

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ  
СЛОВАРЬ-СПРАВОЧНИК

С.В. Баранник  
Г.Б. Дикке

Под редакцией  
А.Д. Макацария



МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО

С. В. Баранник, Г. Б. Дикке

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ  
СЛОВАРЬ-СПРАВОЧНИК

*Под редакцией профессора А. Д. Макацария*



МЕДИЦИНСКОЕ ИНФОРМАЦИОННОЕ АГЕНТСТВО  
МОСКВА  
2007

УДК 618  
ББК 57.1  
Б24

Рецензент:

канд. мед. наук, ст. науч. сотр. НИИ АГ и П ТНЦ СО РАМН  
*Н. А. Габитова.*

Б24

**Баранник С.В., Дикке Г.Б.**

**Акушерство и гинекология: Терминологический  
Словарь-справочник / С.В. Баранник, Г.Б. Дикке; Под  
ред. А.Д. Макацария. — М.: ООО «Медицинское ин-  
формационное агентство», 2007. — 368 с.  
ISBN 5-89481-368-9**

Материалы словаря отобраны с учетом современного научно-практического направления «Акушерство и гинекология». В основу представления материалов словаря положен алфавитный принцип, а не строгая научная последовательность расположения материала, соблюдаемая в медицинских учебниках. Это позволяет пользоваться словарем не только узким специалистам, но и специалистам смежных специальностей. По своему содержанию словарь относится к типу отраслевых. Наряду с терминами он содержит также профессионально-ориентированные слова и словосочетания, не являющиеся терминами в строгом смысле этого слова. При создании словаря ставилась задача классификации понятий и значений акушерско-гинекологических терминов, а также части терминологии смежных научных и клинических направлений: эндокринологии, гистологии и эмбриологии, педиатрии, онкологии и др. Основные функции словаря — пропедевтическая, учебная, справочная. В связи с чем авторам предстояло найти такую его структуру, которая наилучшим образом соответствовала бы особенностям профессиональной терминологии по специальности «Акушерство и гинекология».

Для акушеров-гинекологов, эндокринологов, педиатров, студентов-медиков, врачей-интернов, клинических ординаторов, преподавателей, научных сотрудников и других специалистов, поставивших перед собой цель повысить квалификацию.

УДК 618  
ББК 57.1

ISBN 5-89481-368-9

© Баранник С.В., Дикке Г.Б., 2007  
© Оформление. ООО «Медицинское  
информационное агентство», 2007

## СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	4
Правила пользования Словарем .....	6
Список сокращений .....	8
Словарь.....	11
Литература.....	325
Приложения .....	341

*Дорогим Родителям, Наставникам  
и Учителям посвящается*

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

Настоящий терминологический Словарь-справочник (далее — Словарь) адресован студентам-медикам, врачам-интернам, клиническим ординаторам, преподавателям медицинских вузов, научным сотрудникам и другим специалистам, целью которых является повышение квалификации. Материалы словаря отобраны с учетом современного состояния научно-практического направления «Акушерство и гинекология».

По своему содержанию Словарь относится к типу отраслевых. Вместе с тем, Словарь нельзя считать в полной мере терминологическим. Наряду с терминами он содержит также профессионально-ориентированные слова и словосочетания, не являющиеся терминами в строгом смысле этого слова.

При создании Словаря ставилась задача классификации понятий и значений акушерско-гинекологических терминов, а также части терминологии смежных научных и клинических направлений: эндокринологии, гистологии и эмбриологии, педиатрии, онкологии и др.

Основные функции Словаря — пропедевтическая, учебная, справочная. В связи с чем, авторам предстояло найти такую его структуру, которая наилучшим образом соответствовала бы особенностям профессиональной терминологии по специальности «Акушерство и гинекология».

Эффективность профессиональной подготовки специалиста-медика и, в частности, врача акушера-гинеколога, зависит от владения, по крайней мере, тремя базовыми компонентами:

- терминологическим фондом специальности «Акушерство и гинекология» и относящейся к ней остальной профессионально-ориентированной терминологией, в первую

очередь, эндокринологии, неонатологии, кардиологии, онкологии, морфологии;

- профессионально-ориентированными разного рода словосочетаниями и структурами, исключаящими сленг (профессиональный жаргон);

- функционально-стилевыми вариантами профессиональной терминологии в соответствии с ролями коммуникантов, обстоятельствами и обстановкой, например в женской консультации при сборе анамнеза.

Совмещение этих трех компонентов в одном тексте Словаря составляет его особенность. «Синтетический» характер Словаря отвечает функциональной медицинской специфике вообще и научно-производственному акушерско-гинекологическому языку в частности.

Массив современной медицинской терминологии огромен — в сфере реального функционирования обращается несколько сот тысяч терминов. Установить полное богатство акушерской терминологии не представляется возможным, так как крайне трудно с достаточной четкостью определить границы ее разделов, подразделов, не говоря уже о «стыковых», пограничных с акушерством и гинекологией областях знаний. Особенно велик прирост названий для новых методов инструментального обследования, способов диагностики и вариантов оперативных доступов.

Ежегодно арсенал акушерско-гинекологической терминологии пополняется сотнями новых наименований. При этом используются различные языковые источники. Около 70 % информации по акушерству и гинекологии публикуется на английском языке.

В настоящее время неизмеримо усилилась роль и престиж отраслевых профессионально-ориентированных терминологических, энциклопедических, толковых и др. словарей. Они являются неотъемлемым средством обеспечения необходимого уровня профессиональной подготовки и постдипломного образования врача, а также развития языковых коммуникаций в таких сферах социальной деятельности, как производство, наука, образование и т.д. Настоящий терминологический Словарь-справочник «Акушерство и гинекология» занимает среди них свое определенное место.

## **ПРАВИЛА ПОЛЬЗОВАНИЯ СЛОВАРЕМ**

В основу представления материалов Словаря положен алфавитный принцип, а не строгая научная последовательность расположения материала, соблюдаемая в медицинских учебниках. Это позволяет пользоваться словарем не только узким специалистам, но и специалистам смежных специальностей.

Если заглавное слово представляет собой словосочетание, то прямой порядок слов в Словаре не сохраняется, например, Инструментарий акушерский, Анорексия нервная, Плацента аномалии формы и др.

Словарь снабжен системой ссылок, восстанавливающих прямой традиционный порядок, например, рубрика «Акушерский инструментарий» пересылает к рубрике «Инструментарий акушерский» путем ссылки типа (см.).

Лишь в некоторых рубриках в целях последовательного расположения материала учебного характера, продиктованного требованиями контроля знаний и тестирования, указанный порядок не соблюдается.

Во избежание повторений терминологическое гнездо может быть озаглавлено не одним термином, а двумя или несколькими, являющимися синонимами, например, «рентгеновский снимок, рентгенограмма».

Вариантность достигается путем подстановки.

Терминологические гнезда строятся по единой системе:

I. Сочетание заглавного слова с прилагательным или причастием;

II. Сочетание заглавного слова с существительным;

III. Сочетание заглавного слова с глаголом или свободные глаголы, которые по смыслу относятся к заглавному слову.

Для семантизации значений номенклатурных наименований авторы Словаря прибегают к помощи наглядных изображений и помещают в Приложениях иллюстрации, таблицы и пр.

akusher-lib.ru



## **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

- Ag — антиген  
АД — артериальное давление  
АДГ — антидиуретический гормон  
АКТГ — адренокортикотропный гормон  
АТ — антитело  
АФП —  $\alpha$ -фетопротеин  
АФС — антифосфолипидный синдром  
ВГА — вирус гепатита А  
ВГВ — вирус гепатита В  
ВЗРП — внутриутробная задержка развития плода  
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека  
ВОЗ — всемирная организация здравоохранения  
ВПГ — вирус простого герпеса  
ВПЧ — вирус папилломы человека  
ГБН — гемолитическая болезнь новорожденных  
ГМК — гладкомышечные клетки  
ДА — двигательная активность (плода)  
ДВС-синдром — диссеминированного внутрисосудистого свертывания синдром  
ДГЭА — дегидроэпиандростерон  
ДДП — дыхательные движения плода  
ДМК — дисфункциональные маточные кровотечения  
ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота  
ЕД — единица действия  
ЕМ — единица Монтевидео  
ЖДА — железодефицитная анемия  
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт  
ЗППП — заболевания, передающиеся половым путем  
ИБС — ишемическая болезнь сердца  
ИМТ — индекс массы тела

- ИППП — инфекции, передаваемые половым путем  
 ИЦН — истмико-цервикальная недостаточность  
 КС — кесарево сечение  
 17-КС — 17-кетостероиды  
 КТГ — кардиотокография  
 ЛГ — лютеинизирующий гормон  
 ЛПНП — липопротеиды низкой плотности  
 ЛПОНП — липопротеиды очень низкой плотности  
 МЕ — международная единица  
 мм. рт. ст — миллиметров ртутного столба  
 МСГ — меланоцитстимулирующий гормон  
 НСТ — нестрессовый тест  
 ООВ — объем околоплодных вод  
 ОЦК — объем циркулирующей крови  
 ПМС — предменструальный синдром  
 ППК — плацентарно-плодный коэффициент  
 ПТГ — паратиреоидный гормон  
 ПЦР — полимеразная цепная реакция  
 РДС — респираторный дистресс-синдром  
 РНК — рибонуклеиновая кислота  
 РЭГ — реоэнцефалограмма  
 СЗП — степень зрелости плода  
 СОЭ — скорость оседания эритроцитов  
 СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита человека  
 Т<sub>3</sub> — трийодтиронин  
 Т<sub>4</sub> — тироксин  
 ТБГ — трофобластический глобулин  
 ТТГ — тиреотропный гормон (тиролиберин)  
 УЗИ — ультразвуковое исследование  
 ФСГ — фолликулостимулирующий гормон  
 ХГч — хорионический гонадотропин человека  
 ЦМВ — цитомегаловирусная инфекция  
 ЦНС — центральная нервная система  
 ЧСП — частота сердцебиений плода  
 ЧСС — частота сердечных сокращений  
 ЭКГ — электрокардиограмма  
 ЭКО — экстракорпоральное оплодотворение  
 ЭЭГ — электроэнцефалограмма  
 ЮМК — ювенильное маточное кровотечение  
 ЯМР — ядерно-магнитный резонанс (томография)

Hb — гемоглобин

Ig — иммуноглобулин

Rh — резус-фактор

akusher-lib.ru

**АБОРТ** — прерывание беременности до 28 нед. Заключается в разрушении и удалении (или изгнании) эмбриона или плода из полости матки до достижения срока его жизнеспособности. Отличие от преждевременных родов: недоношенный ребенок — младенец, родившийся после достижения срока его жизнеспособности, но до 37 недель гестации.

Плод, родившийся до 28 нед, имеет длину менее 35 см, массу тела до 1000 г и в большинстве случаев оказывается нежизнеспособным. В настоящее время благодаря достижениям в области реанимации и интенсивной терапии некоторые такие плоды выживают. В этих случаях прерывание беременности следует учитывать как преждевременные роды — и ЗАГС выдает справку о рождении ребенка.

— **бархатный** — см. *А. медикаментозный*.

— **внебольничный** — см. *А. криминальный*.

— **«в ходу»** — а., характеризующийся незавершившимся изгнанием отделившегося плодного яйца. Плодное яйцо, отслоившееся от стенки матки, изгоняется из нее через цервикальный канал. Характерны жалобы на схваткообразную боль внизу живота и кровотечение (иногда значительное). Размеры матки соответствуют сроку беременности или имеют меньшие размеры. При влагалищном исследовании шейка матки сглаженная или раскрытая, в просвете ее пальпируют губчатую ткань (плодное яйцо и сгустки крови).

— **искусственный** — а., вызванный лекарственными средствами или механическими методами.

— **инфицированный** — инфицирование плодного яйца и эндометрия в случае развития восходящей инфекции из влагалища при длительном течении самопроизвольного

аборта. Патогенные микроорганизмы (стафилококк, хламидии, эшерихии, стрептококк и др.) особенно часто проникают в матку при внебольничных (криминальных) абортах. Из матки микробы распространяются гематогенным и лимфогенным путем на яичники, маточные трубы, на тазовую брюшину и в околоматочную клетчатку, вызывая развитие различных локализованных и генерализованных осложнений, вплоть до септицемии. В зависимости от степени распространения инфекции различают: 1) неосложненный лихорадочный выкидыш (инфекция локализована в матке); 2) осложненный лихорадочный выкидыш (инфекция распространилась за пределы матки, но ограничивается областью малого таза); 3) септический выкидыш.

При неосложненном лихорадочном выкидыше отмечают повышение температуры тела, слабость, головная боль, тахикардия, лейкоцитоз. Матка при пальпации безболезненна; со стороны придатков, тазовой брюшины и околоматочной клетчатки изменений нет. Осложненный лихорадочный выкидыш характеризуется ухудшением общего состояния больной, появлением болей внизу живота, ознобом, высоким лейкоцитозом, повышенной СОЭ. Матка чувствительна при пальпации, определяется одно- или двустороннее увеличение ее придатков. Если в воспалительный процесс вовлечена тазовая брюшина, в нижних отделах живота отмечают перитонеальные явления. При септическом аборте состояние больной тяжелое: потрясающий озноб, выраженная лихорадка с явлениями общей интоксикации, бледностью кожных покровов, желтушностью склер, токсическими изменениями паренхиматозных органов. Нередко развиваются септический перитонит, тромбофлебиты, септическая пневмония, острая почечная недостаточность.

- **криминальный** (внебольничный, незаконный) — а., произведенный лицом, не имеющим на это юридического права, или вне медицинского учреждения, а также прерывание беременности на больших сроках без медицинских или юридических оснований.
- **медикаментозный** (бархатный) — альтернатива хирургического а. с помощью медикаментозных препаратов (Мифепристон, Пенкрофтон и др.). Данный метод прерыва-

ния беременности не требует обезболивания, инструментального вхождения в полость матки, исключаящий все осложнения, связанные с этими моментами, меньшая психологическая травма. Необходимые требования для выполнения м.а.: 1) наличие лицензии в учреждении и у врачей гинекологов, применяющих данный метод; 2) наличие специально подготовленных акушеров-гинекологов; 3) условия для обеспечения а. медицинского.

- **медицинский** — а., произведенный на ранних сроках беременности специалистом в медицинском учреждении по желанию женщины, из-за психического или соматического заболевания беременной, для предотвращения рождения ребенка с пороками развития, а также после изнасилования.
- **начавшийся** — стадия самопроизвольного а. При неполном открытии зева матки, на фоне усилившихся сокращений матки происходит частичная отслойка плодного яйца от ее стенки. Характеризуется появлением скудных мажущих кровянистых выделений из влагалища, болями. Величина матки соответствует сроку беременности, наружный зев закрыт или слегка приоткрыт. Беременность сохранить еще можно, но прогноз хуже, чем при угрожающем аборте.
- **незаконный** — см. *А. криминальный*.
- **неполный** — а., в результате которого часть плодного яйца остается в матке. Характеризуется задержкой в полости матки частей плодного яйца и сопровождается кровотечением, часто значительным. Выделяются сгустки крови и части плодного яйца. При влагалищном исследовании: канал шейки матки приоткрыт, величина матки меньше, чем должна быть соответственно сроку беременности.
- **несостоявшийся** (выкидыш несостоявшийся) — а., характеризующийся задержкой в полости матки погибшего плодного яйца. Причины несостоявшегося аборта недостаточно известны (возможно, повышенное содержание гормона желтого тела, уменьшенное выделение окситоцина гипофизом и др.). Прекращается увеличение матки, периодически появляются кровянистые выделения из влагалища и небольшие схваткообразные боли. Биологические и иммунологиче-

ские реакции на беременность становятся отрицательными. При ультразвуковом исследовании в матке не удается обнаружить плодное яйцо.

- **поздний** — а. при сроке 13—28 недель беременности.
- **полный** — стадия самопроизвольного а. с полным изгнанием из матки плода, эмбриона или любого другого продукта гестации, например пузырного заноса. Наблюдается чаще в ранние сроки беременности. Матка свободна от остатков плодного яйца, сокращается, канал шейки матки закрывается, кровотечение прекращается.
- **привычный** (выкидыш привычный) — три или более самопроизвольных а.
- **ранний** — а. при сроке до 12 недель беременности.
- **самопроизвольный** — см. *А. спонтанный*.
- **септический** — а., осложнившийся лихорадкой, эндометритом или параметритом. Диагноз может быть установлен при наличии симптомов выкидыша и температуре тела выше 38 °С, когда другие причины лихорадки исключены. С.а. чаще развивается при криминальных вмешательствах, длительном подтекании околоплодных вод, наличии швов на шейке матки, препятствующих ее опорожнению и пр. Выделяют 3 стадии распространения инфекции: I — в процесс вовлечены эндометрий и миометрий, II — помимо матки, в процесс вовлечены придатки, III — генерализованный перитонит и сепсис. Прогноз зависит от степени выраженности лихорадки, гипотензии, олигурии, наличия инфекции за пределами матки и срока беременности.
- **спонтанный** (самопроизвольный) — самопроизвольное прерывание беременности. В патогенезе имеет значение задержка полового развития (инфантилизм); предшествовавшие искусственные аборты, особенно прерывание первой беременности; дисфункция желез внутренней секреции (гипофиз, яичники, надпочечники, щитовидная железа); истмико-цервикальная недостаточность; внутриматочные сращения; острые и хронические инфекционные заболевания и интоксикации; иммунологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору; опухоли половых органов и др. Физические факторы (ушибы, поднятие значительной тяжести) оказывают действие только при предрасполагающих причинах. Харак-

терно появление сокращений матки, приводящих к отслойке плодного яйца и изгнанию его из полости матки, кровянистые выделения из половых путей, выраженность которых находится в зависимости от стадий развития аборта.

- **трубный** — самопроизвольное изгнание плодного яйца в брюшную полость при трубной (внематочной) беременности (см. *Беременность эктопическая трубная*).
- **угрожающий** — повышение сократительной активности матки. Плодное яйцо еще сохраняет связь со стенкой матки. Характерно ощущение тяжести или несильные тянущие боли внизу живота и в области крестца, при позднем а. могут отмечаться схваткообразные боли. Кровяные выделения, как правило, отсутствуют, но могут отмечаться скудные мажущие темные кровянистые выделения. Шейка матки не укорочена, внутренний зев закрыт, тонус матки повышен. Величина матки соответствует сроку беременности.
- **шеечный** — стадия самопроизвольного а. с задержкой отделившегося плодного яйца в канале шейки матки.

**АБДЕРХАЛЬДЕНА—ФАНКОНИ СИНДРОМ** — см. *Цистиноз*.

**АБДОМИНОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия*.

**АБСТИНЕНЦИЯ** — (лат.: *abstinentia* — воздержание) симптомокомплекс психических, вегетативно-соматических и неврологических расстройств, возникающих при прекращении употребления вещества, к которому установилось пристрастие, психическая и, особенно, физическая зависимость. Чем резче прекращение введения в организм вещества, вызвавшего токсикоманию (алкоголя, наркотиков, снотворных препаратов и др.), тем более выражены проявления абстиненции. В некоторых случаях, например при барбитуратизме, прекращение приема барбитуратов может повлечь за собой смертельный исход. Особенности клинической картины а. зависят от типа принимаемого вещества, дозы и продолжительности его употребления. Наличие а. свидетельствует о сформировавшейся токсикомании. Термин применяют также для обозначения воздержания от чего-либо, например полового воздержания.

- **половая** (депривация половая) — (лат.: *abstinentia sexualis* — половое воздержание) вынужденное или сознательное снижение половой активности ниже индивидуальной (конституционально-возрастной) потребности.



## АБСЦЕСС

**АБСЦЕСС** (гнойник) — (лат.: abscessus — нарыв) ограниченное скопление гноя в различных тканях и органах. Возникновение а. обусловлено гнойной инфекцией, возбудители которой (стафилококк, кишечная палочка, протей и др.) проникают извне (экзогенная инфекция). Возможно эндогенное инфицирование при распространении процесса или переносе возбудителей инфекции из соседних или отдаленных органов. Особенностью а. является наличие пиогенной мембраны — внутренней стенки гнойной полости, создаваемой окружающими очаг воспаления тканями (проявление нормальной защитной реакции организма). Пиогенная мембрана выстлана грануляционной тканью, она ограничивает гнойно-некротический процесс и продуцирует экссудат. Общие клинические проявления а. типичны для гнойно-воспалительных процессов любой локализации: повышение температуры тела от субфебрильной до 41° (в тяжелых случаях), общее недомогание, слабость, потеря аппетита, головная боль. В крови: лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Исходом а. может быть спонтанное вскрытие с прорывом наружу; прорыв и опорожнение в закрытые полости; прорыв в просвет органов, сообщающихся с внешней средой. Диагноз а. является показанием для оперативного вмешательства с целью вскрытия гнойной полости, ее опорожнения и дренирования.

**АГАР** (агар-агар) — смесь полисахаридов, получаемых из морских водорослей; после расплавления и охлаждения образует твердый гель; используют как основу питательных сред, а также при гель-фильтрации, электрофорезе и аффинной хроматографии.

— **Сабуро** — твердая питательная среда. Включает 1% пептона, 3–4% мальтозы или глюкозы и 1,5–1,8% агара.

— **Эммонса** — содержит меньшее количество глюкозы, что способствует лучшему образованию пигментов грибами.

**АГЕНЕЗИЯ** — отсутствие, порок развития или недоразвитие какого-либо органа, структуры.

— **влагалища** — первичное полное отсутствие влагалища вследствие утраты зародышем проксимальных отделов мюллеровых протоков. Т.к. нижняя треть влагалища развивается из уrogenитального синуса, сохраняется незначительное углубление между большими половыми губами (не более 2–3 см).

— **гонад** — отсутствие, порок развития или недоразвитие половых желез.

**АГИДРАМНИОН** — полное отсутствие околоплодных вод.

**АДЕНОАКАНТОМА** (железисто-плоскоклеточный рак) — аденокарцинома с участками плоскоклеточной метаплазии раковых клеток.

**АДЕНОЗ** — заболевание желез.

**АДЕНОКАРЦИНОМА** (железистый рак, железистая карцинома) — злокачественная опухоль, происходящая и состоящая из железистых или железистоподобных эпителиальных клеток.

— **светлоклеточная** — гистологический тип а., встречающийся главным образом в мочеполовой системе и характеризующийся своеобразной грибовидной формой роста раковых клеток.

**АДЕНОМА** — доброкачественная эпителиальная опухоль, клетки которой формируют железистоподобные структуры.

— **гепато-целлюлярная** — доброкачественная опухоль печени, чаще развивающаяся у женщин детородного возраста, длительно применяющих пероральные контрацептивы. Опухоль обычно одиночная, подкапсульная, большая, состоящая из тяжёлых гепатоцитов.

— **пролактин-секретирующая** (пролактинома) — небольшая, обычно инкапсулированная опухоль гипофиза, состоящая из пролактин-секретирующих клеток; проявляется аменореей и галактореей (см. *Синдром Форбса—Олбрайта*).

— **яичника адренокортикоидная** — небольшая доброкачественная маскулинизирующая опухоль яичника, происходящая из клеток, сходных с клетками Лейдига.

