рухом до шийки матки

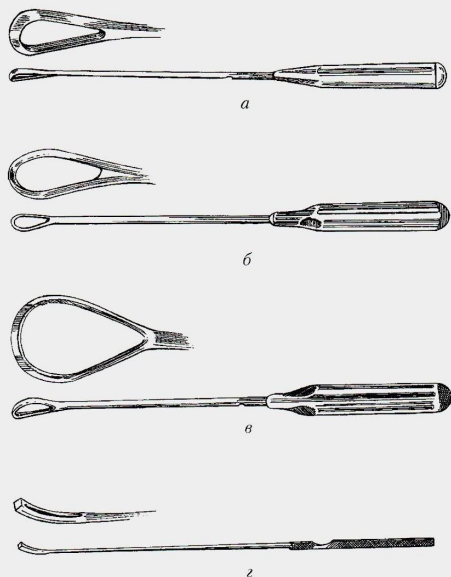


Рис. 4.22. Кюретки:  
а — Сімса (8–14 мм); б — Томаса (10–16 мм); в — Гюнтера (3 см); з — Кеворкяна — Янге (ендоцервікальна)

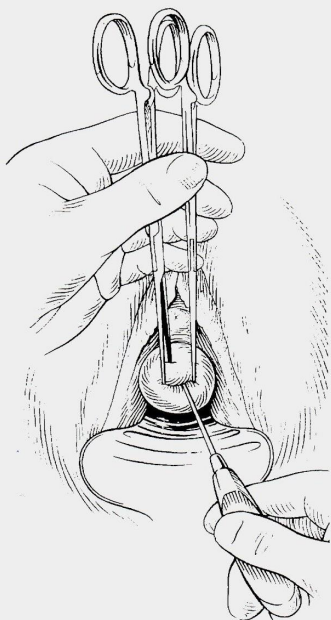


Рис. 4.24. Введения кюретки

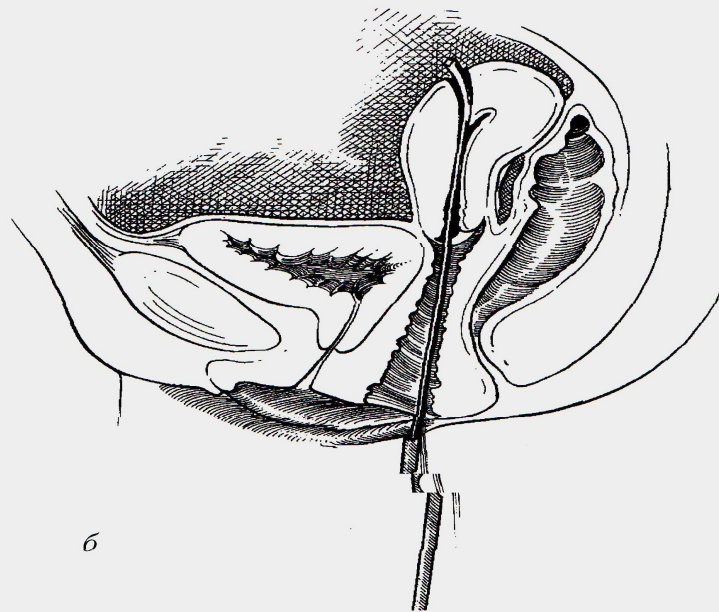


Рис. 4.26. Перфорация матки кюреткою при положенні матки *retroversio* (а) і *anteversio* (б)