**АДЕНОМИОЗ** (эндометриоз генитальный внутренний) — появление эктопических очагов ткани эндометрия (желез и стромы) в миометрии. Характерно длительное, прогрессирующее течение, боли внизу живота накануне и в первые дни менструации, длительные и часто обильные менструации, увеличение размеров матки, бесплодие, психоэмоциональные нарушения. Повышен риск послеродовых кровотечений и дискоординации родовой деятельности. Возможно течение заболевания в бессимптомной форме. Различают 2 формы: узловую и диффузную.

— **диффузная форма** — эндометриоидные очаги в виде «слепых карманов» или свищей.

## АДНЕКСИТ

— **узловая форма** — локальные очаги плотной структуры из-за формирования вокруг них рубцов, вследствие проникновения менструальноподобных кровянистых выделений, протеолитических и липолитических ферментов, продуктов деструкции тканей.

**АДНЕКСИТ** (сальпингофорит) — воспаление придатков матки (маточных труб и яичников), вызванное стафилококками, стрептококками, гонококками или др. микробами (см. *Сальпингофорит*).

**АДРЕНОБЛАСТОМА** (андробластома, гинандробластома) — редкая, чаще доброкачественная опухоль яичника; характеризуется наличием компонентов яичка (каналыцев с эпителиальными клетками-суспендоцитами и стромальными клетками, подобными гландулоцитам); может вызывать маскулинизацию.

**АДРЕНОБЛОКАТОР** — соединение (антагонист адренорецепторов), избирательно блокирующее или угнетающее активность симпатических адренергических нервов, а также реакцию на адреналин, норадреналин и другие биогенные амины.

**АДРЕНОГЕНИТАЛЬНЫЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром адреногенитальный*.

**АДРЕНОКОРТИКОТРОПИН** — см. *Гормон адренокортикотропный*.

**АДРЕНОКОРТИКОТРОПНЫЙ ГОРМОН** — см. *Гормон адренокортикотропный*.

**АДРЕНОРЕЦЕПТОР** — см. *Рецептор адренергический*.

**АЗОТЕМИЯ** — избыточное содержание в крови азотсодержащих продуктов белкового обмена (мочевины, мочевой кислоты, креатина) при заболеваниях почек, усиленном распаде тканевых белков и т.д.

**АЗООСПЕРМИЯ** — отсутствие подвижных сперматозоидов в сперме.

— **истинная** — а., обусловленная нарушением образования сперматозоидов, например при гипоплазии яичек.

— **ложная** — а., обусловленная нарушением проходимости семявыносящих протоков в результате эпидидимита, уретрита, простатита.

— **лучевая** — истинная а., обусловленная дегенеративными изменениями сперматогенного эпителия после воздействия ионизирующего излучения.

**АКАНТОЗ** (гиперакатоз) — увеличение толщины слоя шиповатых клеток эпидермиса, за счет глубокого погружения эпителиальных отростков в подлежащую ткань между соединительнотканными сосочками, сопровождающееся утолщением эпидермиса и/или эпителия слизистых оболочек.

**АКНЕ** (угри обыкновенные, юношеские) — угри, поражение сальных желез или их выводных протоков воспалительного характера с вовлечением в процесс волосяных мешочков.

— **красные** — возникают при заболеваниях желудочно-кишечного тракта или нарушении функции половых желез.

— **медикаментозные** — возникают при длительном приеме препаратов йода, брома, кортикостероидов.

— **обыкновенные** — возникают у молодых людей в период полового созревания.

— **профессиональные** — возникают при профессиональных загрязнениях кожи, например, смолой, дегтем, нефтью, соединениями хлора и др.

**АКРОЗИН** — сериновая протеиназа, присутствующая в акросоме зрелых сперматозоидов в виде предшественника — проакрозина; активный фермент вызывает растворение zona pellucida и способствует проникновению сперматозоида сквозь гликопротеиновую оболочку яйцеклетки.

**АКТ ПОЛОВОЙ** — см. *Коитус*.

**АКТИВИН** — гликопротеин из гонад, стимулирующий синтез ФСГ. По химической структуре — различное сочетание β-цепей ингибина.

**АКУШЕРСТВО** — (франц.: accoucher — рожать, помогать при родах) область клинической медицины, изучающая физиологические и патологические процессы, связанные с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, и разрабатывающая методы родовспоможения, профилактики и лечения осложнений беременности, родов, болезней плода и новорожденного. А. вместе с гинекологией составляет единую медицинскую дисциплину. В особый раздел выделяют оперативное а., разрабатывающее показания, противопоказания и технику акушерских операций при беременности и в родах. Разделом а. и педиатрии является перинатология, изучающая физиологию и патологию плода в перинатальном периоде (с 28-й нед. беременности и в первые 7 суток жизни новорожденного).

### АКУШЕРСКИЙ

— **инструментарий** — см. *Инструментарий акушерско-гинекологический.*

— **поворот** — операция, с помощью которой изменяют неблагоприятное для течения родов положение плода.

— **стационар** — см. *Стационар акушерский.*

**АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ** — система обеспечения лечебно-профилактической помощи беременным, роженицам, родильницам и гинекологическим больным, способствующая сохранению репродуктивного здоровья женщины.

— **амбулаторная** — см. *Консультация женская.*

— **стационарная** — см. *Стационар акушерский.*

**АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ** — обследование беременных, рожениц и родильниц. Проводится с помощью общепринятых клинических, в т.ч. лабораторных, и специальных методов исследования с целью контроля за течением беременности, родов и послеродового периода. Позволяет выявить факторы риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, патологического состояния матери и плода.

— **общеклиническое** — включает в себя: клинические анализы крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, реакция Вассермана, исследование на ВИЧ-инфекцию, бактериологическое исследование содержимого мочеиспускательного канала, влагалища и канала шейки матки; осмотр терапевта, окулиста, отоларинголога, стоматолога.

— **специальное** — включает в себя сбор анамнеза: возраст, жалобы, условия труда и быта, наследственность, перенесенные ранее заболевания, информацию о характере менструальной функции, сведения о репродуктивной функции; методы наружного акушерского обследования: осмотр, измерение и пальпация живота, приемы Леопольда—Левицкого, измерение таза, аускультация сердечных тонов плода, влагалищное исследование.

**АКЦЕЛЕРАЦИЯ** — (лат.: acceleratio — ускорение) 1) ускорение роста и развития детей и подростков по сравнению с предшествующими поколениями, наблюдается прежде всего в экономически развитых странах; 2) учащение сердечного ритма плода с амплитудой выше 15 в мин и длительностью

более 15 с (см. *А. варьируемые, периодические, спорадические, униформные*).

— **варируемые** — а., разнообразные по форме.

— **периодические** — а., возникающие в ответ на маточные сокращения.

— **спорадические** — а., возникающие в ответ на движения плода.

— **униформные** — а., похожие друг на друга по форме.

**АЛКОГОЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПЛОДА** — см. *Синдром алкогольного плода*.

**АЛЛАНТОИС** — небольшой пальцевидный отросток в каудальном отделе зародыша, растущий в амниотическую ножку. Является производным желточного мешка (см.) и состоит из внезародышевой энтодермы и висцерального листка мезодермы. У человека а. не достигает значительного развития, но его роль в обеспечении питания и дыхания зародыша велика, т.к. по нему к хориону растут сосуды, располагающиеся в пупочном канатике. Проксимальная часть а. располагается вдоль желточного стебелька, а дистальная, разрастаясь, растет в щель между амнионом и хорионом. Это орган газообмена и выделения. По сосудам а. доставляется кислород, а в сам а. выделяются продукты обмена веществ зародыша. На втором месяце эмбриогенеза аллантаис редуцируется и превращается в тяж клеток, который вместе с редуцированным желточным мешком входит в состав пупочного канатика.

**АЛЬГОДИСМНОРЕЯ** — болезненные менструации. Могут быть обусловлены функциональными причинами (заболевания нервной системы с повышением порога болевой чувствительности, нарушения нормальных соотношений между эстрогенами и гестагенами и др.) и органическими причинами (инфантилизм половых органов, эндометриоз, неправильное положение матки, аномалии развития половых органов и др.). Обычно за 1–2 дня до начала менструации возникает резкая боль внизу живота и в области крестца. Боль часто сопровождает все менструальное кровотечение и исчезает с его окончанием. Боль сочетается с вегетативными реакциями: головокружением, тошнотой, рвотой, повышенной раздражительностью. При функциональной альгодисменорее изменений половых органов не выявляется; при альгодисменорее органического характера, гинекологическое обследование

## АМБИСЕКСУАЛЬНОСТЬ

обнаруживает их патологические изменения, присущие тому или иному заболеванию.

**АМБИСЕКСУАЛЬНОСТЬ** — см. *Гермафродитизм*.

**АМЕНОРЕЯ** — отсутствие менструации в течение 6 мес. и более или ненормальное ее прекращение.

- **вторичная** — а. при наличии в анамнезе менструаций.
- **гиперпролактинемическая** — а. при высоком содержании пролактина; часто сочетается с патологической лактацией.
- **гипоталамическая** — вторичная а. при нарушении стимуляции гипоталамусом передней доли гипофиза.
- **гипофизарная** — а. при неадекватной секреции гонадотропных гормонов передней долей гипофиза.
- **джогер** — временное прекращение менструальной функции, обусловленное ежедневными, интенсивными физическими упражнениями (вызвана повышением содержания эндорфинов, тормозящих функцию гипоталамуса).
- **диетическая** — прекращение менструальной функции, обусловленное быстрой потерей или прибавкой массы тела.
- **истинная** — а., при которой отсутствуют циклические изменения как в яичниках и эндометрии, так и во всем организме по причине недостатка половых гормонов из-за снижения гормональной функции яичников.
- **лактационная** — физиологическое прекращение месячных во время кормления грудью.
- **ложная** — отсутствие менструации из-за врожденных аномалий (непроходимость цервикального канала или заращение девственной плевы) при наличии циклических изменений в яичниках, матке и во всем организме; при этом наблюдается гематокольпос и/или гематометра и/или гематосальпинкс, когда выделения скапливаются соответственно во влагалище или полости матки или трубах.
- **лучевая** — а. в результате подавления функции яичников после воздействия ионизирующего излучения.
- **маточная** — а. при повреждении или отсутствии матки.
- **патологическая** — а. при органической патологии матки, яичников, поражении гипофиза, болезни Симмондса.
- **первичная** — отсутствие в анамнезе хотя бы одной менструации в возрасте после 16 лет при наличии других признаков полового созревания.

- **послеродовая** — постоянная а. после рождения ребенка, возникает при кровоизлияниях в гипофиз во время родов или вследствие некроза гипофиза.
- **психогенная** — а., вызванная сильным эмоциональным стрессом.
- **травматическая** — прекращение менструаций, обусловленное выскабливанием полости матки или стенозом цервикального канала.
- **физиологическая** — отсутствие менструаций и других признаков полового созревания в возрасте до 14 лет, а также вследствие изменения секреции гонадотропных гормонов в период беременности, лактации, менопаузы и не связанная с органической патологией.
- **яичниковая** — а. при недостаточности секреции эстрогенов.

**АМИЛОПЕКТИНОЗ** — см. *Гликогеноз 4-го типа.*

**АМНИОИНФУЗИЯ** — инфузия жидкости в амниотическую полость через расширенный цервикальный канал для увеличения объема полости матки и снижения давления на сдавленную пуповину.

**АМНИОН** (водная оболочка, амниотическая оболочка) — временный орган, обеспечивающий водную среду для развития зародыша. Возник в эволюции, в связи с выходом позвоночных животных из воды на сушу. В эмбриогенезе человека а. появляется на второй стадии гастрюляции сначала как небольшой пузырек, дном которого является первичная эктодерма (эпибласт) зародыша. Стенка пузырька образует внезародышевую эктодерму, которая соединяется с внезародышевой мезодермой, разрастается и окружает зародыш тонкой полупрозрачной амниотической оболочкой (источник развития его эпителия). Стенка амниотического пузырька состоит из пласта клеток внезародышевой эктодермы и из внезародышевой мезенхимы, формирует его соединительную ткань. А. быстро увеличивается, и к концу 7-й недели его соединительная ткань входит в контакт с соединительной тканью хориона. При этом эпителий а. переходит на амниотическую ножку, превращающуюся позднее в пупочный канатик, и в области пупочного кольца смыкается с эпителиальным покровом кожи эмбриона. Амниотическая оболочка образует стенку резервуара, заполненного амниотической жидкостью, в которой находится плод. Основная функция



## АМНИОНИТ

амниотической оболочки — выработка околоплодных вод, обеспечивающих среду для развивающегося организма и предохраняющих его от механического повреждения. Эпителий а., обращенный в его полость, не только выделяет околоплодные воды, но и принимает участие в обратном их всасывании. А. выполняет также защитную функцию, предупреждая попадание в плод вредных агентов.

— **nodosum** — узелки в составе амниона, состоящие из многослойного плоского эпителия.

**АМНИОНИТ** (хориоамнионит) — инфицирование и воспаление амниона, происходящее обычно при преждевременном разрыве плодных оболочек. Часто связано с неонатальной инфекцией.

**АМНИОСКОПИЯ** — (греч.: *amnion* — плодная оболочка, *skoreo* — рассматривать, исследовать) метод исследования плодного пузыря путем осмотра его нижней части с помощью специального прибора — амниоскопа, введенного в канал шейки матки с целью определения предлежащей части плода, а также для выявления его патологических состояний и заболеваний (гипоксия, переносимость, гемолитическая болезнь и др.) по количеству и окраске околоплодных вод.

**АМНИОТИЧЕСКАЯ ЖИДКОСТЬ** — см. *Воды околоплодные*.

**АМНИОТОМИЯ** — искусственный разрыв (вскрытие) плодного пузыря. Показания: необходимость родовозбуждения, слабость родовой деятельности, плоский плодный пузырь, многоводие, низкое расположение или краевое предлежание плаценты (с целью предотвращения отслойки плаценты, кровотечения), заболевания сердечно-сосудистой системы перед родоразрешающими операциями.

**АМНИОЦЕНТЕЗ** — операция, целью которой является получение околоплодных вод для биохимического, гормонального, иммунологического, цитологического и генетического исследований. Позволяет судить о состоянии плода. Для исследований достаточно 10–15 мл околоплодных вод. Непригодными считаются пробы, загрязненные меконием или кровью. Выполняется только с согласия беременной. Операцию выполняют под УЗИ-контролем. Показания: изосерологическая несовместимость крови матери и плода, хроническая гипоксия плода, установление степени зрелости плода, антенатальная диагностика пола, необходимость кариотипирования при подозрении на пороки развития пло-

да, микробиологическое исследование. Противопоказание: угроза прерывания беременности.

- **трансабдоминальный** — трансабдоминальная аспирация околоплодных вод из амниотического мешка с помощью тонкой иглы. Проводится в 12—18 недель беременности, когда амниотической жидкости достаточно для выполнения диагностических тестов и еще возможно проведение медицинского аборта (околоплодные воды содержат клетки плода и используются при исследованиях для культивирования и выявления аномалий).
- **трансвагинальный** — а., производимый через передний или задний свод влагалища, канал шейки матки. Выбор места введения пункционной иглы зависит от расположения плаценты.

**АМПУТАЦИЯ** — (лат.: amputatio — отсечение) хирургическая операция — удаление периферической части органа.

- **амниотическая** — а. конечности или ее части вследствие передавливания амниотическими перетяжками во внутриутробном периоде.
- **матки высокая** — резекция тела матки с сохранением ее нижней части.
- **матки** — надвлагалищная резекция тела матки на уровне внутреннего зева.

Этапы надвлагалищной ампутации матки без придатков:

1. Адекватное обезболивание.
2. Обработка операционного поля.
3. Лапаротомия нижнесрединная или по Пфанненштилю.
4. Осмотр органов малого таза и решение вопроса об объеме оперативного вмешательства.
5. Фиксация матки и выведение ее в рану.
6. При наличии спаек проводят их разделение.
7. Мобилизация матки (отсечение от матки круглых маточных связок, маточных труб и собственных связок яичников с обеих сторон, культя прошиваются нерассасывающимся шовным материалом).
8. Вскрытие пузырно-маточной складки брюшины в области ее подвижной части в поперечном направлении, ее низведение, обнажение маточных сосудов вдоль ребер матки.

9. Перевязка сосудистых пучков (накладываются по два параллельных зажима перпендикулярно ребру матки на уровне внутреннего зева; между зажимами рассекают сосуды, вплоть до мышечной ткани шейки матки; под зажимом сосуды прошивают с захватом ткани шейки матки, затем зажимы осторожно снимают; лигатуры с культями сосудов отрезаются).

10. Отсечение тела матки от шейки на уровне внутреннего зева (отсечение проводится выше уровня перевязки сосудов; скальпель должен быть направлен вниз в сторону цервикального канала, чтобы провести отсечение матки в виде конуса для хорошего сопоставления краев оставшейся культи шейки матки).

11. Ушивание культи шейки матки (просвет цервикального канала обрабатывается спиртом или йодом; культю ушивают, не захватывая слизистой оболочки цервикального канала).

12. Перитонизация (проводится за счет пузырно-маточной складки брюшины).

Надвлагалищную ампутацию матки с придатками (с одной или двух сторон) чаще всего проводят при опухолях яичника (яичников), при сочетанном поражении придатков и матки (и неизменной шейке матки). Для удаления придатков необходимо наложить зажимы на воронкотазовую (подвешивающую) связку яичника с обеих сторон ближе к яичнику. Во избежание случайного захвата, проходящего в основании этой связки (близко к стенкам таза) мочеочника, пинцетом приподнимают кверху трубу, и при ее натягивании воронкотазовая связка приподнимается, что дает возможность наложить зажимы ближе к яичнику и обезопасить себя от возможного захвата мочеочника. В дальнейшем ход операции осуществляется в том же порядке, что и при ампутации матки без придатков.

— **шейки матки высокая** — показанием к ампутации является сочетание патологических изменений шейки с ее элонгацией. Этапы операции:

1. Адекватное обезболивание и обработка операционного поля.

2. Обнажение шейки матки в зеркалах, фиксация ее пулевыми щипцами и низведение книзу.

3. Зондирование длины шейки и полости матки.
4. Расширение цервикального канала расширителями Гегара.
5. Циркулярный разрез на границе перехода слизистой влагалищных сводов в слизистую шейки матки.
6. Выделение шейки матки (тупым путем отодвигают мочевой пузырь и своды несколько выше места, намеченного для ампутации). Захват зажимами клетчатку с боков шейки матки, пересечение и перевязывание шовным материалом. Перевязывание отдельной лигатурой нисходящей веточки маточной артерии и вены.
7. Рассечение шейки на две половины до уровня ампутации.
8. Клиновидное отсечение передней половины шейки. Соединение края переднего влагалищного свода отдельными швами с краем слизистой оболочки цервикального канала (аналогично с задней половиной шейки матки).
9. Наложение дополнительных узловых швов на боковые части разреза и формирование наружного зева.
10. Зондирование цервикального канала для проверки его проходимости.

— **шейки матки конусовидная** — показания: эктропион шейки матки, рубцовая деформация наружного зева, гипертрофия шейки матки, цервикоз, фоновые и предраковые состояния шейки матки. Этапы операции:

1. Адекватное обезболивание.
2. Обработка операционного поля.
3. Обнажение шейки матки в зеркалах, фиксация пулевыми щипцами и низведение.
4. Круговой разрез слизистой влагалищной части шейки матки на 1 см выше границы патологического участка; углубление разреза в толщу шейки матки в виде конуса по направлению к внутреннему зеву и удаление части шейки матки в виде конуса.
5. Отсепаровка слизистой влагалищной части шейки матки от мышечного слоя шейки на 2 см, чтобы ее край можно было соединить с краем слизистой оболочки канала шейки матки.
6. Наложение V-образных швов на переднюю и заднюю губу шейки матки.

7. Наложение отдельных швов на боковые части разреза и формирование шейки матки.

8. Зондирование цервикального канала для проверки его проходимости.

**АНАБИОЗ** — (греч.: anabiosis — оживление) временное состояние организма, при котором жизненные процессы резко замедляются, что способствует выживанию его в неблагоприятных условиях температуры, влажности и др. А. характерен для микроорганизмов (спорообразующие бактерии, микроскопические грибы, простейшие) и беспозвоночных. У некоторых организмов входит в нормальный цикл развития (семена, споры).

**АНАЛИЗ** — (греч.: analysis — разложение) 1) расчленение (мысленное или реальное) объекта на элементы; неразрывно связан с синтезом; 2) синоним научного исследования.

— **вестерн-блоттинг** — метод электрофоретического разделения белков в полиакриламидном геле с последующим их переносом на нитроцеллюлозную или нейлоновую мембрану и идентификацией с помощью меченых специфических АТ.

— **конкурентного связывания** — связывающее вещество конкурирует за меченый лиганд с немечеными лигандами.

— **нозерн-блоттинг** — метод определения фрагмента РНК, содержащего искомую последовательность, путем гибридизации разделенных электрофорезом фрагментов с радиоактивным агентом, например меченой комплементарной ДНК.

— **саузерн-блоттинг** — процедура разделения и идентификации рестриктов ДНК: фрагменты ДНК после электрофоретического разделения в геле агарозы денатурируют, переносят (blotting) на нитроцеллюлозную или нейлоновую мембрану и гибридизуют с мечеными комплементарными ДНК-зондами.

— **спектрофотометрический** — определение качественного и количественного состава вещества, его строения оптическими методами.

— **твердофазный иммуноферментный** — конкурентный анализ *in vitro*. Обычно используют пробирки (пленки) из полистирина или других материалов, хорошо адсорбирующих Ig или Ag. При этом индикаторной системой являются фермент и специфичный для него субстрат (Ig или

Ag), а не радиоактивный агент. При положительных тестах образуется легко определяемое и, как правило, окрашиваемое вещество (ELISA-тест от enzyme-linked immunosorbent assay).

**АНАМНЕЗ** — (греч.: anamnesis — воспоминание) сведения о больном (анамнез жизни) и его заболевании (анамнез болезни), собранные при опросе больного и/или знающих его лиц, с целью установления диагноза, прогноза болезни, выбора оптимальных методов ее лечения и профилактики.

— **акушерский** — а., касающийся детородной функции женщины. Выясняются цикличность и характер менструаций, число беременностей, аборт, родов, особенности их течения, осложнения, перенесенные гинекологические заболевания. В период беременности и родов женщина обследуется всесторонне, и тогда нередко впервые выявляются скрыто протекавшие заболевания (например, пиелонефрит, сахарный диабет и др.).

**АНАПЛАЗИЯ** — (греч.: anaplasia — преобразование, формирование) стойкая дедифференцировка клеток злокачественной опухоли с изменением их структуры и свойств.

**АНАСАРКА** — генерализованный отек подкожной клетчатки.

**АНАФИЛАКСИЯ** — (греч.: ana — против, phylaxis — защита) аллергическая реакция немедленного типа, возникающая при парентеральном (минуя пищеварительный тракт) поступлении аллергена в сенсibilизированный организм. Проявления: общие (анафилактический шок, сывороточная болезнь) и местные (воспаление, отек, иногда некроз ткани).

**АНАЭРОБЫ** — (греч.: ап — отрицательная частица, аер — воздух, bios — жизнь) организмы, способные жить и развиваться в отсутствие свободного кислорода; некоторые виды бактерий, дрожжей, простейших, червей. облигатные (строгие) анаэробы развиваются только в отсутствие кислорода (например, клостридии). Факультативные (условные) анаэробы — и в присутствии кислорода (например, кишечная палочка). Распространены в почве, воде, в донных отложениях.

**АНГИОТЕНЗИН** — представитель суживающих пептидов, образующихся из ангиотензиногена под действием ренина.

— I — декапептид, образующийся из ангиотензиногена под действием ренина; пептидил-дипептидаза отщепляет от

## АНДРОБЛАСТОМА

а. I еще два аминокислотных остатка, превращая его в физиологически активную форму а. II.

- II — октапептид, образующийся из а. I; сильное сосудосуживающее средство, стимулятор синтеза альдостерона.
- III — гептапептид, производное а. II; имеет сходное с ним действие, но меньшее влияние на кору надпочечников.
- **конвертирующий** — фермент конвертаза, отщепляющая от а. I два аминокислотных остатка.

**АНДРОБЛАСТОМА** — см. *Адренобластома*.

**АНДРОГЕНИЗАЦИЯ** — см. *Вирилизация*.

**АНДРОГЕНЫ** — мужские половые гормоны, вырабатываемые главным образом семенниками, а также корой надпочечников и яичниками. Стимулируют развитие и функцию мужских половых органов, развитие вторичных половых признаков (появление усов, бороды, рост волос на теле по мужскому типу и др.).

**АНДРОСТАН** — углеводород, предшественник андрогенных стероидов.

**АНДРОСТАНДИОЛ** —  $5\alpha$ -Андростан- $3\beta$ ,  $17\beta$ -дио́л; андроген.

**АНДРОСТАНДИОН** —  $5\alpha$ -Андростан-3,  $17\beta$ -дио́н; андроген.

**АНДРОСТЕНДИОН** — 4-Андростен-3, 17-дио́н; андростендион с двойной связью между C-4 и C-5; андрогенный стероид с меньшей биологической активностью, чем тестостерон; секретируется яичками, яичниками и корой надпочечников.

**АНДРОСТЕРОН** — стероидный гормон со слабым андрогенным эффектом (обнаруживается в моче у мужчин).

**АНДРОФОБИЯ** — патологическая боязнь мужчин полового акта.

**АНЕМИЯ** (малокровие) — (греч.: an — приставка, означающая отрицание, haima — кровь) клиникогематологический синдром, характеризующийся снижением содержания гемоглобина (и эритроцитов) в единице объема крови.

А. считается снижение гемоглобина менее 130 г/л у мужчин, менее 120 г/л у небеременных и менее 110 г/л у беременных женщин.

По причине, лежащей в основе развития а., различают: а. вследствие острой и хронической кровопотери, а. вследствие нарушенного эритропоэза (железодефицитные а., сидероахрестические а., фолиево- и  $V_{12}$ -дефицитные а., гипо-апластические а., миелодиспластические а., метастатические а.), а. вследствие повышенного кроверазрушения (наследствен-

ные и приобретенные гемолитические а.). По степени тяжести (в зависимости от уровня Hb) различают: легкую (120–90 г/л), средней степени тяжести (89–70 г/л), тяжелую (69 г/л и менее). По значению цветового показателя: нормохромную (0,9–1,0), гипохромную (< 0,9), гиперхромную (> 1,0). По значению среднего диаметра Эр.: нормоцитарную (7,2–8 мкм), микроцитарную (< 7,2 мкм), макроцитарную (> 8,1 мкм). По уровню ретикулоцитов, свидетельствующих об уровне эритропоэза: норморегенераторную (5–10‰), гипорегенераторную ( $\leq 5\%$ ), гиперрегенераторную ( $\geq 15\%$ ).

У беременных 90% а. вызваны дефицитом железа.

— **гемолитическая** — см. *Талассемия*.

— **железодефицитная (ЖДА)** — а., при которой вследствие дефицита железа в организме нарушается синтез гемоглобина и развиваются трофические изменения в тканях. Причины: гиперполименорея; роды; аборт; период повышенной потребности в железе (при беременности, лактации, в период роста и полового созревания); нарушения поступления железа с пищей; резорбционная недостаточность железа; недостаточный исходный уровень железа (недостаточный запас железа при рождении); нарушения транспорта железа (отсутствие, потери белков-переносчиков). Характерно: общеанемический синдром (слабость, головокружение, тахикардия, шум в ушах, головная боль, раздражительность, снижение внимания и работоспособности); сидеропенический синдром (бледность и сухость кожи, выпадение волос, расслоение ногтей, койлонихии, стоматиты, глосситы, извращение вкуса, мышечная слабость и др.).

ЖДА осложняет течение беременности, родов и послеродового периода (присоединение гестоза, преждевременные роды, аномалии родовой деятельности, кровотечение в родах или раннем послеродовом периоде, послеродовые гнойно-септические заболевания, гипогалактия). ЖДА вызывает нарушение внутриутробного состояния плода, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной задержки роста плода.

Критерии диагноза: клинические проявления, гемоглобин 110 г/л и ниже, количество эритроцитов менее  $3,5 \times 10^{12}/л$ , цветовой показатель ниже 0,85, гематокрит ниже 0,32, сывороточное железо ниже 12,5 мкмоль/л, по-



## АНЕСТЕЗИЯ

казатель ферритина сыворотки 12 мкг/л и менее (см. *Приложение 14*).

— **мегалобластическая** — см. *Синдром Леша—Найена*.

— **новорожденных** — см. *Эритробластоз*.

**АНЕСТЕЗИЯ** — 1) потеря чувствительности вследствие поражения чувствительных нервов. Искусственная а. для обезболивания при хирургических операциях достигается воздействием анестезирующего вещества на головной мозг (общая а. — наркоз), на нервные окончания и стволы в месте операции (местная а.) или на спинной мозг (спинномозговая а.); 2) отсутствие чувствительности, наступающее в результате медикаментозного или патологического угнетения рецепции, проведения импульсов или функционирования нервных центров.

— **каудальная** — см. *А. эпидуральная*.

— **местная** — регионарная а., при которой раствор анестезирующего вещества пропитывает (инфильтрирует) ткани операционного поля.

— **общая (наркоз)** — искусственно вызванное (посредством внутривенного введения или ингаляции наркотических препаратов) состояние, характеризующееся обратимой утратой сознания и болевой чувствительности.

— **неридуральная** — см. *А. эпидуральная*.

— **послойная** — см. *А. местная*.

— **проводниковая (блокада нерва)** — регионарная а., основанная на подведении анестезирующего вещества к участку нервного ствола с целью блокады импульсации.

— **регионарная** — а., какой-либо области тела направленным введением раствора анестезирующего вещества.

— **сакральная** — см. *А. эпидуральная*.

— **спинальная** — сенсорная денервация, при которой раствор анестезирующего вещества локального действия вводят в подпаутинное (субарахноидальное) пространство спинного мозга.

— **спинномозговая** — см. *А. спинальная*.

— **субарахноидальная** — см. *А. спинальная*.

— **эпидуральная** — регионарная а., при которой раствор анестезирующего вещества вводят в эпидуральное пространство позвоночного канала.

**АНОВУЛЯЦИЯ** — отсутствие или прекращение овуляции.

**АНОМАЛИЯ** — (греч.: *anomalía* — отклонение) отклонение от структуры и/или функции, присущей данному биологиче-

ческому виду, возникшее вследствие нарушения развития организма; к а. относят пороки развития и уродства.

— развития

- **влагалища** — порок развития влагалища. См. *Агенезия в.*, *Аплазия в.*, *Атрезия в.*
- **вульвы** — деформация в. Может возникнуть, если во влагалище или в преддверии открывается заднепроходное отверстие (см. *Атрезия в.*).
- **девственной плевы** — см. *Атрезия д.п.*
- **костного таза** — неправильное развитие костных структур тазовой кости. Является одной из причин нарушения физиологического течения родов (см. *Таз узкий, широкий*).
- **матки** — виды а.:
  - 1) удвоение м. (обусловлено отсутствием слияния мюллеровых протоков). С каждой стороны имеется один яичник. Обе матки, как правило, хорошо функционируют. Как вариант, возможно уменьшение величины, формы и функциональной активности одной из маток, общее влагалище при раздвоении остальных отделов внутренних половых органов;
  - 2) однорогая м. Порок зависит от глубокого поражения одного из мюллеровых ходов. В функциональном отношении может быть полноценной;
  - 3) м. с рудиментарным рогом. Порок обусловлен оставанием в развитии одного из мюллеровых ходов. В случае наличия полости в рудиментарном роге возможно ее сообщение с маткой;
  - 4) Т-образная м. (с маленькой полостью, с маленьким сужением, с сужением);
  - 5) м. вместе с влагалищем представлены тонкими соединительнотканными шнурами (см. *Синдром Рокитанского—Кюстера*).
- **маточных труб удвоение** (с одной или двух сторон м.т.), недоразвитие или отсутствие одной м.т. (обычно сочетается с а. развития матки), атрезия м.т.
- **плаценты** — см. *Плацента*.
- **плода** — см. *Фето- и Эмбриопатии*.
- **половых органов** — врожденные нарушения анатомического строения гениталий вследствие незавершенного органогенеза. Проявляется в нарушении величины,

формы, пропорций, симметрии, топографии, а иногда и отсутствии (частичном или полном) гениталий.

- **пуповины** — аномалии, включающие в себя неправильное развитие сосудов (единственная артерия пуповины, третья артерия пуповины, аневризмы, атипичные анастомозы, артериальные узлы и др.); образование истинных и ложных узлов пуповины; патологическое прикрепление пуповины (краевое и оболочечное); изменение длины пуповины (чрезмерно длинная — 70–80 см и более и короткая: абсолютно короткая — менее 40 см, относительно короткая — нормальной длины, но укороченная в результате ее обвития вокруг плода или вследствие образования ее истинных узлов).
- **расположения плаценты** — см. *Предлежание плаценты*.
- **родовой деятельности** — варианты сократительной деятельности, при которых нарушен характер хотя бы одного из ее показателей (тонус, интенсивность, продолжительность, интервал, ритмичность, частота и координированность сокращений).
- **хромосомные** — а., вызванные отклонением числа или структуры хромосом от нормы, возникающих в половых клетках или на ранних этапах дробления оплодотворенной яйцеклетки. Отклонения вызывают нарушение нормального развития организма, обуславливают часть спонтанных аборт, мертворождений, врожденных уродств и аномалий.

**АНОРЕКСИЯ НЕРВНАЯ** — одна из наиболее тяжелой формы гипогонадотропной аменореи. Представляет собой сложный комплекс психосоматических нарушений, характеризующийся задержкой менструального цикла не менее, чем на 3 мес., выраженным страхом прибавки массы тела при сниженном весе (потеря массы тела более 15% от нормальных значений, соответствующих росту и возрасту). Характерно нарушение самооценки, изменения отношения к своему весу и фигуре, что приводит к патологическому режиму питания и выраженному похуданию. Наиболее часто встречается в возрасте 13–14, 17–18 лет.

**АНТИ...** — приставка, обозначающая противоположность, направленность против чего-либо.

**АНТИБИОТИКИ** — (греч.: анти — против, bios — жизнь) органические вещества, образуемые микроорганизмами и об-

обладающие токсическим действием по отношению к другим микроорганизмам. А. называются также антибактериальные вещества, выделяемые из растительных и животных клеток. А. используют как лекарственные препараты для подавления развития бактерий, микроскопических грибов, некоторых вирусов и простейших, поражающих человека, животных и растения. Получены также противоопухолевые а. Первый эффективный а. (пенициллин) открыт в 1929 г. А. Флемингом. Широко вошли в медицинскую практику с 40-х гг. XX в. В результате длительного применения а. возможно появление устойчивых к ним форм патогенных микроорганизмов. А. применяют также в сельском хозяйстве, пищевой и микробиологической промышленности, в биохимических исследованиях. В промышленности получают микробиологическим и химическим синтезом.

**АНТИГЕН** (иммуноген) — 1. Вещество, которое воспринимается организмом как чужеродное и вызывает специфический иммунный ответ. Способно взаимодействовать с клетками иммунной системы и антителами. Попадание а. в организм может привести к формированию иммунитета, иммунологической толерантности (отсутствию иммунного ответа на определенные а.) или аллергии. Свойствами а. обладают белки, полисахариды и другие макромолекулы. Термин «Антигены» употребляют и по отношению к бактериям, вирусам, целым органам (при трансплантации), содержащим а. Определение природы а. используется в диагностике инфекционных болезней, при переливании крови, пересадках органов и тканей, в судебной медицине. А. применяют для создания вакцин и сывороток.

2. Вещество, индуцирующее состояние чувствительности и/или резистентности к инфекциям или токсинам при контакте с иммунной системой после латентного периода; взаимодействие с тканями и/или антителами сенсibilизированного организма может быть продемонстрировано *in vivo* или *in vitro*. Вещество, несущее признаки генетически чужеродной информации и вызывающее в организме развитие специфических иммунных реакций, точнее, антигенная детерминанта.

**АНТИКОАГУЛЯНТ** — любое вещество (лекарственное средство), препятствующее свертыванию крови.

— волчаночный — см. Синдром антифосфолипидный.

## АНТИОНКОГЕН

— **непрямого действия** — антагонист витамина К, необходимого для синтеза в печени факторов свертывания.

**АНТИОНКОГЕН** — ген, контролирующий клеточный рост и тем самым подавляющий развитие опухоли; инактивация а. приводит к бесконтрольной клеточной пролиферации — опухолевому росту; при участии онкогенов бесконтрольная пролиферация усиливается и возникает инвазивный рост.

**АНТИСЕПТИКА** — (греч.: анти — против, septikos — гнойный) метод предупреждения заражения ран и лечения инфицированных ран путем механического удаления нежизнеспособных тканей, использования гигроскопических повязок, УФ-излучения, химического (антисептического средства) или биологических препаратов и т.д. Предложена Дж. Листером в 1867 г. В комплексе с асептикой является обязательной частью хирургических методов лечения.

**АНТИТЕЛА** — белки (иммуноглобулины) плазмы крови человека и теплокровных животных, образующиеся при попадании в организм различных антигенов и способные специфически связываться с этими антигенами. Защищают организм от инфекционных заболеваний: взаимодействуя с микроорганизмами, препятствуют их размножению или нейтрализуют выделяемые ими токсины. При некоторых патологических состояниях (аутоиммунных заболеваниях) в организме появляются а. к собственным компонентам клеток и тканей организма, которые вызывают повреждения различных органов (в норме организм не вырабатывает а. к собственным компонентам клеток и тканей).

**АНТИТРОМБИН** — вещество, подавляющее действие тромбина и приводящее к снижению свертываемости крови. Недостаточность а., приводящая к снижению ингибирования факторов свертывания IIa, IXa и Xa в плазме, вызывает повторные тромбозы.

**АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром антифосфолипидный.*

— **катастрофический** — см. *Синдром антифосфолипидный катастрофический.*

**АНУРИЯ** — прекращение выделения мочи при почечной недостаточности («истинная» анурия), а также в связи с падением давления в почечных сосудах при кровопотере, шоке (внепочечная анурия), препятствием оттоку мочи (например, при сдавливании мочеточников опухолью) или рефлектор-

ными влияниями на почечные сосуды (например, при психической травме, острой боли). Длительная а. ведет к уремии.

**АНУС** — анальное, заднепроходное отверстие конечной части пищеварительного канала, служащее для удаления из организма непереваренных остатков пищи.

**АНЭНЦЕФАЛИЯ** — отсутствие структур головного мозга, костей свода черепа, полушарий головного мозга и мозжечка.

**АНЭУПЛОИДИЯ** — увеличение или уменьшение числа хромосом, не кратное гаплоидному набору.

**АПЛАЗИЯ** — отсутствие части органа.

— **влагалища** — первичное отсутствие части влагалища, обусловленное прекращением канализации формирующейся влагалищной трубки, которая в норме завершается на 18-й неделе внутриутробного развития.

— **диафизарная** — см. *Хондродистрофия*.

**АПНОЭ** — состояние новорожденного, при котором дыхание отсутствует в течение 20 с и более, и сопровождающееся цианозом и/или брадикардией.

**АПОПЛЕКСИЯ** — быстро развивающееся кровоизлияние в какой-либо орган.

— **маточно-плацентарная** — обширное кровоизлияние в стенку матки при преждевременной отслойке плаценты; иногда сочетается с кровоизлиянием в широкие связки матки, в брюшную полость.

— **яичника** — кровоизлияние в любую структуру яичника, обычно сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Чаще всего а. яичника происходит при разрыве зрелого фолликула (12–14-й день нормального менструального цикла) или во время васкуляризации желтого тела (20–22-й день цикла). Обычно происходит апоплексия одного яичника, чаще правого. По особенностям клинической картины различают три формы: болевую, геморрагическую, смешанную.

**АПОПТОЗ** — самопроизвольная запрограммированная гибель клетки.

**АРГИНИНО-СУКЦИНУРИЯ** — наследственное нарушение метаболизма, характеризующееся повышенной экскрецией аргинин-янтарной кислоты с мочой, а также эпилепсией, атаксией, задержкой умственного развития, болезнями печени и другими нарушениями.

**АРНОЛЬДА—КИАРИ СИНДРОМ** — см. *Синдром Арнольда—Киари*.

**АРОМАТАЗА** (эстроген-синтетаза) — фермент, катализирующий образование ароматических  $C_{18}$  эстрогенов из  $C_{19}$  андрогенов.

**АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ** — давление, которое кровь, находящаяся в артерии, оказывает на ее стенку. Величина АД зависит от величины сердечного выброса, общего периферического (сосудистого) сопротивления кровотоку и ударного объема.

**АСИНКЛИТИЗМ** — вставление головки плода в верхнюю апертуру малого таза, при котором сагиттальный шов отклонен к мысу или лобковому симфизу.

— **задний** — см. *А. Литцмана*.

— **Литцмана (задний)** — а., при котором сагиттальный шов головки плода находится ближе к симфизу, а расположенная сзади теменная область первой вставляется во вход в таз.

— **Негеле (передний)** — а., при котором сагиттальный шов находится ближе к мысу, а расположенная впереди теменная область первой входит в таз.

— **передний** — см. *А. Негеле*.

**АСПИРАЦИЯ** — 1) отсасывание специальным инструментом жидкости или воздуха из какой-либо полости тела; (напр., вакуумная электрическая а., вакуумная мануальная а.); 2) попадание в дыхательные пути остатков пищи, крови (при кровотечении), рвотных масс и т.д. при нарушении акта глотания.

**АСФИКСИЯ** — патологическое состояние, обусловленное уменьшением или прекращением поступления в организм кислорода с накоплением в крови недоокисленных продуктов обмена веществ.

— **внутриутробная** — см. *А. плода*.

— **новорожденного** — патологическое состояние новорожденного, обусловленное нарушением дыхания и возникающей вследствие этого кислородной недостаточностью. Различают первичную (при рождении) и вторичную (в первые часы и дни жизни) асфиксию новорожденного.

— **плода (внутриутробная асфиксия)** — а., возникающая у плода вследствие острого или хронического нарушения маточно-плацентарного или пуповинного кровообращения или при а. беременной женщины. Причинами а. яв-

ляются многие виды акушерской патологии, различные экстрагенитальные заболевания, нарушения функции плаценты, патология пуповины и самого плода. Гипоксия независимо от ее генеза приводит к расстройствам окислительно-восстановительных реакций в организме плода, в результате чего развивается ацидоз, создающий условия, когда ткани перестают усваивать кислород. Накопление углекислоты в крови плода вызывает раздражение дыхательного центра, что приводит к внутриутробным дыхательным движениям плода и аспирации околоплодных вод.

**АТОНИЯ МАТКИ** — состояние матки, при котором миометрий полностью теряет способность сокращаться. Причины: аномалии расположения плаценты, задержка в полости матки частей последа, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, воспалительные заболевания матки, миома матки, многоплодие, крупный плод, изменения в плаценте деструктивного характера, гестозы, экстрагенитальная патология.

Предрасполагающие факторы: стремительное течение родов, быстрое извлечение плода при акушерских операциях, чрезмерно активное ведение третьего периода родов и др.

Сразу после рождения последа матка теряет способность сокращаться. Матка атонична, не реагирует на механические, температурные и медикаментозные раздражители. Кровотечение с первых минут профузное, быстро приводит родильницу в шоковое состояние.

**АТРЕЗИЯ** — недоразвитие, возникшее вторично, чаще вследствие воспалительного процесса, перенесенного внутриутробно.

- **влагалища** — полное или частичное заращение в. вследствие воспалительного процесса в период внутриутробного развития. Иногда во в. за девственной плевой образуется перегородка различной протяженности и направления (продольная или поперечная).
- **вульвы, девственной плевы** — полное отсутствие отверстия.
- **маточной трубы** — полное или частичное заращение м.т. вследствие воспалительного процесса в период внутриутробного развития. Как самостоятельный порок практически не встречается.



## АТРОФИЯ

**АТРОФИЯ** — уменьшение размеров органа или ткани с нарушением (прекращением) их функции. Может быть общей и местной, физиологической (например, а. половых желез при старении) и патологической.

**АТТЕНУАЦИЯ** — потеря энергии ультразвуковой волны при прохождении через среду.

**АУТО...** — часть сложных слов, означающая: сам, свой.

**АУТОГЕМОТЕРАПИЯ** — внутримышечное или подкожное введение больному собственной крови, взятой из вены, с целью стимуляции защитных функций организма и улучшения процессов обмена веществ. Метод лечения вяло протекающих инфекционных и других заболеваний.

**АУТОТРАНСФУЗИЯ** — переливание крови, полученной из этого же организма.

**АФС-СИНДРОМ** — см. *Синдром антифосфолипидный.*

**АХОНДРОПЛАЗИЯ** — нарушение энхондрального остеогенеза длинных трубчатых костей; вариант хондродистрофии (у части больных найдена мутация [глицин замещен аргинином в позиции 380 рецептора фактора роста фибробластов 3] хромосомы 4, R с полной пенетрантностью; гомозиготы погибают в плодном периоде), приводящий к очевидной при рождении карликовости с короткими конечностями, но нормальным туловищем и относительной макроцефалией.

— плода — см. *Хондродистрофия.*

**АШЕРМАНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Ашермана.*

**АЭРОБЫ** — (греч.: аэро — воздух, bios — жизнь) организмы, для жизнедеятельности которых необходимо наличие в среде свободного кислорода. А. — почти все животные и растения, многие микроорганизмы. Облигатные (строгие) а. развиваются только в присутствии кислорода (например, уксуснокислые бактерии), факультативные (условные) а. — и при незначительной его концентрации (например, дрожжи).

## Б

**БАЗОФИЛИЗМ ГИПОФИЗАРНЫЙ** — см. *Болезнь Иценко—Кушинга.*

**БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ** — дисбактериоз, при котором резко уменьшено количество лактобацилл и среда влагали-

ща из слабокислой становится щелочной (рН более 4,5). Нарушается нормальный микробиоценоз влагалища, в щелочной среде создаются условия для размножения анаэробных бактерий и влагалище колонизируется микоплазмами, уреаплазмами, гарднереллами, и др. анаэробами. Развитию б.в. способствуют изменение гормонального статуса, применение гормональных средств, предшествующая антибактериальная терапия, снижение иммунологической реактивности, нарушение микробиоценоза кишечника, перенесенные воспалительные заболевания мочеполового тракта, частые спринцевания, особенно щелочными растворами, и др. Термин «вагиноз» подчеркивает отсутствие воспалительной реакции, в отличие от вагинита. Характерны жалобы на длительные и обильные выделения из влагалища. Количество лейкоцитов в мазке в пределах нормы. Отсутствуют клинические признаки воспаления слизистой оболочки влагалища. Установлена четкая связь б.в. с неблагоприятным исходом беременности (чаще преждевременные роды, родовое излитие околоплодных вод, воспалительные осложнения); на фоне б.в. увеличивается риск реализации заражения венерическими заболеваниями и активации латентной вирусной инфекции.

**БАКТЕРИЕМИЯ** — присутствие в крови бактерий. Характерна для острого периода многих инфекционных болезней.

**БАКТЕРИУРИЯ** (бациллурия) — наличие бактерий в моче.

**БАРДЕ—БИДЛА СИНДРОМ** — см. *Синдром Барде—Бидла*.

**БАРТОЛИНИЕВА ЖЕЛЕЗА** — см. *Железа преддверия большая*.

— **вскрытие** — показанием к операции является абсцесс бартолиниевой железы.

Этапы операции:

1. Обработки операционного поля.
2. Адекватное обезболивание.
3. Продольный разрез абсцесса параллельно малой половой губе со стороны слизистой.
4. Опорожнения абсцесса и забор содержимого на микрофлору, бакпосев.
5. Промывание полости антисептиком и дренаж марлевой полоской или резинкой.
6. Ежедневная обработка раны в послеоперационном периоде.

— **удаление** — показания: рецидивирующие абсцессы бартолиниевой железы, наличие незаживающего свищевого

## БАРТОЛИНИТ

хода после вскрытия абсцесса, киста бартолиниевой железы. Этапы операции:

1. Обработка операционного поля.
2. Адекватное обезбоживание.
3. Овальный разрез над кистой снаружи от малой половой губы на коже или внутри от нее на слизистой.
4. Вылущивание кисты и удаление ее вместе с выводным протоком.
5. Зашивание ложа кисты погружными швами.
6. Наложение на кожу косметического внутрикожного шва (непрерывного шва при разрезе со стороны слизистой)

Возможно дренирование раны. На всех этапах операции используется рассасывающийся шовный материал.

**БАРТОЛИНИТ** — воспаление большой железы преддверия влагалища (бартолиниевой железы). По имени датского ученого Бартолина — С. Bartholin.

**БАРЬЕР ПЛАЦЕНТАРНЫЙ** — см. *Плацентарный барьер.*

**БАЦИЛЛУРИЯ** — см. *Бактериурия.*

**БЕЗОПАСНЫЙ ДОКТОР** — высококвалифицированное консультирование, безопасный выбор врачебной тактики (безопасное назначение), разумное и своевременное наблюдение каждого конкретного пациента.

**БЕЗОПАСНЫЙ ПАЦИЕНТ** — здоровый, морально и социально благополучный человек, образовательный уровень которого позволяет все это сохранить.

**БЕРЕМЕННОСТЬ** (гестация) — физиологический процесс, определяющий состояние женщины в период между оплодотворением и родами и при котором из оплодотворенной клетки развивается плод в результате многочисленных, сложных изменений в организме, создающих условия для внутриутробного развития плода и подготавливающих органы женщины к родовому акту и грудному вскармливанию новорожденного.

— **брюшная** — см. *Б. эктопическая абдоминальная.*

— **внематочная** — см. *Б. эктопическая.*

— **вторичная** — брюшная б., когда прикрепление плодного яйца в брюшной полости происходит после изгнания его из маточной трубы.

— **доношенная** — б., продолжающаяся в среднем 40 недель, считая с первого дня последней менструации.

- **ложная** — патологическое состояние женщины, возникающее при ложном представлении о наличии у нее беременности; характеризуется прекращением менструаций, увеличением живота, ощущением движений плода.
- **многоплодная** — б. с развитием двух или более эмбрионов (плодов); может возникать в результате оплодотворения двух и более одновременно созревших яйцеклеток, а также при развитии двух и более эмбрионов из одной оплодотворенной яйцеклетки (полиэмбриония); возникает при аномалиях развития матки (раздвоение матки), после стимуляции овуляции, имеет значение наследственности. Вероятность прямопропорциональна возрасту женщины: частота dizygотной двойни 3:1000 живорожденных у женщин в возрасте до 21 года и 14:1000 — в возрасте 35—40 лет. В первом триместре в полости матки определяют несколько плодных яиц, содержащих по эмбриону; после 10 недель — амниотическую оболочку, отделяющую один плод от другого; до 15 % беременностей двойней заканчиваются гибелью плода в I триместре; расхождение между количеством беременностей двойней, диагностированных на раннем сроке, и количеством рожденных близнецов — синдром исчезновения двойни. Различают одно- и двуяйцевые двойни (в первом случае была оплодотворена одна яйцеклетка, во втором — две). Однояйцевые близнецы всегда однополы и имеют одинаковые группы крови; двуяйцевые близнецы могут быть как однополыми, так и разнополыми и иметь как одинаковые, так и различные группы крови. Возможны следующие осложнения: слабость родовой деятельности, преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка плаценты второго плода (после рождения первого), запоздалый разрыв оболочек второго плода, аномалии положения или предлежания плода, гипотоническое кровотечение и др.
- **недоношенная** — б., закончившаяся через 28—37 недель преждевременным рождением жизнеспособного плода.
- **несовместная** — см. б. *эктопическая*.
- **переношенная** — продолжение беременности более 41—42 нед. Различают истинное перенашивание (патологическое состояние) и мнимое перенашивание. В акушерской практике наибольшее значение имеет истинное пе-

ренашивание, частота которого составляет 10%. Причины перенашивания изучены недостаточно. К ним относят функциональные изменения ЦНС, эндокринные нарушения, снижение возбудимости матки, патологические изменения плода и др.

- **прогрессирующая** — см. *Б. эктопическая трубная*.
- **эктопическая** (внематочная, несвоеместная) — имплантация плодного яйца вне полости матки. В зависимости от локализации имплантации различают следующие ее формы: трубная, абдоминальная (брюшная), яичниковая, другие редкие формы (шеечная, комбинированная, в рудиментарном роге матки, внутрисвязочная, в брыжейке матки, неуточненная); имплантация плодного яйца вне полости матки может происходить вследствие нарушения транспортной функции маточных труб и/или в связи с изменением свойств (например, чрезмерная биологическая активность) самого плодного яйца.  
Эхографические признаки эктопической б.: отсутствие плодного яйца в полости матки; тонкие линейные контуры эндометрия, характерные для небеременной женщины; матка нормальных размеров или незначительно увеличена; скопление жидкости круглой или овальной формы с эхогенными краями (ложное плодное яйцо), представляющее собой кровь, окруженную децидуальной тканью; объемное образование в яичнике или маточной трубе; свободная жидкость в позадиматочном пространстве, если разрыв маточной трубы произошел недавно.
- **абдоминальная** (брюшная) — одна из форм эктопической б. — имплантация и развитие яйцеклетки (в 0,1–0,9% случаях) в брюшной полости, чаще вторично после раннего трубного аборта; может встречаться в двух вариантах: первичная и вторичная.
- **ампулярная** — трубная б., располагающаяся в средней (ампулярной) части маточной трубы.
- **в маточном роге** — одна из редких форм эктопической б. — имплантация и развитие яйцеклетки в рудиментарном роге матки, часто несообщающимся с полостью матки и влагалищем; обычно заканчивается разрывом плодовместилища.
- **внутрисвязочная** — одна из редких форм эктопической б., развивающейся между маточными связками.

- **интерстициальная** — развитие оплодотворенной яйцеклетки (в 0,4–2,1 % случаев) в маточной части фаллопиевой трубы.
- **интрамуральная** — см. *Б. интерстициальная*.
- **комбинированная** — одна из редких форм эктопической б., сочетающей маточную и эктопическую б.
- **трубная** — одна из форм эктопической б.— развитие оплодотворенной яйцеклетки в маточной трубе; может встречаться в трех вариантах: ампулярная; истмическая; интерстициальная. На долю ампулярной и истмической локализаций приходится 93–98,5% случаев трубной беременности.

Чаще всего причиной служат воспалительные изменения маточных труб. Наряду с этим большую роль играют инфантилизм и различные эндокринные расстройства, изменяющие перистальтику труб.

Может окончиться трубным абортom, когда плодное яйцо выталкивается через ампулярный конец трубы, или разрывом трубы вследствие ее прорастания ворсинами хориона.

Прогрессирующая трубная беременность вначале протекает бессимптомно. У больной все признаки, как при маточной беременности (задержка менструации, тошнота и рвота по утрам, синюшность влагалища и шейки матки, увеличение матки). Обычно на этой стадии ее и принимают за маточную. Но уже в течение первых недель, чаще между 4-й и 6-й неделями, беременность нарушается. О происшедшем разрыве трубы свидетельствует характерная клиническая картина: внезапно появляется резкая режущая боль в нижней части живота с иррадиацией вверх или вниз в область наружных половых органов или прямую кишку, головокружение, обморочное состояние, бледность кожных покровов, снижается артериальное давление, пульс — учащенный и слабый. Кровянистые выделения из половых путей могут отсутствовать, т.к. децидуальная оболочка не успевает отслоиться от стенок матки. Нарушение по типу трубного аборта может протекать длительно и иметь самую разнообразную клинику. Обычно на фоне небольшой задержки менструации у больной наблюдаются схваткообразные боли внизу

живота, чувство общей слабости, головокружение, появление холодного пота, тошнота. Через несколько дней появляются темно-кровянистые мажущие выделения из половых путей. Эти симптомы носят периодический характер. Температура тела обычно нормальная или несколько повышенная. При значительном внутреннем кровотечении симптомы аналогичны таковым при разрыве трубы.

- **тубо-абдоминальная** — развитие эктопической б. частично в трубе, частично в брюшной полости.
- **тубо-овариальная** — развитие яйцеклетки на фимбриальном конце трубы и яичнике.
- **шеечная** — одна из редких форм эктопической б.: имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки в цервикальном канале, прикрепление и развитие плодного яйца происходит в канале шейки матки, между внутренним и наружным зевом. Причины аномалии — частые искусственные аборты, повторные диагностические выскабливания, воспаление слизистой оболочки матки, недоразвитие матки, опухоли, рубцовые изменения в области внутреннего зева.

Основной признак — кровотечение, появляющееся в первой или второй половине беременности. Возникает из-за отслойки плаценты или нарушения целостности истонченных сосудов шейки матки. В значительном большинстве случаев беременность прерывается в первой ее половине. При постановке диагноза учитывают отсутствие менструаций, наличие других признаков беременности, результаты влагалищного исследования, применяют ультразвуковое исследование.

- **яичниковая** — одна из форм эктопической б.: имплантация и развитие (в 0,4—1,3%) оплодотворенной яйцеклетки или на поверхности яичника, или внутри яичникового фолликула. Прерывание сопровождается кровотечением различной степени выраженности. Характерно: интактная маточная труба, плодovместилище, занимающее место яичника и имеющее связь с маткой посредством собственной связки яичника.

**БЕРНАРА—СУЛЬЕ СИНДРОМ** — см. *Синдром Бернара—Сулье*.

**БЕСПЛОДИЕ** — отсутствие беременности в течение одного года регулярной половой жизни без применения контрацеп-

ции. Причины: трубно-перитонеальные, мужские, эндокринные, маточные, шеечные, иммунологические, психогенные факторы, эндометриоз.

- **абсолютное женское** — б., когда возможность забеременеть полностью исключена в связи с отсутствием матки, яичников, маточных труб, некоторыми аномалиями развития половых органов.
- **вторичное** — б., при котором беременность в прошлом наступала (маточная или внематочная), но после этого отсутствует в течение одного года при регулярной половой жизни без использования контрацепции.
- **первичное** — б. в случае, если у женщины никогда не было беременности.

**БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ** — совокупность всех движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

**БИОПСИЯ** — (греч.: bios — жизнь, orsis — зрение, зрительное восприятие) прижизненное взятие тканей, органов или взвеси клеток для микроскопического исследования с диагностической целью, а также для изучения динамики патологического процесса и влияния на него лечебных мероприятий. В более широком смысле под биопсией понимают также процесс исследования биоптатов — прижизненно полученных участков тканей. В зависимости от способа взятия материала выделяют аспирационную, эксцизионную (инцизионную), пункционную и эндоскопическую биопсии.

- **аспираторная** — б. содержимого полых органов или полостей организма, осуществляемая путем аспирации через иглу шприца или с помощью специальных инструментов.
- **прицельная** — б., производимая под визуальным или рентгеноскопическим контролем с помощью специальных приспособлений.
- **пункционная** — б., при которой материал для исследования получают путем пункции.
- **эксцизионная** — б., осуществляемая путем иссечения кусочка ткани.

**БИОТОП** — участок с однотипными условиями среды, занятый биоценозом.

**БЛАСТОПАТИИ** — понятие, включающее нарушение гаметогенеза, а также все патологические процессы в свободной или фиксированной бластоцисте и при ее имплантации че-



## БЛАСТОЦИСТА

рез маточный эпителий в эндометрий (в течение первых 12—15 суток после оплодотворения). Развиваются под воздействием повреждающих факторов: алкоголь, химические вещества, радиация, инфекционные и экстрагенитальные заболевания матери.

**БЛАСТОЦИСТА** — зародыш млекопитающих (в т.ч. человека) в период дробления, имеющий пузыревидную форму.

**БЛИЗНЕЦЫ** — дети, родившиеся от одной беременности.

— **двуяйцевые** — б., развившиеся каждый из отдельной зиготы.

— **однойяйцевые** — б., развившиеся из одной зиготы.

— **сиамские** — б., соединенные между собой какой-либо частью тела вследствие аномального их развития.

— **соединенные** — см. *Б. сиамские.*

**БЛОКАДА НЕРВА** — см. *Анестезия проводниковая.*

**БЛУМА СИНДРОМ** — см. *Синдром Блума.*

**БОЛЕЗНЬ** — нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и морфологическими изменениями. Возникновение б. связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д. У человека б. выделяют в определенную нозологическую форму, если известны ее причины, патогенез, характерные изменения в органах.

— **Андерсен** — см. *Гликогеноз 4-го типа.*

— **варикозная нижних конечностей** — (лат.: varix, varicis — вздутие на венах) заболевание, развивающееся при стойком расширении и удлинении вен, вследствие грубых патологических изменений их стенок и клапанного аппарата. Появление расширенных вен у беременных связано с гормональными изменениями (недостаточным содержанием в организме эстрогенов, увеличением уровня прогестерона и релаксина, оказывающих расслабляющее действие на мышечную стенку вен, угнетением прогестерона выработки гормонов задней доли гипофиза, тонизирующих гладкие мышечные волокна), увеличение массы циркулирующей крови, замедление кровотока в нижних конечностях, повышение венозного давления, высокой нагрузкой на нижние конечности. Характерно: неравномерное увеличение просвета и длины вен, их извитость, образование узлов в участках истончения венозной стенки. Возможно поражение подкожных вен нижних конечностей,

наружных половых органов, влагалища, прямой кишки, органов малого таза и др. и связанные с этим жалобы: боли, быстрая утомляемость при ходьбе, тяжесть в ногах, отеки, ощущения распирания в области половых органов. Диагноз основывается на данных анамнеза, клинической картины, результатов гемодинамических функциональных проб, комплексного ультразвукового исследования.

— **Виллебранда** — наследственная болезнь, характеризующаяся резко увеличенным временем кровотечения и дефицитом содержания фактора VIII свертывания крови при нормальном количестве тромбоцитов и неизменной ретракции кровяного сгустка. Болезнь обусловлена нарушением синтеза в эндотелии или аномалиями крупномолекулярного белкового кофактора VIII фактора свертывания крови, обозначаемого как фактор Виллебранда (одна из субъединиц молекулы фактора VIII, участвующей в процессе адгезии и агрегации тромбоцитов). Болезнь наследуется по аутосомному типу. Болеют лица обо-его пола, но у женщин в связи с меноррагиями часто протекает более тяжело. Различают несколько форм болезни Виллебранда, связанных с нарушением синтеза или структуры фактора Виллебранда, его распределением между плазмой крови и тромбоцитами. При дефиците фактора Виллебранда нарушается как коагуляционная активность VIII фактора свертывания крови, так и сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, в частности адгезия тромбоцитов к субэндотелию и коллагену, агрегация их под влиянием ристомидина. В связи с этим у больных наряду с нарушением свертываемости крови часто выявляют значительное удлинение времени кровотечения, снижение адгезивности тромбоцитов и их ристомидин-агглютинации (отмытые нормальные, свежие или формализированные тромбоциты слабо агглютинируют при смешивании с плазмой крови больного и ристомидином). Указанную методику используют для количественного определения фактора Виллебранда. Его можно выявить и при иммунологическом исследовании — по содержанию сцепленного с фактором Виллебранда антигена со специфической антисывороткой. Количество, морфология и агрегационная функция тромбоцитов при болезни Виллебранда остаются нормальными. Клиническая картина характеризуется

преобладанием петехиально-пятнистой кровоточивости, иногда обильными носовыми и маточными кровотечениями. В наиболее тяжелых случаях у больных возникают большие кровополтеки и гематомы. Во время беременности у женщин с болезнью Виллебранда, выраженность геморрагических нарушений, как правило, коррелирует со степенью дефицита фактора VIII. Риск кровотечения в родах высокий. Диагноз устанавливают на основании нарушений коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, нарушения ристомин-агглютинации тромбоцитов и снижения содержания фактора Виллебранда в плазме и/или в тромбоцитах.

— Галла — см. *Гипертиреоз*.

— **гемолитическая новорожденных (ГБН)** — заболевание, возникающее в результате несовместимости крови матери и ребенка по некоторым антигенам. Чаще развивается в результате резус-конфликта или конфликта по системе АВ0. Не всегда существует прямая зависимость между степенью сенсибилизации матери и тяжестью гемолитической болезни ребенка. На степень выраженности иммунного конфликта влияет наличие у матери экстрагенитальной патологии, эндокринной патологии, гестоза. Варианты течения: гемолитическая анемия (г.а.) без желтухи и водянки (анемическая форма) — связана с подавлением функции костного мозга. С первых часов жизни проявляется бледностью кожных покровов, гиподинамией, увеличением печени и селезенки, снижением уровня гемоглобина в крови; г.а с желтухой (желтушная форма) — проявляется ранним появлением желтухи, увеличением размеров печени и селезенки, часто анемией; г.а с желтухой и водянкой (отечная форма) — наиболее тяжелая форма болезни, проявляется общим отеком, увеличением селезенки и печени. Практически все полости заполнены жидкостью. Незначительно выражена желтуха. Часто заканчивается внутриутробной гибелью плода. Тяжелое осложнение ГБН — билирубиновая энцефалопатия, связана с токсическим повреждением нейронов непрямим билирубином.

Диагностика: пробы Кумбса (прямая и непрямая), фетометрия и плацентометрия (УЗИ), исследование околоплодных вод (амниоцентез).

- **гестационная трофобластическая** — заболевание, сопровождающееся развитием опухоли, происходящей из элементов трофобласта; включает пузырьный занос, деструктурирующий пузырьный занос и хорионэпителиому (хорионкарциному). В основе болезни — пролиферативные изменения тканей хориона, что приводит к повышенному выделению хорионического гонадотропина.
- **Гирса** — см. *Гликогеноз 6-го типа*.
- **гликогеновая** — см. *Гликогенозы*.
- **Иценко—Кушинга** (гипофизарный базофилизм) — нейроэндокринное заболевание, вызываемое постоянной избыточной продукцией адренокортикотропного гормона гипофизом и глюкокортикоидных гормонов корой надпочечников. Болеют преимущественно женщины репродуктивного возраста. Патогенез связан с нарушениями регуляторных механизмов контроля функции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы: уменьшается чувствительность гипоталамо-гипофизарной системы к ингибирующему влиянию кортизола, что приводит к повышению секреции АКТГ и кортизола. Нередко обнаруживают гиперплазию или гормонально-активные аденомы гипофиза, вырабатывающие АКТГ и сходные с ним по структуре пептиды. Надпочечники увеличены, выявляется диффузная гиперплазия коры, преимущественно ее пучковой зоны. Характерно: развитие стероидного диабета (усиление процессов глюконеогенеза, резистентность к инсулину), мышечной слабости (гипокалиемия), метаболического алкалоза, нарушения в системе иммунитета, артериальной гипертензии, остеопороз, нарушение менструального цикла. Внешне: избыточное отложение жира в области шеи, живота, туловища, в области верхних грудных позвонков, лунообразное лицо, стрии, трофические изменения кожи, гипертрихоз. Лабораторно: повышение суточной секреции 17-оксикортикостероидов, 17-кетостероидов, повышение концентрации кортизола и АКТГ в крови, нарушения ритмичности их суточной секреции. Остеопороз поясничных позвонков сопровождается уплощением и деформацией их тел («рыбьи позвонки»).
- **Киммельштилга—Уилсона** (интеркапиллярный, диабетический гломерулосклероз) — осложнение диабета в виде

отложения гиалина в почечных клубочках. Характерны отеки почечного типа, альбуминурия, гипертензия.

- **кленового сиропа** (валинолейцинурия) — наследуемый дефект окислительного декарбоксилирования метаболитов лейцина, изолейцина и валина; накопление метаболитов в крови и выделение их с мочой (характерный запах кленового сиропа); отставание в физическом и психическом развитии.
- **Кори** — см. *Гликогеноз 3-го типа.*
- **курчавых волос** (Менкеса синдром, трихополиодистрофия) — врожденный фатальный дефект метаболизма меди. Характерны слабо пигментированные редкие выпадающие курчавые волосы, судороги, физическая и умственная отсталость, прогрессирующее поражение мозга. Наследуется по рецессивному сцепленному с X-хромосомой типу.
- **Лобштейна** — см. *Остеогенез поздний.*
- **Мак-Ардла—Шмида—Пирсона** — см. *Гликогеноз 5-го типа.*
- **Помпе** — см. *Гликогеноз 2-го типа.*
- **Симмондса** (кахексия гипофизарная, пангипопитуитаризм) — первичная гипофизарная недостаточность, обусловленная гипо- или атрофией передней доли гипофиза (или недостаточностью гипоталамических либеринов), ее травмой, сосудистыми поражениями или опухолью; клинически характеризуется астенией, резким снижением массы тела, потерей волос и артериальной гипертензией; проявляется недостаточностью щитовидной, половых желез, коры надпочечников.
- **склерокистозных яичников** — см. *Синдром поликистозных яичников.*
- **Таруи** — см. *Гликогеноз 8-го типа.*
- **Томсона** — см. *Гликогеноз 7-го типа.*
- **трофобластическая** — см. *б. гестационная трофобластическая.*
- **Форбса** — см. *Гликогеноз 3-го типа.*
- **Фролика** — см. *Остеогенез врожденный.*
- **Хага** — см. *Гликогеноз 9-го типа.*

**БОЛЬ** — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или предполагаемым повреждением тканей, и одновременно реакция организма, мобилизующая различные функциональные системы для его защиты от воздействия патогенного фактора.

**БОЛЬШОЙ ТАЗ** — см. *Таз женский большой.*

**БОЛЯЧКА ПРОСТУДНАЯ** — см. *Герпес простой.*

**БОРОДАВКА ОСТРОКОНЕЧНАЯ** — см. *Кондилома остроконечная.*

**БУЛЕМИЯ** («волчий» голод) — (греч.: bus — бык, limos — голод) патологическое, резко усиленное чувство голода, нередко сопровождающееся общей слабостью и болями в животе; наблюдается при гиперинсулинизме, поражениях головного мозга.

**БЮРГЕРА—ГРЮТЦА СИНДРОМ** — см. *Синдром Бюргера—Грютца.*

## В

**ВАГИНИТ** — см. *Кольпит.*

**ВАГИНОТОМИЯ** (кольпотомия) — хирургическая операция рассечения влагалища.

**ВАЗОПРЕССИН** (антидиуретический гормон, АДГ) — пептидный гормон, уменьшающий образование мочи путем увеличения реабсорбции воды в почечных канальцах; секретируется в клетках супраоптического и паравентрикулярного ядер гипоталамуса и транспортируется в заднюю долю гипофиза. Выделяется в ответ на снижение ОЦК или увеличение концентрации натрия и других веществ плазмы, а также при боли, стрессе, действии определенных лекарственных средств; стимулируют выделение АДГ: ацетилхолин, метахолин, никотин, большие дозы барбитуратов, анестетиков, адреналина и норадреналина; ингибируют синтез АДГ: этанол и фенитоин.

**ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОР** — аппарат для искусственного родоразрешения путем извлечения плода за головку при помощи наложенного на нее колпачка, удерживаемого разрежением воздуха, которое создается вакуумным насосом.

— **Мальмстрема** — в.-э., состоящий из набора металлических чашечек округлой формы (для наложения на головку плода), соединенных с вакуумным насосом при помощи резиновой трубки и вакуумметра.

**ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ** — родоразрешающая операция, при которой плод искусственно извлекают через естествен-

## ВАЛИНОЛЕЙЦИНУРИЯ

ные родовые пути за головку с помощью специального аппарата вакуум-экстрактора, путем создания отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечки аппарата и головки плода. «В.-э. — операция, производимая тогда, когда время для кесарева сечения уже прошло, а для акушерских щипцов еще не наступило». Операция требует активного участия роженицы при тракциях плода за головку. Показания: слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии; начавшаяся гипоксия плода. Противопоказания: разгибательные предлежания головки; выраженная недоношенность плода; несоответствие между размерами таза и головкой плода; гестозы; заболевания роженицы, требующие выключения потуг (гипертоническая болезнь, тяжелые заболевания легких, высокая степень миопии и др.). Условия для в.-э.: живой доношенный плод, полное раскрытие маточного зева, расположение головки в малом тазу, затылочное предлежание плода, соответствие между размерами таза и головкой плода, отсутствие плодного пузыря. Этапы операции:

1. Введение чашечки и размещение ее на головке.
2. Создание отрицательного давления.
3. Влечение плода за головку синхронно с потугами в направлении соответствующем биомеханизму родов.
4. Снятие чашечки.

**ВАЛИНОЛЕЙЦИНУРИЯ** — см. *Болезнь кленового сиропа.*

**ВАПОРИЗАЦИЯ** — прижигание тканей (водяным паром, лучом лазера).

**ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ БАЗАЛЬНОГО РИТМА** (мгновенные осцилляции) — частота и амплитуда мгновенных изменений ЧСС плода по данным кардиотокографии.

Типы в.б.р.:

1. Немой (монотонный) ритм, характеризующийся низкой амплитудой — 0,5 уд/мин.
2. Слегка ундулирующий — 5–10 уд/мин.
3. Ундулирующий — 10–15 уд/мин.
4. Сальтаторный — 25–30 уд/мин.

**ВЕКОНОСОВАЯ СКЛАДКА** — см. *Эпикантус.*

**ВЕНА ПУПОЧНАЯ** — (*vena umbilicalis*) в., несущая артериальную кровь от плаценты к плоду; идет в составе пупочного канатика и функционирует только в плацентарном периоде кровообращения, одна из ее ветвей впадает в воротную в. пе-

чени, другая — в нижнюю полую в.; после рождения запускает и превращается в соединительнотканый тяж.

**ВЕНТРОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия*.

**ВИД ПЛОДА** — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки.

— **передний** — спинка плода обращена кпереди.

— **задний** — спинка плода обращена кзади.

**ВИРИЛИЗАЦИЯ** (андрогенизация, маскулинизация) — появление мужских черт у женщины, вызванное действием андрогенов.

**ВИРУС** — мельчайшие неклеточные частицы, состоящие из нуклеиновой кислоты (ДНК и РНК) и белковой оболочки. Размножаясь только в живых клетках, они используют их ферментативный аппарат и переключают клетку на синтез своих зрелых вирусных частиц — вирионов. Распространены повсеместно: вызывают болезни человека, животных и растений.

— **ВИЧ** — см. *В. иммунодефицита человека*.

— **гепатита А** — РНК-содержащий в. семейства Picornaviridae.

Инфекция передается фекально-оральным путем, возможен парентеральный механизм передачи. Установлена вертикальная передача инфекции, происходящая в момент родов. Пути заражения — естественный (водный, алиментарный, контактно-бытовой) и искусственный (через инструментарий, шприцы, при переливании крови). Восприимчивость абсолютная. Инкубационный период 7–50 дней. Продромальный период 5–7 дней, его варианты: гриппоподобный, астеновегетативный, диспепсический, смешанный. Характерно: симптомы интоксикации, иктеричность кожи, склер и слизистых оболочек, кожный зуд, темная моча, светлый кал. Часто гепатоспленомегалия, боли в правом подреберье. Серологически подтверждается повышением уровня трансаминаз. Беременность с легкими формами ВГА находится под амбулаторным наблюдением акушера-гинеколога и инфекциониста. Терратогенность ВГА не доказана. У беременных с ВГА часто наблюдаются преждевременные роды. Иммуитет пожизненный. Специфическая профилактика — вакцинация.

— **гепатита В** — ДНК-содержащий вирус семейства Hepadnaviridae. Источник инфекции: больные со всеми клини-



ческими формами. Механизм заражения парентеральный. Пути заражения — естественный (половой, вертикальный, горизонтальный) и искусственный (трансфузионный, инъекционный, при медицинских диагностических манипуляциях, при др. нарушениях целостности кожных покровов и слизистых). Возможно заражение через грудное молоко. Трансплацентарная передача наблюдается редко, заражение чаще всего происходит во время родов. Восприимчивость абсолютная. Инкубационный период 40—180 дней. Преджелтушный период 7—14 дней. Характерно: симптомы интоксикации и диспепсические проявления, иктеричность кожи, слизистых, склер, кожный зуд, темная моча, светлый кал, гепатоспленомегалия, боли в правом подреберье. Возможен артралгический вариант. Часто холестатические компоненты. Маркер ВГВ — HbsAg. При ВГВ отмечается повышенная частота преждевременных родов и самопроизвольных абортов. Течение ВГВ у новорожденных может быть бессимптомным, при этом возможно заражение других новорожденных. Иммунитет пожизненный. Специфическая профилактика — вакцинация.

- **гепатита С** — РНК-содержащий вирус семейства *Flaviviridae*. Источник инфекции — больные острой и хронической формами инфекций. Механизм заражения парентеральный. Пути заражения: (См. *В. гепатита В*). Характерна вертикальная передача в. Факторы риска: частая смена половых партнеров, внутривенные инъекции, большое количество родов в анамнезе, гемотрансфузии. Начало постепенное. Продромальный период может отсутствовать. Инкубационный период около 20 дней. Характерны диспепсический и астеновегетативный синдромы. Клиника скудная. Проявления желтухи, как правило, минимальны. В организме человека в. способен к быстрой мутации. Иммунитет не стойкий. Возможно повторное заражение.
- **гепатита D** — РНК-содержащий вирус. Находится в крови только в сочетании с в. гепатита В. Источник инфекции, механизм передачи и пути заражения аналогичны в. гепатиту В. При HBV / HDV-коинфекции (одновременное заражение в. гепатита В и в. гепатита D) чаще развивается острый гепатит. Инкубационный период 20—40 дней.

- Наблюдается интоксикационный синдром, полиморфная сыпь, артралгии, спленомегалия. При HBV / HDV-суперинфекции (заражение носителя в гепатита В в гепатита D) часто наблюдаются тяжелые, фульминантные формы с острым началом болезни, коротким продромальным периодом, тяжелым желтушным периодом, отечно — асцитическим и выраженным интоксикационным синдромами, выраженной гепатомегалией, многоволновым характером процесса. Диагноз ставится при обнаружении в сыворотке крови маркеров гепатитов В и D.
- **гепатита Е** — РНК-содержащий калициподобный вирус. Механизм заражения фекально-оральный. Инкубационный период 20—65 дней. Продолжительность продромального периода 5—6 дней. Начало постепенное, чаще по диспепсическому варианту. Выражен болевой синдром, артралгии, повышение температуры, гепатомегалия. ВГЕ во время беременности может приобретать злокачественное течение по фульминантному типу. Возможен ДВС-синдром, усиленный гемолиз, гемоглобинурия, острая почечная и печеночная недостаточность. Часто сопровождается самопроизвольным прерыванием беременности, кровотечениями. Высокая перинатальная смертность. Иммуни-тет не стойкий.
  - **гриппа** — РНК-содержащий ортомиксовирус, в составе присутствуют различные антигены. Источник инфекции — больной человек с явными или стертыми формами заболевания. Путь передачи — воздушно-капельный. В. обуславливает снижение иммунологической реактивности. При гриппе, протекающим у беременных, возможно поражение эмбриона и плода. Влияние инфекции обусловлено прямым действием возбудителя на плаценту и плод, нарушением маточно-плацентарного кровообращения с развитием гипоксии и гипотрофии плода. Возможно самопроизвольное прерывание беременности, аномалии развития плода, гибель плода.
  - **иммунодефицита человека (ВИЧ)** — цитопатогенный ретровирус, около 100 нм в диаметре, с липидной оболочкой и характерным плотным цилиндрическим нуклеоидом, содержащим белки и РНК. Источник инфекции — больные со всеми клиническими формами и вирусоносители, в крови у которых циркулирует в. В большом количестве

в. содержится в крови, сперме, вагинальном секрете, менструальных выделениях. Ведущее значение в передаче ВИЧ имеют половой, контактно — кровяной, трансплацентарный путь передачи в. Риск передачи ВИЧ детям от инфицированных матерей зависит от стадии заболевания и увеличивается при грудном вскармливании. Часто контактное заражение происходит в момент родов. У ВИЧ-инфицированных женщин возможны бессимптомное течение заболевания во время беременности, преждевременные роды, рождение плода с небольшой массой тела, развитие ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста.

- **краснухи** — РНК-содержащий в. семейства *Togaviridae*. Источник инфекции — больные клинически выраженной формой краснухи, лица, у которых краснуха протекает атипично (без сыпи), дети с врожденной краснухой. Вирус краснухи выделяется во внешнюю среду за неделю до появления сыпи и в течение недели после высыпания. Заражение происходит воздушно-капельным, трансплацентарным путем. Вирус обладает тропизмом к эмбриональной ткани. Поражение эмбриона вирусом к. может закончиться его гибелью (эмбриотоксический эффект) или возникновением врожденных пороков сердца, глухоты, катаракты, микрофтальмии, хориоретинита и микроцефалии, врожденных уродств. Учитывая высокий риск возникновения эмбриопатий, в случае развития заболевания в первые три месяца беременности, необходимо ее прерывание. При беременности риск заражения к. существует в случае отсутствия в крови матери антител к антигену вируса к.

Мерой профилактики является иммунизация.

- **папилломы человека (ВПЧ)** — ДНК-содержащий в., семейства *Paraviridae*. Известно около ста серотипов данного в.; из которых 30 идентифицированы при поражениях половых органов и области заднего прохода. Риск злокачественного перерождения тканей связан с несколькими типами ВПЧ: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 и др., которые относятся к в. высокого онкогенного риска. К в. низкого онкогенного риска относятся типы: 6, 11, 42, 43, 44, которые часто являются причиной возникновения остроконечных кондилом влагалища, вульвы, шейки матки, кожи промежности, респираторного тракта. Источником

инфекции является человек с клиническими проявлениями, вирусоноситель. Пути заражения: половой, воздушно-капельный (пары воздуха, которые вдыхает врач при деструктивном лечении кондилом). Инкубационный период 1–12 месяцев. Симптомы, как правило, проявляются при снижении иммунной защиты организма. Присутствуя в макроорганизме, в. не всегда вызывают заболевания. Установлено транзиторное и постоянное носительство. Факторы заражения и проявления инфекции: авитаминоз, гормональные и иммунные нарушения, бактериальный вагиноз. Клинические проявления — генитальные кондиломы, кондиломатозные цервициты и кольпиты. Для субклинической формы характерно отсутствие симптомов. Диагностика основана на кольпоскопических и / или морфологических изменениях тканей. Латентная форма не диагностируется, но ВПЧ можно выявить методом ПЦР.

— **простого герпеса (ВПГ)** — ДНК-содержащий в. семейства Herpesviridae. По антигенной структуре подразделяются на два типа. В. 1-го типа обуславливает преимущественное поражение респираторных органов, в. 2-го типа — поражение гениталий и генерализованную инфекцию новорожденных. Источник инфекции — человек. Возбудитель передается воздушно-капельным, половым путем, контактным. Возможна трансплацентарная передача в. Особенность герпетической инфекции: пожизненное носительство в организме, рецидивирующий характер, прогрессирующее течение заболевания (появление тяжелых клинических симптомов с увеличением длительности заболевания, вовлечение в инфекционный процесс различных органов и систем).

— **ВПГ 1-го типа** — возбудитель простого герпеса человека, вызывающий острый стоматит и герпетические высыпания, в основном на наружной поверхности губ и ноздрей; вызывает также герпетическую экзему и герпетический гингивостоматит, кератоконъюнктивит и менингоэнцефалит.

— **ВПГ 2-го типа** — возбудитель герпеса половых органов и герпеса новорожденных. В. сохраняется на протяжении всей жизни в нервных ганглиях. Входными воротами инфекции могут быть кожа, слизистая по-

лости рта, красная кайма губ, конъюнктива, половые органы, где появляются типичные пузырьковые высыпания и через которые в. проникает в кровяное русло и лимфатическую систему. Первичная инфекция может протекать в виде острого некротического цервицита. Характерно: двухстороннее распространение полиморфной сыпи на наружных половых органах, частое вовлечение в процесс шейки матки и уретры, явления кольпита и дизурии, боли внизу живота, увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов, умеренное повышение температуры, слабость, миалгии. Возможно бессимптомное течение заболевания. Идентификация в. — обнаружение ДНК и антигена ВПГ.

Поражение плаценты и плода при герпетической инфекции могут возникать на любом сроке гестации и приводить к формированию врожденных пороков развития, антенатальной гибели плода, преждевременным родам, рождению больных детей с поражением кожи, глаз, ЦНС, внутренних органов.

- **цитомегаловирус (ЦМВ)** — ДНК-содержащий в. Резервуар — человек. Из зараженного организма в. выделяется с мочой, слюной и слезной жидкостью. Факторы передачи: кровь, грудное молоко, вагинальный и цервикальный секрет, сперма. Основным источником заражения детей являются матери — носители ЦМВ. Внутриутробное инфицирование плода может произойти на любых сроках гестации. Трансплацентарному гематогенному заражению плода способствует реактивация ЦМВ у беременных и недостаточная барьерная функция плаценты. Плод может аспирировать инфицированные ЦМВ околоплодные воды, возможно проникновение в. через поврежденные кожные покровы плода. Инфицирование плода часто сопровождается самопроизвольным абортom, нарушениями органогенеза, неразвивающейся беременностью, антенатальной гибелью плода, поздними осложнениями выживших детей. У женщин можно заподозрить латентно протекающую ЦМВ при повторных невынашиваниях беременности и рождении мертвых детей. Диагноз ставится на основании цитологического и вирусологического исследований. Выделение ЦМВ из организма беременной не означает наличия острого заболевания.

Имеет значение мониторинг IgM, концентрации суммарных противоигомегаловирусных антител. Часто формируется бессимптомное вирусоносительство или субклиническая хроническая инфекция.

**ВИСЦЕРОПТОЗ** — см. *Спланхноптоз*.

**ВИТИЛИГО** — образование белых (депигментированных) пятен на неизменной коже. Может быть симптомом нервно-эндокринных расстройств. Во многих случаях причина неясна.

**ВЛАГАЛИЩЕ** — растяжимый фиброзно-мышечный орган длиной 7–9 см, начинающийся от входа во влагалище (*introitus vaginae*) и оканчивающийся сводом влагалища.

Стенка влагалища состоит из трех оболочек:

а) слизистая оболочка. Представлена многослойным плоским эпителием и собственным слоем. Многослойный плоский эпителий изнутри кнаружи состоит из базальных, промежуточных и поверхностных клеток. За счет базальных (ростковых) клеток происходит постоянная регенерация пласта эпителия. Эпителий подвергается частичному ороговению (поверхностные клетки содержат гранулы кератогиалина). В пролиферативную фазу менструального цикла в эпителии накапливается значительное количество гликогена. Гликоген используется влагалищной микрофлорой, а образующаяся при этом молочная кислота препятствует размножению патогенных микроорганизмов. Собственный слой: в волокнистой соединительной ткани собственного слоя присутствуют лимфоциты, зернистые лейкоциты, иногда обнаруживаются лимфатические фолликулы;

б) мышечная оболочка состоит из двух слоев гладкомышечных клеток. Внутренний (тонкий) слой ориентирован циркулярно. Наружный (толстый) слой образован продольными пучками;

в) адвентициальная оболочка образована волокнистой соединительной тканью и соединяет влагалище с окружающими структурами.

**ВНУТРИУТРОБНАЯ ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА** — см.

*Синдром внутриутробной задержки развития плода.*

**ВОДЫ ОКОЛОПЛОДНЫЕ** (амниотическая жидкость) — жидкая биологически активная среда, окружающая плод и обеспечивающая наряду с другими факторами его нормальную жизнедеятельность. В.о. секретируются амнионом, частично пополняются пропотевающей из кровеносных сосу-

## ВОДЯНКА

дов беременной жидкостью и мочой плода. Одновременно происходит их резорбция. В.о. сменяются примерно за 3 ч. В последние недели беременности объем 0,5–2 л. Цвет прозрачный или слегка мутноватый. В в.о. обнаруживают чешуйки эпидермиса, частички первородной смазки и пушковые волосы плода. В состав входят белки, липиды, углеводы, микроэлементы, гормоны, ферменты, иммуноглобулины, групповые антигены, соответствующие группе крови плода, вещества, действующие на свертывание крови, и др. В.о. обеспечивают свободные движения плода, защищают его от неблагоприятных внешних воздействий, предохраняют пуповину от сдавления между стенкой матки и телом плода, участвуют в обмене веществ плода. Во время родов нижний полюс плодного пузыря, заполненный в.о., способствует нормальному раскрытию шейки матки. При полном или почти полном раскрытии шейки матки на высоте одной из схваток плодные оболочки разрываются и передние в.о., расположенные ниже пояса соприкосновения (области соприкосновения предлежащей части плода с нижним сегментом матки), изливаются. Задние в.о., находящиеся выше пояса соприкосновения, изливаются при рождении плода. Возможно несвоевременное излитие в.о.: преждевременное, или родовое, и раннее — до полного раскрытия шейки матки. В ряде случаев в.о. после полного раскрытия шейки матки не изливаются, что связано с чрезмерной плотностью плодных оболочек или с малым количеством вод.

## ВОДЯНКА

- **беременных** — одна из форм гестоза; характеризуется появлением во второй половине беременности отеков (не связанных с заболеваниями сердца и почек), отрицательным диурезом, значительным нарастанием массы тела (более 300 г в неделю). В моче патологические элементы отсутствуют, АД не повышено, течение кратковременное или длительное. У некоторых беременных заболевание прогрессирует и переходит в нефропатию. Диагноз основывается на обнаружении во второй половине беременности отеков, не связанных с экстрагенитальными заболеваниями. Скрытые отеки обнаруживаются при систематическом взвешивании беременной в женской консультации (1 раз в 2 нед), пробой Макклора и Олдрича (см).
- **головного мозга** — см. *Гидроцефалия*.

**ВОЗРАСТ** — различают в хронологический (паспортный, или календарный) период от рождения до момента исчисления и в биологический, характеризующий биологическое состояние организма на данный момент времени. Последний определяется совокупностью необратимых обменных, структурных и функциональных, в т.ч. приспособительных, изменений в организме. Такие изменения используются в качестве критериев возрастной периодизации жизни человека. Биологический в. может не соответствовать хронологическому. Применительно к человеку возрастные периоды — это те сроки, на протяжении которых совершаются определенные морфологические и функциональные сдвиги в отдельных тканях, органах и всем организме.

— **гестационный** — в. плода, исчисляемый с момента оплодотворения (обычно рассчитывают от первого дня последней менструации); ожидаемая масса плода при гестационном возрасте (недели) 24 недели — 700 г, 26 — 900 г, 28 — 1100 г, 30 — 1400 г, 32 — 1600 г, 34 — 2100 г, 36 — 2600 г, 38 — 3000 г.

— **костный** — в., соответствующий состоянию костной системы; определяют с помощью рентгенографии; ориентиром служит средний срок формирования ядер окостенения.

**ВРЕЗЫВАНИЕ ГОЛОВКИ** — часть родового акта, когда под действием изгоняющих сил головка плода появляется из половой щели, а с окончанием потуги скрывается во влагалище.

**ВРЕМЯ ЧАСТИЧНОЕ ТРОМБОПЛАСТИНОВОЕ** — время, необходимое для образования в плазме сгустков фибрина после добавления растворов, содержащих кальций и фосфолипиды; используют для оценки внутреннего пути свертывания крови.

**ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА** — положение головки плода в родовых путях во время родов, при котором она пересекает (большим или малым сегментом) плоскость входа малого таза.

**ВУЛЬВА** — наружные половые органы женщины: большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия влагалища (бартолиновые железы), девственная плева.

**ВУЛЬВОВАГИНИТ** — воспаление вульвы и влагалища или вульвовагинальных желез.



## ВЫВОРОТ

- **кандидозный** — вызывают дрожжеподобные грибки рода *Candida*, характеризуется белым творожистым налетом на слизистой оболочке вульвы и влагалища; обычно возникает при снижении сопротивляемости организма или нерациональном применении антибиотиков.
- **трихомонадный** — вызывает вид *Trichomonas vaginalis*, характеризуется сильным зудом вульвы и пенистыми выделениями зеленоватого цвета из половых путей.

**ВЫВОРОТ МАТКИ** (эктропион) — смещение матки, при котором она частично или полностью выворачивается слизистой оболочкой кнаружи. Вначале в области дна матки образуется углубление (воронка выворота), в которое втягиваются маточные трубы, круглые и широкие связки матки, иногда яичники. Затем воронка выворота увеличивается, вывернутое тело матки может опускаться через канал шейки во влагалище. Если область дна матки не выходит за пределы наружного зева шейки матки, выворот называют неполным; при полном вывороте матка располагается во влагалище, иногда выходит за пределы половой щели. Чаще в.м. возникает при неправильном ведении послеродового периода — грубом выжимании неотделившегося последа при плохо сократившейся матке и широком открытии маточного зева, потягивании за пуповину с целью извлечения последа. В раннем послеродовом периоде в.м. может произойти самопроизвольно в результате резкого расслабления мускулатуры матки и повышения внутрибрюшного давления (например, при кашле, рвоте). Редко в.м. возникает при изгнании из полости матки опухоли на короткой нерастяжимой ножке (полип, подслизистая миома, саркома) — онкогенетический в.м.

**ВЫКИДЫШ** — самопроизвольное прерывание беременности.

- **несостоявшийся** — см. *Аборт несостоявшийся*.
- **привычный** — самопроизвольное прерывание беременности три раза подряд и более (см. *Аборт привычный*).

**ВЫСКАБЛИВАНИЕ** — (*abrasio*) в акушерстве и гинекологии: В акушерстве в. — операция удаления содержимого матки (плодного яйца или его остатков, неотделившихся частей плаценты) и децидуальной (отпадающей) оболочки матки. Выполняют с целью искусственного прерывания беременности (сроком до 12 нед.), при неполном аборте, а также

после прерывания беременности в поздние сроки и в послеродовом периоде при задержке в матке частей плаценты, маточном кровотечении.

**В гинекологии в.** — операция удаления слизистой оболочки канала шейки и тела матки. Выполняют с диагностической и лечебной целью (например, при полипах шейки матки, маточных кровотечениях, полипах эндометрия).

## Г

**ГАЛАКТОЗЕМИЯ** (галактозный диабет) — дефект метаболизма галактозы, обусловленный врожденной недостаточностью галактозил-1-фосфат-уридилтрансферазы, приводящий к накоплению в тканях галактозил-1-фосфата; характеризуется отставанием в умственном и физическом развитии, гепатоспленомегалией, катарактой, галактозурией, альбуминурией.

**ГАЛАКТОКИНЕЗ** — удаление молока из железы.

**ГАЛАКТОПОЭЗ** — поддержание секреции молока.

**ГАЛАКТОРЕЯ** — (греч.: galacto — молоко, rhoia — течение, истечение) патологическое самопроизвольное истечение молока из молочных желез вне связи с процессом кормления ребенка.

**ГАЛЬВАНОКАУСТИКА** — см. *Электрокаустика*.

**ГАЛЬВАНОТЕРМИЯ** — см. *Электрокаустика*.

**ГАМАРТОМА** — очаговый дефект развития, напоминающий опухоль; образуется при нарушениях морфогенеза, состоит из необычного сочетания тканевых элементов или непропорционально развитого какого-либо тканевого элемента; гамартомы развиваются и растут как нормальные компоненты и, следовательно, не приводят к сдавлению окружающих тканей.

**ГАМЕТОПАТИИ** — патологические состояния, возникающие в результате мутаций в половых клетках родителей ребенка или предков, а также вследствие повреждения гамет во время закладки, формирования и созревания половых клеток.

**ГАМЕТЫ** — зрелые половые клетки.

**ГАСТРОМУКОПРОТЕИД** — см. *Фактор внутренний*.

**ГАСТРОШИЗИС** — врожденный дефект мышц передней брюшной стенки, обычно с выпячиванием внутренних органов (но не в области пупочного кольца).

**ГАСТРУЛЯЦИЯ** — сложный процесс химических и морфологических изменений, сопровождающийся размножением, ростом, направленным перемещением и дифференцировкой клеток, в результате чего образуются зародышевые листки: наружный (эктодерма), средний (мезодерма), внутренний (энтодерма) — источники зачатков тканей и органов, комплекса осевых органов.

**ГЕМАГГЛЮТИНАЦИЯ** — агглютинация эритроцитов, которая может быть иммунной (специфические антитела или к антигенам самих эритроцитов, либо к другим антигенам, адсорбированных на эритроцитах) или неиммунной, например гемагглютинация, вызванная вирусами или другими микроорганизмами.

**ГЕМАТОКОЛЬПОС** — накопление менструальной крови во влагалище.

**ГЕМАТОКРИТ** — (греч.: haemato — кровь, kritos — отдельный, определенный) прибор для определения гематокритного числа.

**ГЕМАТОКРИТНОЕ ЧИСЛО** — отношение объема форменных элементов крови к объему плазмы; г.ч. дает представление об общем объеме эритроцитов, характеризует степень гемоконцентрации или гидремии.

**ГЕМАТОМА** — ограниченное скопление крови в тканях с образованием в них полости, содержащей жидкую или свернувшуюся кровь.

- **заматочная** (h. retrouterinum) — г. в прямокишечно-маточном углублении.
- **забрюшинная** (h. retroperitoneale) — г., локализованная в забрюшинной клетчатке.
- **родовая** (h. ad partum) — г., возникающая между стенкой матки и плацентой в последовом периоде неосложненных родов.
- **тазовая** (h. pelvinum) — г., локализованная в клетчатке малого таза.

**ГЕМАТОМЕТРА** — (греч.: haemo — кровь, metra — матка) скопление менструальной крови в полости матки, обусловленное нарушением ее оттока (например, при атрезии канала шейки матки).

**ГЕМО...** — часть сложных слов, означающая: принадлежащий, относящийся к крови (например, гемодиализ).

**ГЕМОГЛОБИН** — (haemo — кровь, лат.: globus — шар) красный дыхательный пигмент крови человека, позвоночных и некоторых беспозвоночных животных. Состоит из белка (глобина) и железопорфирина — гема. Переносит кислород от органов дыхания к тканям и диоксид углерода от тканей к дыхательным органам. Многие заболевания крови (анемии) связаны с нарушениями строения глобина, в том числе наследственными (гемоглобинопатии — серповидноклеточная анемия, талассемия и др.).

Дыхательный белок эритроцитов, состоящий из гема — 3,8% и глобина — 96,2%; транспортирует кислород в виде оксигемоглобина —  $\text{HbO}_2$  от легких к тканям, где кислород легко освобождается, а  $\text{HbO}_2$  восстанавливается до  $\text{Hb}$ ; существует пять типов нормального г.: эмбриональные  $\text{Hb}$  ( $\text{Hb Gower-1}$ ,  $\text{Hb Gower-2}$ ), фетальный ( $\text{HbF}$ ) и два типа дефинитивных  $\text{Hb}$  взрослого человека ( $\text{HbA}$ ,  $\text{HbA}_2$ );  $\text{Hb}$  — тетрамер, состоящий из двух  $\alpha$ -глобиновых цепей, содержащих 141 аминокислотный остаток, и двух цепей глобинов другого типа ( $\beta$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$  или  $\zeta$ ), состоящих из 146 аминокислотных остатков.

- **$\text{HbA}$**  — нормальный г. взрослых.
- **$\text{HbA}_2$**  — нормальный г. взрослых, составляет примерно 2,5% всего  $\text{Hb}$ , известно около 20 мутаций  $\delta$ -цепи.
- **$\text{HbC}$**  — аномальный г. с заменой лизина на глутаминовую кислоту в положении 6  $\beta$ -цепи, что понижает функциональные возможности и пластичность эритроцитов; у гомозигот формируются серповидно-клеточные эритроциты.
- **$\text{HbF}$**  — основной  $\text{Hb}$  эритроцитов внутриутробного периода, после рождения содержание резко уменьшается; содержание увеличено при некоторых гемоглобинопатиях, гипопластических и пернициозной анемиях, известно более 50 мутаций  $\gamma$ -цепи.
- **$\text{Hb Gower-1}$**  — минорный компонент эмбрионального  $\text{Hb}$ , найден на ранних этапах развития плода, замещается  $\text{Hb Gower-2}$ , позднее  $\text{HbF}$ ; синтез  $\zeta$ -цепи понижен при водянке плода.
- **$\text{Hb Gower-2}$**  — основной компонент эмбрионального  $\text{Hb}$ , найден на ранних этапах развития плода, к третьему месяцу плодного периода замещается  $\text{HbF}$ .

## ГЕМОГЛОБИНОЗ

- **HbM** — группа аномальных г., у которых замещение одной аминокислоты способствует образованию метгемоглобина (хотя активность метгемоглобин редуктазы нормальна), гетерозиготы имеют врожденную метгемоглобинемию, гомозиготы — летали.
- **HbS** — серповидно-клеточный Hb; аномальный Hb, мутация в положении 6  $\beta$ -цепи, у гетерозигот имеются серповидно-клеточные эритроциты (HbS от 20 до 45%, остальное — HbA, анемии нет), у гомозигот развивается серповидно-клеточная анемия (HbS — 75–100%, остальное — HbF или HbA<sub>2</sub>).
- **Барта** — гомотетрамер  $\gamma_4$ , встречающийся у раннего эмбриона и при  $\alpha$ -талассемии, неэффективен как переносчик кислорода (Bart — фамилия больного, у которого впервые он обнаружен).
- **гликозилированный** — связывает d-глюкозу, составляет менее 4% общего г. крови, содержание увеличено при сахарном диабете.

**ГЕМОГЛОБИНОЗ** — см. *Гемоглобинопатия*.

**ГЕМОГЛОБИНОПАТИЯ** (гемоглобиноз) — группа наследственных заболеваний (серповидноклеточная анемия, талассемия и др.), обусловленных присутствием в эритроцитах дефектных гемоглобинов. Основное проявление — гемолиз.

**ГЕМОГРАММА** — результаты количественного и качественного исследования крови.

**ГЕМОДИАЛИЗ** — (греч.: haemo — кровь, dialysis — отделение) метод лечения острой и хронической почечной недостаточности при помощи аппарата «искусственная почка».

**ГЕМОДИНАМИКА** — движение крови по сосудам, возникающее вследствие разности гидростатического давления в различных участках кровеносной системы (кровь движется из области высокого давления в область низкого). Зависит от сопротивления току крови стенок сосудов и вязкости самой крови. О гемодинамике судят по минутному объему крови.

**ГЕМОЛИЗ** — (греч.: haemo — кровь, lysis — разложение) разрушение эритроцитов крови с выделением гемоглобина. В норме гемолиз завершает жизненный цикл эритроцитов (около 125 суток) и происходит в организме человека и животных непрерывно. Патологический гемолиз происходит под влиянием гемолитических ядов, холода, некоторых ле-

карственных веществ (у чувствительных к ним людей) и других факторов.

**ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА** — см. *Желтуха гемолитическая*.

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК** — см. *Шок геморрагический*.

**ГЕМОРРАГИЯ** — (греч.: *haemo* — кровь, *ghegumi* — прорываю) истечение крови из сосудов при нарушении целостности, проницаемости их стенок (кровотечение, кровоизлияние).

**ГЕМОРРОЙ** — (греч.: *haemo* — кровь, *ghois* — течение) заболевание, возникающее в результате гиперплазии кавернозной ткани подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки, вследствие чего образуются так называемые геморроидальные узлы. Возникает, как правило, в возрасте от 20 до 50 лет. Различают первичный и вторичный г. В возникновении первичного г. имеют значение повышение внутрибрюшного давления, беременность, характер трудовой деятельности (тяжелый физический труд, профессии, связанные с длительным пребыванием в положении сидя), частый прием алкогольных напитков, злоупотребление острой и соленой пищей, воспалительные заболевания (проктит, колит), упорные запоры. Вторичный г. развивается при циррозе печени, некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой системы и опухолях, нарушающих венозный отток от прямой кишки, таза, передней брюшной стенки, нижних конечностей.

**ГЕМОСОРБЦИЯ** — (лат.: *haemo* — кровь, *sorbeo* — поглощаю) метод внепочечного очищения крови от токсических веществ путем прокачивания ее через колонку с сорбентом (активный уголь, ионообменные смолы). Применяют при острых отравлениях, поражениях печени с выраженной интоксикацией и др.

**ГЕМОСТАЗ** — (греч.: *haemo* — кровь, *stasis* — стояние) комплекс реакций организма, направленных на предупреждение и остановку кровотечений. В клинической практике термин «гемостаз» используют также для обозначения лечебных мероприятий, способствующих купированию кровотечений. Полноценность системы гемостаза определяется состоянием и реактивностью стенок кровеносных сосудов, особенно тонкостенных (капилляров, венул), достаточным содержанием тромбоцитов в крови и их функциональной полноценностью, состоянием свертывающей и фибринолитической систем крови.

## ГЕНЕАЛОГИЯ

**ГЕНЕАЛОГИЯ** — (родословная). Генеалогический метод в медицинской практике заключается в генетическом анализе родственных связей для определения закономерности передачи патологических признаков по наследству. Источниками сведений обычно служат непосредственное клиническое обследование, истории болезней (или выписка из них), результаты опроса членов семьи. Тщательный генетический анализ помогает отличить наследственную патологию от нарушений другой, не наследственной природы, но сходную с ней по внешним проявлениям.

**ГЕНЕТИЧЕСКИЙ РИСК** — см. *Риск генетический*.

**ГЕНИТАЛИИ** — половые органы.

## ГЕПАТИТ

— А — см. *Вирус гепатита А*.

— В — см. *Вирус гепатита В*.

— С — см. *Вирус гепатита С*.

— D — см. *Вирус гепатита D*.

— E — см. *Вирус гепатита E*.

**ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ ЖИРОВОЙ ОСТРЫЙ** — тяжелое осложнение гестоза (см.). В результате хронического расстройства кровообращения возникают патоморфологические изменения в печени (паренхиматозная и жировая дистрофия гепатоцитов, некроз) с нарушением ее функций. Чаще развивается у первобеременных. Различают два периода. Первый, безжелтушный (от 2 до 6 нед.) характеризуется снижением или отсутствием аппетита, слабостью, изжогой, тошнотой, рвотой, болью и чувством тяжести в эпигастрии, кожным зудом, снижением массы тела. Второй, желтушный период характеризуется бурной клиникой печеночно-почечной недостаточности: желтухой, олигоанурией, периферическими отеками, скоплением жидкости в серозных полостях, маточным кровотечением, антенатальной гибелью плода. Часто развивается печеночная кома с нарушением функций головного мозга, вплоть до глубокой потери сознания с угнетением рефлексов. Лабораторно: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, гипопроteinемия, гипофибриногенемия, тромбоцитопения, возможен незначительный прирост трансаминазы.

**ГЕРМАФРОДИТИЗМ** (двуполость, интерсексуализм, амбисексуальность) — наличие у индивидуума вторичных половых признаков обоих полов, включая поведенческие (в греч.

мифологии Гермафродит — сын богов Гермеса и Афродиты, его тело было соединено с телом нимфы и он в равной степени приобрел и мужские, и женские черты).

— **билатеральный** — истинный г., при котором ovotestis (овотестис, половая железа, содержащая ткань и яичка, и яичника) располагается с обеих сторон.

— **истинный** — наличие у индивидуума и мужской, и женской половых желез.

— **ложный** — псевдогермафродитизм.

— **латеральный** — г., при котором яичко расположено с одной, а яичник — с другой стороны.

— **монолатеральный** — г., при котором овотестис расположен с одной стороны, а яичник или яичко — с другой.

— **трансверсальный** — псевдогермафродитизм, при которой наружные половые органы соответствуют одному полу, а половые железы — противоположному.

**ГЕРПЕС** — см. *Вирус простого герпеса*.

— **беременных** — заболевание, проявляющееся редкими полиморфными буллезными высыпаниями, чаще на конечностях, с появлением пемфигоида или герпетиформного дерматита; обычно возникает на поздних сроках беременности, повторяется при каждой последующей беременности (см. *Вирус простого герпеса 2-го типа*).

— **генитальный** — герпетические поражения шейки матки, промежности, влагалища или вульвы, вызванные ВПГ 2-го типа (см. *Вирус простого герпеса 2-го типа*).

— **новорожденных** — инфекционное заболевание новорожденных, заражение происходит при прохождении через родовые пути, возбудитель ВПГ 2-го типа (см. *Вирус простого герпеса 2-го типа*).

— **опоясывающий** — инфекционное заболевание, характеризующееся высыпанием группы пузырьков по ходу нерва; обычно происходит в результате активации латентной вирусной инфекции; может сопровождаться сильными болями.

— **простой** (лихорадка волдырная, простудная болячка) — инфекционное заболевание, вызываемое ВПГ 1-го и 2-го типа; инфекция 1-го типа проявляется высыпанием пузырьков по краю красной каймы губ, на коже щек и крыльев носа; 2-го типа — аналогичное поражение гениталий. Оба типа обычно рецидивируют и возникают вновь



## ГЕСТАЦИЯ

при любых фебрильных заболеваниях или определенных физиологических состояниях.

**ГЕСТАЦИЯ** — беременность.

**ГЕСТОЗ** — болезнь адаптации. Осложнение второй половины беременности, характеризующееся полиорганной функциональной недостаточностью, проявляется одним или несколькими симптомами из триады Цангемейстера (отеки, протеинурия, гипертензия). Основу г. составляет генерализованный спазм сосудов, дисфункция эндотелия, изменения реологических и коагуляционных свойств крови, нарушения микроциркуляции, гиповолемия (см. *Водянка беременных, Нephропатия, Презклампсия, Эклампсия*).

**ГЕТЕРОТОПИЯ** — (греч.: hetero — другой, topos — место) возникновение в процессе эмбриогенеза той или иной структуры (органа, ткани) на необычном месте.

— эндометриодная — см. *Эндометриоз*.

**ГИГРОМА** — киста, содержащая серозную жидкость.

**ГИДАНТОИНОВЫЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром гидантоиновый плода*.

**ГИДРОАНЭНЦЕФАЛИЯ** — гидроцефалия с врожденным отсутствием полушарий мозга. Базальные ганглии и зачатки среднего мозга покрыты мягкой, паутинной и твердой мозговой и оболочками, костями черепа и кожей.

**ГИДРОНЕФРОЗ** (уронефроз) — расширение лоханки и чашек одной или обеих почек, развивающееся вследствие затруднения оттока мочи.

**ГИДРОСАЛЬПИНКС** — см. *Сальпингофорит*.

**ГИДРОТУБАЦИЯ** — введение жидких лекарственных средств через цервикальный канал в полость матки и фаллопиевы трубы с целью оценки их проходимости.

**ГИДРОУРЕТЕР** (уроуретер) — растяжение мочеточника мочой при его непроходимости.

**ГИДРОЦЕФАЛИЯ** (водянка головного мозга) — увеличение количества спинномозговой жидкости в полости черепа из-за чрезмерной продукции или затруднения оттока. Возникает главным образом после внутриутробной, родовой травмы, энцефалита и др. заболеваний мозга. Сопровождается увеличением объема черепа (расхождение костей черепа), задержкой развития и пр.

**ГИМЕН** — см. *Девственная плева*.

**ГИНАНДРОБЛАСТОМА** — см. *Адренобластома*.

**ГИНАТРЕЗИЯ** — заращение отдела женского полового аппарата в нижней части (девственная плева, влагалище) или в средней трети (цервикальный канал, полость матки).

**ГИНЕКОГРАФИЯ** — см. *Гистеросальпингография*.

**ГИНЕКОЛОГИЯ** — (греч.: *gynē, gynaikos* — женщина, *logos* — учение) область клинической медицины, изучающая анатомо-физиологические особенности организма женщины, заболевания женской половой системы и разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

В современной г. сформировались следующие разделы: оперативная гинекология (разрабатывает показания и технику хирургического лечения гинекологических заболеваний), гинекологическая эндокринология (изучает нейроэндокринную регуляцию функций организма женщины и ее нарушения), гинекология детей и подростков.

Основные направления исследований в гинекологии: бесплодие, предопухолевые, опухолевые и воспалительные заболевания матки и придатков, нарушения менструального цикла (аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения и др.), усовершенствование методов диагностики (в т.ч. гормонального, цитологического, иммунохимического, медикогенетического, эндоскопического) и лечения (в т.ч. хирургического, гормонального) гинекологических заболеваний, патология климактерического периода, проблемы планирования семьи, физиологии и патологии полового развития женского организма.

**ГИПЕРАКАТОЗ** — см. *Акантоз*.

**ГИПЕРАНДРОГЕНИЯ** — патология, которая проявляется андрогенизацией женского организма, развивающаяся вследствие избыточного содержания активных форм мужских половых гормонов в биологических жидкостях или вследствие повышенной чувствительности тканей-мишеней к нормальному уровню андрогенов (патология рецепторного аппарата, особенности метаболизма стероидов).

— **истинная** — повышение продукции эндокринной железой андрогенов (яичниками или надпочечниками) и повышение их в периферической крови и экскреции с мочой.

— **надпочечниковая** — г., обусловленная врожденной или приобретенной гиперплазией надпочечников, наличием вирилизирующей опухоли или рака надпочечников. При всех формах гиперплазии коры надпочечников наблюда-

## ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ

ется дефицит синтеза глюкокортикоидов. Клинические проявления: нарушения менструального цикла, гирсутизм, недоразвитие половых органов, бесплодие, невынашивание беременности, высокий инфекционный индекс (см). Диагноз основан на данных анамнеза, клинической картины. Повышение экскреции с мочой 17-кортикостероидов, положительных функциональных проб с дексаметазоном имеют в настоящее время только историческое значение.

— **яичниковая** — гетерогенное заболевание, характеризующееся изменением секреции гонадотропинов (ЛГ / ФСГ > 3), хронической ановуляцией, бесплодием и гиперандрогенией. Начало заболевания раннее, прогрессирующее. Характерное нарушение менструального цикла по типу олигоменореи, аменореи. Нередко наблюдаются маточные кровотечения. Отмечается резистентность к инсулину различной степени выраженности, повышение частоты сахарного диабета второго типа, нарушение липидного обмена. Часто сочетается с ожирением. Отличается хроническим течением. Заболевание относят к факторам риска развития атеросклероза и гормонзависимых опухолей, может быть обусловлена синдромом поликистозных яичников, гиперплазией хилосных клеток или вирилизирующими опухолями яичников.

— **ятрогенная** — г., обусловленная приемом медикаментозных средств, обладающих андрогенными свойствами (анаболические стероиды, андрогены, допинговые препараты, гестагены-производные C<sub>19</sub> стероидов: норэтистерон, линестренол, антигонадотропные препараты — даназол). К препаратам, усиливающим рост волос, относятся некоторые противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин), глюкокортикоиды (природные и синтетические), противоэпилептические препараты (финлепсин), транквилизаторы, циклоспорины и др.

**ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ** — лечение кислородом под повышенным давлением в барокамере.

**ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ** — увеличение количества билирубина в циркулирующей крови.

— **новорожденных** — см. *Гипербилирубинемия физиологическая.*

## ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ

— негемолитическая

— с ядерной желтухой — см. *Синдром Криглера–Найяра*.

— транзиторная (Люцея–Дрисколла синдром, желтуха новорожденных семейная) — семейная болезнь новорожденных, развивающаяся из-за повышенного содержания эстрогенов в крови матери (эстрогены ингибируют ферментные системы печени); желтуха, возможно поражение ЦНС.

— физиологическая — транзиторная желтуха, возникающая у большинства новорожденных при содержании сывороточного билирубина более 130 мг/л (220 мкмоль/л) или возрастании его содержания со скоростью более 50 мг/л/сут.

**ГИПЕРГИДРОЗ** — общее или местное повышение потоотделения.

**ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ** — патологическое состояние, обусловленное высоким содержанием гомоцистеина (см.). Один из ведущих факторов риска тромботических и атерогенных осложнений. Причины г.: повышенное поступление метионина с пищей, витаминдефицитные состояния (фолиевой кислоты, витаминов  $B_6$ ,  $B_{12}$  и  $B_1$ ), курение, потребление больших количеств кофе, алкоголя, изменение функции почек, сидячий образ жизни, наследственная предрасположенность (дефект фермента 5,10 метилентетрагидрофолат-редуктазы, гомозиготная недостаточность фермента цистатионин синтазы), прием ряда лекарств: метотрексата (антагонист фолиевой кислоты,), противосудорожных препаратов (опустошают запасы фолиевой кислоты в печени), закиси азота (инактивируется витамин  $B_{12}$ ), метформина (для лечения сахарного диабета, синдрома поликистозных яичников), антагонистов  $H_2$ -рецепторов (влияют на всасывание витамина  $B_{12}$ ), эуфилина (подавляется активность витамина  $B_6$ ). Гомоцистеин обладает выраженным токсическим действием на клетку. При избытке его в организме, он накапливается в крови, и основным местом повреждающего действия становится внутренняя поверхность сосудов. Повышение уровня гомоцистеина в плазме крови напрямую коррелирует с угнетением синтеза тромбомодулина, понижением активности АТ-III и эндогенного гепарина, а также с активацией выработки тромбосана А2. Это вызывает микротромбообразование и нарушение микроциркуляции, что

## ГИПЕРМЕЗИС

в свою очередь играет роль в патологии спиральных артерий и развитии акушерских осложнений, связанных с изменением маточно-плацентарного кровообращения. Тромбогенное действие гомоцистеина может быть связано с повреждением клеток эндотелия, неспецифическим ингибированием синтеза простаглицина, активацией фактора V, торможением активации протеина С, даун-регуляцией экспрессии тромбомодулина, блокадой связывания тканевого активатора плазминогена эндотелиальными клетками. Высокие уровни гомоцистеина усиливают агрегацию тромбоцитов вследствие снижения синтеза эндотелием релаксирующего фактора и NO, индукции тканевого фактора и стимуляции пролиферации гладкомышечных клеток. Г. связывают с акушерской патологией, включая привычные выкидыши, гестозы, ПОНРП, дефекты нервной трубки у плода, плацентарную недостаточность, задержку внутриутробного развития плода. Гомоцистеин свободно переходит через плаценту и может оказывать тератогенное и фетотоксическое действие. Г. является одной из причин анэнцефалии и незаращения костномозгового канала (см. *spina bifida*). Врожденный дефицит тех или иных ферментов метионинового цикла может явиться причиной бесплодия.

**ГИПЕРМЕЗИС** — упорно повторяющаяся рвота, возникающая несколько раз в сутки, в т.ч. ночью.

— **gravidarum** — неукротимая рвота беременных, характеризуется отвращением к пище, нарушением функций нервной системы и внутренних органов.

**ГИПЕРЕМИЯ** — полнокровие, вызванное усиленным притоком крови к какому-либо органу или участку ткани (артериальная, активная гиперемия) или затрудненным ее оттоком (венозная, пассивная, застойная гиперемия). Сопутствует всякому воспалению. Искусственную гиперемию вызывают с лечебной целью (компрессы, грелки, банки).

**ГИПЕРКАЛИЕМИЯ** — повышенное содержание калия в плазме крови; при концентрации калия в сыворотке более 6,5 мэкв/л наблюдают мышечную слабость, парестезии, арефлексию, восходящий паралич, дыхательную недостаточность и нарушения сердечной деятельности.

**ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЯ** — патологически высокая концентрация соединений кальция в циркулирующей крови, возникает при гиперпаратиреозе, миеломной болезни и при

## ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКИЙ

метастазах злокачественных опухолей в кости (саркома, лимфома, рак молочной железы). Встречается при тиреотоксикозе, передозировке витамина D, приеме препаратов лития, тиазидовых диуретиков, саркоидозе, длительной иммобилизации, острой почечной недостаточности. Редко возникает при надпочечниковой недостаточности, гипофосфатемии, щелочно-молочном синдроме (синдром Бернетта), семейной гипокальциурической гиперкальциемии. Г. характеризуется следующими симптомами: общая слабость, полидипсия, уменьшение массы тела, снижение аппетита, тошнота, рвота, запоры, признаки нарушения функции ЦНС (снижение способности концентрировать внимание, снижение памяти, сонливость, апатия, головная боль), признаки нарушения функции костно-мышечной системы (оссалгия, миалгия, артралгия), признаки нарушения функции почек (гематурия, полиурия).

— **семейная гипокальциурическая** — доминантно наследуемое заболевание в виде умеренного увеличения концентрации  $Ca^{2+}$  в крови, нормальной секреции паратиреокарина, резкого уменьшения содержания  $Ca^{2+}$  в моче (известно 3 мутации  $Ca^{2+}$  сенсора, приводящих к развитию болезни).

**ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИЧЕСКИЙ КРИЗ** — состояние, обусловленное резким повышением уровня кальция в крови (нормальный уровень 2,1–2,6 ммоль/л). Ведущие признаки определяются нарушением функции тех органов, в которых процессы кальциноза выражены в наибольшей степени, например острая сердечная недостаточность или острая почечная недостаточность развиваются вследствие массивного насыщения кальцием миокарда и почек.

Характерно быстрое развитие болей в эпигастральной области (ведущий признак), рвота, жажда, олигурия, высокая температура. Развиваются психоневрологические нарушения в виде спутанности сознания, которая может переходить в ступор или психомоторное возбуждение. Дальнейшее повышение уровня кальция — опасное состояние, при котором наступает глубокое подавление функции ЦНС, угнетение дыхательного и сосудодвигательного центров. Диагноз базируется на данных клинической картины, а также экстренного определения в условиях стационара уровней кальция и фосфора в сыворотке крови.

**ГИПЕРКЕРАТОЗ** — см. *Акантоз*.

**ГИПЕРЛИПЕМИЯ**

- **идиопатическая семейная** — см. *Гиперлипопротеинемия IA типа*.
- **углеводопосредованная** — см. *Гиперлипопротеинемия III типа*.

**ГИПЕРЛИПОПРОТЕИНЕМИЯ** — увеличение концентрации липопротеинов в крови.

- **приобретенная** — г., развивающаяся как следствие основной болезни, например недостаточность щитовидной железы.
- **семейная** — группа заболеваний, характеризующихся изменением концентрации  $\beta$ -липопротеинов, пре- $\beta$ -липопротеинов и липидов, сопутствующих им.
- **IA типа** (семейная липидоиндуцированная липемия, идиопатическая семейная гиперлипемия) — г., характеризующаяся наличием в крови большого количества хиломикронов и триглицеридов при обычной диете (исчезают при безжировой диете), низким уровнем  $\alpha$ - и  $\beta$ -липопротеинов при обычной диете (увеличиваются при безжировой диете), снижением постгепариновой липолитической активности плазмы; сопровождается приступами болей в животе, гепатоспленомегалией, изъязвляющимися ксантомами.
- **IB типа** — заболевание, характеризующееся панкреатитом и гипертриглицеридемией.
- **IC типа** (семейная хиломикронемия) — боли в животе, спленомегалия, панкреатит. Низкая постгепариновая липолитическая активность, высокой активности липопротеинлипазы в жировой ткани, нормальное или повышенное содержание аполипопротеина С-II.
- **II типа** (семейный гиперхолестеринемический ксантоматоз) — г., характеризующаяся повышением в плазме крови содержания  $\beta$ -липопротеинов, холестерина, фосфолипидов при нормальном содержании триглицеридов (тип IIA); атероматоз, тип IIB — с гипертриглицеридемией.
- **IIA типа** — ксантомы, ксантелазма, ИБС, гиперхолестеринемия.
- **III типа** (углеводопосредованная гиперлипемия, семейная гиперхолестеринемия с гиперлипемией, дис- $\beta$ -липо-

протеинемия) — наследуемая г. с повышенным содержанием в плазме крови ЛПНП,  $\beta$ -липопротеинов, пре- $\beta$ -липопротеинов, холестерина, фосфолипидов и триглицеридов; гипертриглицеридемия наблюдается при диете с высоким содержанием углеводов (характерно нарушение толерантности к глюкозе); часты изъязвленные ксантомы, атероматоз, выраженная ИБС.

— **IV типа** — наследственная г.; в плазме крови при нормальной диете высок уровень ЛПОНП, пре- $\beta$ -липопротеинов и триглицеридов; содержание  $\beta$ -липопротеинов, холестерина и фосфолипидов нормально; триглицеридемия наблюдается при повышенном содержании углеводов в диете; возможны нарушение толерантности к глюкозе и ИБС.

— **V типа** — сочетанная липемия, обусловленная жирами и углеводами; в плазме крови при нормальной диете повышен уровень хиломикрон, ЛПОНП, пре- $\beta$ -липопротеинов и триглицеридов; содержание холестерина несколько увеличено, уровень  $\beta$ -липопротеинов нормален; может сопровождаться приступами болей в животе, гепатоспленомегалией, развитием атеросклероза, нарушением толерантности к глюкозе.

— **VI типа** — возможен умеренный сахарный диабет, эпизоды болей в животе, ксантомы; гиперхиломикронемия, гиперпре- $\beta$ -липопротеинемия, смешанная гиперлипемия, содержание  $\alpha$ - и  $\beta$ -липопротеинов в норме или ниже нормы.

**ГИПЕРМАГНИЕМИЯ** — повышенное содержание магния в сыворотке крови, встречается при почечной недостаточности, после терапии препаратами, содержащими магний (антациды, слабительные, в/в введение сульфата магния); при концентрации магния выше 4 мэкв/л наблюдают угнетение сердечно-сосудистой деятельности (артериальная гипотензия, брадикардия, асистолия), нервно-мышечной возбудимости (арефлексия, сонливость, слабость, параличи, дыхательная недостаточность) и функций ЦНС.

**ГИПЕРМЕНОРЕЯ** (меноррагия) — резко удлиненные или профузные менструации без нарушения менструального цикла.

**ГИПЕРПЛАЗИЯ** — увеличение числа структурных элементов тканей (клеток, волокон) из-за их избыточного образо-



## ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ

вания. Например, при усилении функции органа, воспалении, предраке.

— **надпочечников** — группа заболеваний, вызванных недостаточностью специфических ферментов в биосинтезе кортикостероидов; сопровождается повышенной экрецией андрогенов. Выделяют несколько типов г., сходных клинически, но различных по генным и биохимическим дефектам: I тип — простой вирилизующий; II тип — сольтеряющий (синдром Дебре—Фибигера); III тип — врожденная гиперплазия надпочечников; IV тип — гипертензионный (недостаточность 11- $\beta$ -гидроксилазы); V тип — недостаточность 17- $\alpha$ -гидроксилазы.

— **плаценты** — о г. плаценты говорят в случае, если при доношенных плодах вес плаценты равен 700 г и выше, диаметр их более 20—30 см, ППК 0,19 и более. Если вес плаценты и ее размеры соответствуют крупным плодам, то такие плаценты не рассматриваются как гиперплазированные, их микроскопическое строение не представляет патологических изменений. Выраженная г. обычно наблюдается при гемолитической болезни, сахарном диабете, сифилисе, токсоплазмозе. Вес плаценты может также увеличиваться при венозном застое в случае расстройства в системе плодного или материнского кровообращения (например при гестозах).

— **эндометрия** — процесс, возникающий на фоне повышенной концентрации эстрогенов, реализующих пролиферативный эффект, воздействуя на рецепторы эстрогенов в ткани эндометрия. Виды г.э.: железистая г., эндометриальные полипы (фоновые заболевания) и атипическая г. эндометрия (предрак). Диагноз г.э. основывается на данных клинической картины и морфологического исследования эндометрия. Основным симптомом — аномальные маточные кровотечения. Информативными методами исследования состояния эндометрия являются: эхография, гистероскопия, аспирационная биопсия.

**ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЯ** — эндокринный синдром, проявляющийся высоким уровнем пролактина в плазме периферической крови. Ведущую роль в патогенезе г. занимает нарушение процессов гипоталамической регуляции (пролиферация лактотрофов в аденогипофизе, опухоли гипофиза, блокирующие секрецию пролактинингибирующего факто-

ра), возможна связь г. с нарушениями функции щитовидной железы и коры надпочечников (первичный гипотиреоз, синдром Штейна—Левенталя), с приемом некоторых лекарственных препаратов. Физиологическая г. может быть во время сна, физического перенапряжения, стрессе, во время беременности, в поздней фолликулиновой фазе менструального цикла, в послеродовом периоде, в период кормления грудью. Г. характерна для плода и новорожденного в перинатальном периоде. Основные клинические симптомы: нарушение менструального цикла, галакторея, бесплодие.

**ГИПЕРСТИМУЛЯЦИИ ЯИЧНИКОВ СИНДРОМ** — см. Синдром гиперстимуляции яичников.

**ГИПЕРТИРЕОЗ** (гипертиреозидизм, болезнь Галла) — аномалия щитовидной железы, сопровождающаяся повышением секреции гормонов; железа выходит из-под регуляторного контроля гипоталамо-гипофизарного центра.

**ГИПЕРТИРЕОИДИЗМ** — см. *Гипертиреоз*.

**ГИПЕРТЕКОЗ** — диффузная гиперплазия клеток тека граафова фолликула.

**ГИПЕРТЕНЗИЯ**

- **гестационная** — диагностированное повышение АД после 20 недель беременности у женщин с нормальным АД в анамнезе и нормализующееся до 6-й недели после родов.
- **неклассифицированная** — состояние, не позволяющее классифицировать гипертензию ввиду недостатка информации.
- **транзиторная** — гипертензия во время беременности, родов и послеродового периода без протеинурии и генерализованного отека, если АД нормализуется в пределах 10 дней после родов.

**ГИПЕРТОНУС НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ** — патологическое состояние, при котором волна сокращения начинается в нижнематочном сегменте и распространяется кверху с убывающей силой и продолжительностью. Как правило, нижний сегмент сокращается сильнее тела и дна матки. Такие сокращения неэффективны для раскрытия шейки матки, несмотря на то, что они могут быть такими же сильными как и при нормальных родах. Основная причина — нарушение механизма сопряженных отношений между телом и шейкой матки, что обусловлено различной их иннервацией. Часто наблюдается при «незрелой» и ригидной шейке матки.

## ГИПЕРТРИХОЗ

Клиника: родовая деятельность выраженная, схватки более болезненные чем в норме, нет раскрытия шейки матки или динамика ее плохо выражена, предлежащая часть плода не продвигается. Тонус матки в нижних ее отделах высокий. Часто преждевременное излитие околоплодных вод, вторичная слабость родовой деятельности, гипоксия плода. Наблюдается в первом периоде родов и на ранних этапах раскрытия шейки матки. При многоканальной гистерографии — доминирование сокращений в области нижнего сегмента матки.

**ГИПЕРТРИХОЗ** (политрихия) — избыточное оволосение, например на лице у женщин или на спине у мужчин.

**ГИПЕРУРИКЕМИЯ** — см. *Синдром Леша–Найена*.

**ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЯ СЕМЕЙНАЯ С ГИПЕРЛИПЕМИЕЙ** — см. *Гиперлиппротеинемия III типа*.

**ГИПОГОНАДИЗМ** — неадекватное функционирование половых желез из-за дефектов гаметогенеза, гонад и/или секреции половых гормонов; неполное развитие вторичных половых признаков.

— **вторичный** — гипогонадотропный г.

— **с аносмией** (синдром Колмена) — г. в сочетании с аносмией из-за агенезии обонятельных долей мозга, вызванный недостаточной секрецией гонадотропинов.

— **первичный** — дефектное развитие (или потеря) гонад.

— **семейный гипогонадотропный** — группа расстройств в виде задержки или отсутствия полового созревания из-за недостаточности гипофизарных гонадотропных гормонов.

**ГИПОКАЛИЕМИЯ** — патологически низкое содержание ионов калия в циркулирующей крови; при снижении концентрации калия ниже 2,5 мэкв/л наблюдают недомогание, усталость, нервно-мышечные расстройства (слабость, парестезии, судороги, острый некроз скелетных мышц, паралич), желудочно-кишечные расстройства, нарастание печеночной энцефалопатии, проявления со стороны сердечно-сосудистой системы (ортостатическая гипотония, прогрессирование артериальной гипертензии, аритмии), а также нарушения функции почек и электролитного баланса (метаболический алкалоз, снижение концентрационной способности почек с полиурией и полидипсией, снижение толерантности к глюкозе); на ЭКГ уплощение зубца Т, выраженные зубцы U и депрессия сегмента ST.

**ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ** — патологически низкая концентрация кальция в циркулирующей крови; наблюдаются тетания, симптомы Труссо и Хвостека, при тяжелой форме г. — спазм гортани, судороги и обратимая сердечная недостаточность.

**ГИПОКСИЯ** — (греч.: *hupo* — недостаток, лат.: *oxy* — кислород) патологический процесс, возникающий при недостаточном снабжении тканей организма кислородом или нарушении его утилизации в процессе биологического окисления; важный компонент патогенеза многих заболеваний.

- **плода** — патологическое состояние плода, возникающее при недостаточном снабжении кислородом его тканей и органов или неадекватной утилизации ими кислорода. Этиологические факторы г.п. можно разделить на три группы: 1) заболевания и патологические состояния беременной, приводящие к кислородной недостаточности или избытку углекислоты в ее организме (сердечно-сосудистые заболевания, особенно декомпенсированные пороки сердца, тяжелые заболевания легких, ведущие к нарушению газообмена, выраженную анемию, большую кровопотерю, шок, тяжелую интоксикацию); 2) затруднения циркуляции крови в сосудах пуповины или нарушения маточно-плацентарного кровообращения: истинный узел пуповины, тугое обвитие плода пуповиной, сдавление пуповины головкой плода и стенками родовых путей при родах в тазовом предлежании, разрыв сосудов пуповины при ее оболочечном прикреплении, преждевременная отслойка плаценты (нормально, низко расположенной или предлежащей); тяжелые формы гестоза беременных, перенашивание беременности, несвоевременное излитие околоплодных вод, приводящее к длительному безводному промежутку, слабость родовых сил, быстрые и стремительные роды, дискоординированные сокращения матки; 3) патология плода: гемолитическую болезнь, инфицирование, внутричерепные травмы, пороки развития.

**ГИПОМАГНИЕМИЯ** — пониженное содержание магния в сыворотке крови (менее 1,6 мэкв/л); встречается при пониженном всасывании магния из ЖКТ (синдром мальабсорбции, диарея), усиленной экскреции магния почками (гиперкальциемия, осмотический диурез, после терапии «петлевыми» ди-

## ГИПОПАЗИЯ

уретиками, аминогликозидами и т.д.), а также как частое осложнение алкоголизма. Наблюдают гипокалиемию, гипокальциемию, неврологические нарушения (сонливость, спутанность сознания, тремор, атаксия, нистагм, судороги), изменения на ЭКГ (удлинение интервалов PQ и QT, иногда аритмия).

## ГИПОПАЗИЯ

- **матки** — недоразвитие правильно сформированной матки (см. *Матка — пороки развития*).
- **надпочечников врожденная** — недостаточность коры надпочечников, рвота, трудности при вскармливании, прогрессирующая тугоухость, пигментация кожи, судорожные припадки, периоды апноэ, коллапс, гипогликемия, гипонатриемия, гипокалиемия.
- **плаценты** — о г. плаценты говорят в случае, когда у доношенного плода определяется вес плаценты 400 г или менее, диаметр менее 16 см, ППК ниже 0,13. Кровоснабжение таких плацент обычно неполноценно в связи с уменьшенной площадью обменной поверхности между кровотоками матери и плода. Вследствие этого оказываются пониженными все виды обменных процессов, особенно кислородный обмен. Развивающийся внутриутробно плод рождается, как правило, гипотрофичным. Причины г.: нарушение имплантации, воздействия неблагоприятных факторов в период раннего эмбриогенеза, патологические изменения сосудов и недостаточное кровоснабжение тканей плацентарной площадки (гипертоническая болезнь, гестозы и др.).

**ГИПОСПАДИЯ** — аномалия развития девочки: дефект задней стенки мочеиспускательного канала (в сочетании с дефектом передней стенки влагалища), при котором наружное отверстие мочеиспускательного канала открывается в полость влагалища.

**ГИПОТАЛАМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром гипоталамический*.

**ГИПОТАЛАМУС** — отдел промежуточного мозга (под таламусом), в котором расположены центры вегетативной нервной системы; тесно связан с гипофизом. Гипоталамус вырабатывает нейрогормоны, которые регулируют обмен веществ, деятельность сердечно-сосудистой, пищеварительной, выделительной систем и желез внутренней секреции, механизмы

сна, бодрствования, эмоций. Осуществляет связь нервной и эндокринной систем.

**ГИПОТИРЕОЗ** (болезнь Галла, гипотиреозидизм, микседема) — (греч. *hupo* — недостаток, лат. *thygoidea* — щитовидная железа) клинический синдром, характеризующийся стойким снижением функции щитовидной железы, приводящим к уменьшению содержания в сыворотке крови тиреоидных гормонов и, как следствие этого, к обменным и клиническим нарушениям. Характеризуется сонливостью, утратой интереса к окружающему, снижением памяти, быстрой утомляемостью, вялостью, снижением работоспособности, болью в мышцах и суставах, ломкостью и выпадением волос на голове, сухостью кожных покровов, отечностью лица и конечностей, снижением слуха из-за отека евстахиевых труб и образований среднего уха, затрудненным носовым дыханием из-за отека слизистой оболочки носа, зябкостью и снижением температуры тела, снижением аппетита и пастозностью языка с вдавлением от зубов по его краям, кровоточивостью десен, разрушением зубов.

**ГИПОТИРЕОИДИЗМ** — снижение синтеза тиреоидных гормонов, приводящее к недостаточности щитовидной железы (см. *Гипотиреоз*).

**ГИПОТОНИЯ МАТКИ** — снижение тонуса и недостаточная способность матки к сокращению. Причины: аналогичны Атонии матки (см.). Клиника: матка периодически расслабляется под влиянием средств, стимулирующих ее мускулатуру, сократительная способность матки временно восстанавливаются, затем она вновь становится вялой. Кровотечение волнообразное.

**ГИПОТРОФИЯ** — (греч.: *hupo* — недостаток, *trophē* — пища, питание) хроническая недостаточность питания у детей раннего возраста, обусловленная неадекватным поступлением в организм питательных веществ или нарушением их усвоения и характеризующаяся пониженной массой тела.

— **плода** — см. *Синдром внутриутробной задержки развития плода*.

**ГИПОФИЗ** — железа внутренней секреции позвоночных животных и человека. Расположен у основания головного мозга; состоит из передней (аденогипофиз) и задней (нейрогипофиз) долей. Гормоны гипофиза оказывают преимущественно влияние на рост, развитие, обменные процессы и функции,

## ГИПОФИЗАРНЫЙ

связанные с размножением, регулируют деятельность других желез внутренней секреции. Поражения гипофиза приводят к различным заболеваниям (например, акромегалии, гигантизму).

**ГИПОФИЗАРНЫЙ КАРМАН** (карман Ратке) — выпячивание эпителия задней стенки ротовой полости зародыша на границе с глоткой; зачаток аденогипофиза.

**ГИПОФОСФАТАЗИЯ** (фосфоэтаноламинурия) — патологически низкое содержание щелочной фосфатазы в циркулирующей крови, вызванное, вероятно, мутацией гена ALPL.

**ГИПОФИБРИНОГЕНЕМИЯ** — патологически низкое содержание фибриногена в плазме циркулирующей крови.

**ГИППОКРАТА ЛИЦО** (Гиппократова маска) — совокупность характерных изменений лица (безучастное выражение, втянутые щеки, запавшие глаза, бледно-серый цвет кожи) у больных в крайне тяжелом состоянии

**ГИППОКРАТА МАСКА** — см. *Гиппократова лицо*.

**ГИРСУТИЗМ** — мужской тип оволосения у женщин.

**ГИСТАМИН** — производное аминокислоты гистидина. Содержится в неактивной связанной форме в различных органах и тканях. В значительном количестве освобождается при аллергических реакциях, шоке, ожоге. Вызывает расширение кровеносных сосудов, сокращение гладкой мускулатуры, повышение секреции соляной кислоты в желудке и др.

**ГИСТЕРОГРАФИЯ** (метрография) — (греч.: *hyster* — матка, *grapho* — писать, изображать) рентгенография полости матки после заполнения ее контрастным веществом через канал шейки матки.

**ГИСТЕРОСАЛЬПИНГОГРАФИЯ** (гинекография, гистеротубография) — рентгенография матки и маточных труб после введения рентгенконтрастного вещества.

**ГИСТЕРОСКОПИЯ** — (греч.: *hyster* — матка, *skopeo* — рассматривать, исследовать) метод исследования внутренней поверхности матки с помощью введенного в нее эндоскопического прибора — гистероскопа. Во время исследования можно осуществить некоторые оперативные вмешательства. Исследование проводится в экстренном и плановом порядке. Показания к экстренной г.: маточные кровотечения у женщин любого возраста, позволяющие по клинико-анамнестическим данным заподозрить внутриматочную патологию (миому матки с подслизистым узлом, полип эндометрия, аде-

номиоз, инородное тело). Плановую г. осуществляют для контроля после лечебного или диагностического выскабливания слизистой оболочки матки при наличии в соскобе гиперплазированной слизистой оболочки, полиповидных образований или обрывков полипов; при подозрении на внутриматочную патологию, вызывающую невынашивание беременности (пороки развития матки); при бесплодии для исключения внутриматочных синехий; для контроля за эффективностью терапии гиперпластических процессов эндометрия. Во время г. могут быть выполнены такие оперативные вмешательства, как удаление полипов эндометрия и небольших подслизистых миоматозных узлов на ножке, разделение внутриматочных синехий, извлечение внутриматочных контрацептивов или их частей. Противопоказаниями к плановой г. являются воспаление внутренних или наружных половых органов, наличие во влагалищном содержимом патогенной флоры, большого количества лейкоцитов (III—IV степень чистоты влагалища); острый тромбоз; общие инфекционные заболевания (грипп, ангина); тяжелое течение заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, почек.

**ГИСТЕРОТУБОГРАФИЯ** — см. *Гистеросальпингография*.

**ГИСТЕРЭКТОМИЯ** — удаление матки (см. *Экстирпация матки*).

— **абдоминальная** — удаление матки абдоминальным доступом.

— **после кесарева сечения** — кесарево сечение, завершающееся г.

— **радикальная** — экстирпация матки с придатками.

— **расширенная** — полное удаление матки, верхней части влагалища и параметрия (при раке шейки матки).

— **субтотальная** — удаление дна матки с сохранением шейки *in situ*.

— **супрацервикальная** — см. *Г. субтотальная*.

**ГИСТО...** — часть сложных слов, означающих отношение к тканям.

**ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** — исследование тканей, взятых во время диагностической процедуры или операции с целью выяснения их состава, наличия или отсутствия патологических клеток (например, материала опухоли при подозрении на метастаз), состояния удаленного органа (аппендикс) и др. Широко используется в хирургии.



## ГИФЫ

**ГИФЫ** — разветвленные микроскопические клеточные нити, из которых состоят вегетативные и плодовые тела грибов; поперечные гифы составляют мицелий, видимую часть колонии.

**ГЛИКОГЕНОЗЫ** (гликогеновая болезнь, декстриноз) — группа болезней, характеризующихся накоплением гликогена в тканях; по Кори, различают 9 типов г.:

- **1-го типа** (Гирке—ван Крёвельда синдром, нефромегалический г.) — недостаточность глюкозо-6-фосфатазы, приводящая к избыточному содержанию гликогена нормальной химической структуры (особенно в печени и почках), увеличение размеров печени и почек, кахексия, судороги, кома.
- **2-го типа** (болезнь Помпе) — дефицит лизосомальной  $\alpha$ -1,4-глюкозидазы, приводящий к избыточному содержанию гликогена нормальной химической структуры в сердце, скелетных мышцах, печени, мозге.
- **3-го типа** (болезнь Кори, Форбса болезнь, лимитдекстриноз) — недостаточность амило-1,6-глюкозидазы, приводящая к накоплению ненормальной структуры гликогена с короткими внешними цепями в печени и мышцах.
- **4-го типа** (амилопектиноз, болезнь Андерсен) — недостаточность ветвящего фермента, приводящая к накоплению ненормальной структуры гликогена с длинными цепями в печени, почках, мышцах и других тканях.
- **5-го типа** (Мак-Ардла—Шмида—Пирсона болезнь, миофосфорилазная недостаточность) — дефект гликогенфосфорилазы, вызывающий накопление гликогена нормальной химической структуры в мышцах.
- **6-го типа** (болезнь Гирса, гепатофосфорилазная недостаточность) — недостаточность гликогенфосфорилазы в печени, приводящая к накоплению гликогена нормальной структуры в гепатоцитах и лейкоцитах.
- **7-го типа** (болезнь Томсона, гепатофосфоглюкомугазная недостаточность) — миопатия и гепатомегалия, обусловленные недостаточностью фосфоглюкомугазы.
- **8-го типа** (болезнь Таруи, фосфофруктокиназная недостаточность) — недостаточность фосфофруктокиназы в мышцах, мышечная слабость.
- **9-го типа** (болезнь Хага) — гепатомегалия, обусловленная недостаточностью киназы-фосфорилазы В.
- **нефромегалический** — см. *Гликогеноз 1-го типа.*

**ГЛОБУЛИНЫ** — белки, осаждаемые из плазмы (или сыворотки) крови при полунасыщенности сульфатом аммония; далее могут быть разделены методами фракционирования на много подгрупп, главные из них  $\alpha$ -,  $\beta$ - и  $\gamma$ -глобулины.

- **кортикостероид-связывающий** — см. *Транскортин*.
- **связывающие половые гормоны** —  $\alpha$ -глобулин плазмы, образующийся в печени, связывает и транспортирует до 65% тестостерона плазмы и с низкой эффективностью — эстрогены; содержание в сыворотке у женщин вдвое больше, чем у мужчин, концентрация увеличивается при некоторых болезнях печени и гипертиреозидизме, снижается с возрастом и при гипотиреозидизме, также содержание снижают андрогены.
- **тироксин-связывающие** —  $\beta$ -глобулин крови, связывающий тироксин с высокой эффективностью; трийодтиронин связывает менее прочно; дефицит или избыток данного г. может наследоваться по X-сцепленному типу.

### ГЛОМЕРУЛОСКЛЕРОЗ

- **диабетический** — см. *Болезнь Киммельштиля-Уилсона*.
- **интеркапиллярный** — см. *Болезнь Киммельштиля-Уилсона*.

**ГЛЮКОЗУРИЯ** (мелитурия) — экскреция глюкозы с мочой.

**ГНИЛО-ГНОЕКРОВИЕ** — см. *Септикопиемия*.

**ГНИЛОКРОВИЕ** — см. *Септицемия*.

**ГНОЙНИК** — см. *Абсцесс*.

**ГОЛОД «ВОЛЧИЙ»** — см. *Булемия*.

**ГОМОЦИСТЕИН** — небелковая сульфгидрильная аминокислота, возникающая в ходе метаболизма при образовании незаменимой аминокислоты метионина. Внутриклеточный обмен г. осуществляется энзиматическими путями, которые зависят от витаминов в качестве кофакторов или косубстратов. Имеются два пути реметилирования г. с образованием метионина, и один, на котором происходит перенос серы с образованием цистеина. На первом из путей реметилирования, катализируемом метионинсинтетазой, в качестве кофактора действует кобаламин, а метильную группу отдает 5-метилтетрагидрофолат — главная форма фолата в плазме крови, возникающая в результате восстановления 5,10-метилентетрагидрофолата ферментом метилентетраборагидрофолатредуктазой (МТГФР). На другом пути реметилирования, который активен, главным образом, в печени, донором метильной группы является бетаин, а реакция катализируется бетаин-

## ГОМОЦИСТЕИНУРИЯ

гемоцистеинметилтрансферазой (ЦБС) при участии в качестве кофактора пиридоксаль-5'-фосфата, производного витамина В<sub>6</sub>. Витамин В<sub>6</sub> также необходим для превращения цистатионина в цистеин и  $\alpha$ -кетомасляную кислоту. В течение жизни уровень г. в крови постепенно повышается. До периода полового созревания уровень г. у мальчиков и девочек примерно одинаковы (около 5 мкмоль/л). В период полового созревания — 6—7 мкмоль/л. У взрослых — 10—11 мкмоль/мл. Во время беременности в норме уровень г. имеет тенденцию к снижению (на границе первого и второго триместров). Нормальные уровни восстанавливаются через 2—4 дня после родов. Снижение уровня г. при беременности благоприятствует плацентарному кровообращению.

**ГОМОЦИСТЕИНУРИЯ** — расстройство, характеризующееся выделением гомоцистеина с мочой, задержкой умственного развития, эктопией хрусталика, редкими светлыми волосами, вывернутыми наружу коленными суставами, тенденцией к судорожным реакциям, явлениями тромбоэмболии и жировым перерождением печени, сочетающееся с дефектом образования цистатионин синтетазы; существует множество форм г.

**ГОНАДОЛИБЕРИН** — см. *Гонадотропин ЛГ-высвобождающий*.

**ГОНАДОТРОПИН** (гонадотрофин, гонадотропный гормон) — общее название гормонов передней доли гипофиза, стимулирующих рост, развитие и функции гонад.

- **ЛГ** (лютеинизирующий, лютропин) — гликопротеин, синтезирующийся в передней доле гипофиза; у женщин стимулирует окончательное созревание фолликулов и секрецию прогестерона, разрыв фолликула и выход яйцеклетки, а также превращение фолликула в желтое тело.
- **менопаузальный** — инъекционная форма субстанции, получаемой из мочи женщин в стадии менопаузы; биологическая активность идентична ФСГ, слабо имитирует активность ЛГ; используют совместно с ХГч дня индукции овуляции.
- **передней доли гипофиза** (гипофизарный гонадотропный гормон) — любой г. гипофизарного происхождения (ЛГ, ФСГ).
- **ФСГ** (фолликуло-стимулирующий, фоллитропин) — гликопротеин, синтезируемый передней долей гипофиза; стимулирует развитие фолликулов и секрецию эстрогенов.

— **ХГч** (хорионический) — гликопротеин, синтезируемый клетками трофобласта плаценты и выделяемый с мочой; главная роль связана со стимуляцией секреции желтым телом яичников эстрогенов и прогестерона для имплантации и интеграции зародыша. Используют для индукции овуляции при ановуляторном овариальном цикле. Состоит из двух субъединиц:  $\alpha$  и  $\beta$ .  $\alpha$ -субъединица идентична  $\alpha$ -субъединицам ФСГ, ЛГ и ТТГ.  $\beta$ -субъединица уникальна для ХГч. Используется как маркер беременности. Низкое содержание ХГч на ранних сроках беременности свидетельствует о недостаточности функции плаценты. Высокое содержание может быть признаком многоплодной беременности, пузырного заноса, хориокарциномы.

**ГОНАДОТРОФИН** — см. *Гонадотропин*.

**ГОНАДЫ** — (греч.: *gonē* — порождающее) половые железы.

**ГОНОЦИТЫ** (клетка половая первичная) — общее название рано обособляющихся в составе зародыша клеток, родоначальных для всех образуемых позднее гамет; у высших позвоночных и человека Г. первоначально скапливаются в энтодерме желточного мешка, затем мигрируют через мезенхиму в зачатки гонад.

**ГОРМОНЫ** — биологически активные вещества, вырабатываемые в организме специализированными клетками или органами (железами внутренней секреции) и оказывающие целенаправленное влияние на деятельность других органов и тканей. Человек имеет развитую систему таких желез (гипофиз, надпочечники, половые, щитовидная и др.), которые посредством гормонов, выделяемых в кровь, участвуют в регуляции всех жизненно важных процессов — роста, развития, размножения, обмена веществ. Активность биосинтеза того или иного гормона определяется стадией развития организма, его физиологическим состоянием и потребностями. Так, секреция половых гормонов зависит от возраста, стадии полового цикла, беременности. Каждый из гормонов влияет на организм в сложном взаимодействии с другим гормоном. Гормональная система совместно с нервной системой обеспечивает деятельность организма как единого целого. Химическая природа гормонов различна — белки, пептиды, производные аминокислот, стероиды, жиры. Г., используемые в медицине, получают химическим синтезом или выделяют из соответствующих органов животных.

## ГОРМОНЫ

- **половые** — г., регулирующие развитие и функции половых органов, развитие вторичных половых признаков, половое влечение, поведение. Многосторонне влияют на организм, например на развитие мышц и скелета. Вырабатываются в основном половыми железами (семенниками и яичниками). Как мужские половые гормоны (андрогены), так и женские (эстрогены, прогестерон) образуются у особей обоих полов, но в различных соотношениях. По химической природе — стероиды и полипептиды.
- **рилизинг (высвобождающий)** — группа синтезируемых в нейронах гипоталамической области мозга гормонов, мишенями которых являются эндокринные клетки передней доли гипофиза, например рилизинг-гормоном для синтезирующих АКТГ клеток передней доли гипофиза является кортиколиберин (среди рилизинг-гормонов различают либерины и статины).
  - **кортикотропин-высвобождающий** (кортиколиберин, кортикотропин-рилизинг-фактор) — г. гипоталамуса, стимулирующий синтез АКТГ передней долей гипофиза; синтезируется в паравентрикулярном ядре, содержит 41 аминокислоту. Ген кортиколиберина экспрессируется в плаценте, есть основания полагать, что секреция плацентарного кортиколиберина — проявление работы плацентарных часов, определяющих срок наступления родов.
  - **ЛГ-высвобождающий** (люлиберин, гонадолиберин, гонадотропин-рилизинг-гормон, гонадотропин-рилизинг-фактор) — декапептид, синтезируемый в нейронах гипоталамуса; секретруется в пульсационном режиме в капиллярную сеть срединного возвышения и вызывает выделение ЛГ и ФСГ из гонадотропных клеток передней доли гипофиза. Гонадолиберин и пролактин-рилизинг-ингибирующий фактор образуются из белка-предшественника, содержащего 92 аминокислоты. Циклический синтез находится под контролем гормонов яичника. Частоту и амплитуду секреции регулирует уровень эстрогенов.
  - **пролактин-высвобождающий** (пролактин-рилизинг-фактор, пролактолиберин) — вещество, синтезируемое гипоталамусом, стимулирует высвобождение пролактина.

- **роста-высвобождающий** (соматолиберин) — пептидный гормон гипоталамуса, стимулирующий синтез соматотропина.
- **тиреотропин-высвобождающий** (тиролиберин) — трипептид гипоталамуса, стимулирующий секрецию тиреотропина и пролактина передней долей гипофиза.
- **тропные**
  - **АКТГ** (гормон адренокортикотропный, адренокортикотропин, кортикотропин) — гормон передней доли гипофиза, управляет корой надпочечников, секрецией кортикостероидов. АКТГ человека содержит 39 аминокислот. Ген POMC кодирует 8 гормонов: АКТГ,  $\beta$ -липотропин,  $\gamma$ -липотропин,  $\alpha$ -меланоцитостимулирующий г. (МСГ),  $\beta$ -МСГ,  $\gamma$ -МСГ,  $\beta$ -эндорфин. Секреция АКТГ регулируется кортикотропин-рилизинг-фактором гипоталамуса, усиливается при низком содержании кортизола в кровотоке, стрессе, лихорадке, острой гипогликемии. В секреции АКТГ различают суточный ритм: содержание достигает пика к пробуждению. АКТГ вызывает образование цАМФ, активирующего ферментные системы, катализирующие превращение холестерина в прегненолон (предшественник стероидных гормонов); большой АКТГ — форма АКТГ, секретруемая некоторыми опухолями; его молекула превосходит по размерам малый АКТГ; не проявляет биологических свойств, характерных для малого АКТГ; малый АКТГ — термин, употребляемый для обозначения нормального АКТГ при сопоставлении с большим АКТГ.
  - **гонадотропные** — см. *Гонадотропин*.
  - **интерстициальных клеток стимулирующий** — см. *Гонадотропин ЛГ*.
  - **лактогенный** (лактотропин, пролактин) — гормон передней доли гипофиза. Стимулирует секрецию молока и рост молочной железы во время беременности. Синтезируется и выделяется из гипофиза при раздражении соска молочной железы, во время сна, полового акта, во вторую фазу фолликулинового цикла, в период беременности и лактации, при приеме некоторых лекарственных средств и др. По химической структуре сходен с гормоном роста.
  - **пролактин** — см. *Г. лактогенный*.

— **соматомаммотропный** (СМТ, г. роста беременности, соматомаммотропин) — пептидный гормон, близкий по биологическим свойствам к гормону роста, синтезируется нормальной плацентой и некоторыми опухолями. Может быть определен в сыворотке с 6-й недели беременности. Его содержание постоянно возрастает в течение I и II триместров; быстро исчезает после родов. Вызывает липолиз и увеличивает содержание в плазме жирных кислот (энергетический резерв), подавляет утилизацию глюкозы и глюконеогенез у беременной, повышает в плазме содержание инсулина. Определение концентрации СМТ используют для исследования функции плаценты.

— **тиреостимулирующий** (тиреотропин, ТТГ) — гликопротеиновый гормон передней доли гипофиза, стимулирующий функцию щитовидной железы. Определение ТТГ в крови используется в диагностике первичного и вторичного гипотиреоза, гипертиреоза.

**ГРААФОВ ПУЗЫРЕК** — см. *Фолликул везикулярный*.

**ГРАДИЕНТ** — (лат.: *gradiens, gradientis* — шагающий, движущийся) в биологии — величина, отражающая количественное изменение каких-либо морфологических или функциональных (в т.ч. физико-химических) свойств вдоль одной из осей тела, органа или клетки.

— **тройной, нисходящий** — распространение волны возбуждения при сокращении матки сверху вниз. Наиболее сильные и продолжительные сокращения матки наблюдаются в области дна (доминанта дна). В дальнейшем волна сокращения распространяется вниз на тело и шейку матки (первый градиент). В теле и особенно в нижнем сегменте матки наблюдается уменьшение силы и продолжительности сокращения (второй и третий градиенты).

**ГРАНУЛЕМА** — узелковое воспалительное образование, обычно небольшое, зернистое, плотное, содержащее мононуклеарные фагоциты.

— **венерическая** — см. *Г. паховая*.

— **паховая** (венерическая, тропическая язвенная) — специфическая г., классифицируемая как венерическое заболевание, возбудитель — *Donovania granulomatis*, палочка Арагана—Вианны; характерны язвенные гранулематозные поражения паховой области и половых органов.

— **тропическая язвенная** — см. *Г. паховая*.

**ГРУДНИЦА** — см. *Мастит*.

**ГРУППА КРОВИ** — система генетически детерминированных антигенов, или агглютиногенов, локализованных на поверхности эритроцита; каждая группа кодируется серией двух или более генов (аллелей); вследствие антигенных различий между индивидуумами определение эритроцитарных антигенов важно при переливании крови, иммунологических конфликтах при беременности, трансплантации органов и тканей, в случаях спорного отцовства. Определенные г.к. связаны с повышенной или пониженной чувствительностью к некоторым заболеваниям. Отдельные системы групповых антигенов крови: ABO, Auberger, Diego, Duffy, I, Kell, Kidd, Lewis, Lutheran, MNSs, P, Rh, Sutter, Xg.

— **ABO** — система изоантигенов эритроцитов человека (A, B и некоторых других), наличие которых в разных сочетаниях обуславливает принадлежность к одной из четырех групп крови (I — 0; II — A; III — B; IV — AB).

— **Kidd** — система двух изоантигенов эритроцитов человека ( $I_k^a$  и  $I_k^b$ ), контролируемая аллельной парой; могут быть причиной гемолитической болезни новорожденных и посттрансфузионных осложнений при многократном переливании крови, несовместимой по этим Ag.

## ГРЫЖА

— **амниотическая** — см. *Омфалоцеле*.

— **пуповинная** — см. *Омфалоцеле*.

— **эмбриональная** — см. *Омфалоцеле*.

**ГУБКА** — адсорбент, используемый для впитывания жидкостей.

— **гемостатическая коллагеновая** — сухая пористая масса желтого цвета в форме пластин, мягкой эластической консистенции, хорошо впитывающая жидкость. Приготовлена из массы коллагеновой, 2% раствора коллагена с добавлением фурацилина и борной кислоты. Оказывает гемостатическое и антисептическое действие, стимулирует регенерацию тканей. Применяют в качестве гемостатического средства при капиллярных и паренхиматозных кровотечениях. Гемостатическое действие губки усиливается, если ее дополнительно смочить раствором тромбина. Противопоказана при кровотечениях из крупных сосудов, повышенной чувствительности к фурацилину и другим нитрофуранам.



## ДАЙЕМОНДА

— контрацептивная — упругая гидрофильная полиуретановая г., импрегнированная спермицидом; эффект достигается за счет адсорбции спермы г., действия спермицида и механической блокады шейки матки.

## Д

**ДАЙЕМОНДА-БЛЭКФЕНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Дайемонда-Блэкфэна.*

**ДАУНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Дауна.*

**ДВУПОЛОСТЬ** — см. *Гермафродитизм.*

**ДЕВСТВЕННАЯ ПЛЕВА** (гимен) — соединительнотканная перепонка, покрытая снаружи и изнутри многослойным плоским эпителием, прикрывающая отверстие входа во влагалище до дефлорации; имеет соединительнотканную основу, содержащую ГМК, нервы и кровеносные сосуды. Формы: кольцевидная, полулунная, лопастная, решетчатая. Разрушается в родах, оставляя неправильной формы образования, похожие на сосочки.

**ДЕГЕНЕРАЦИЯ КРАСНАЯ** (карнеусная дистрофия) — вид некроза миоматозного узла матки, особенно часто возникающего во время беременности; на разрезе имеет характерный красноватый цвет, обусловленный асептическим некрозом с частичным гемолизом эритроцитов.

**ДЕГИДРАТАЦИЯ** — удаление из организма избыточной жидкости.

**ДЕГИДРО-3-ЭПИАНДРОСТЕРОН (ДГЭА)** — 3-гидрокси-5-андростен-17-он, стероид со слабыми андрогенными свойствами, синтезируется в коре надпочечников и яичках, основной компонент 17-кетостероидов мочи.

**ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ** — комплекс лечебных мер, имеющих целью немедленное выведение яда из организма или его обезвреживание.

**ДЕКСТРИНОЗ** — см. *Гликогенозы.*

**ДЕНДИ-УОКЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Денди-Уокера.*

**ДЕПРИВАЦИЯ** (англ.: deprivation — лишение, отстранение).

— **половая** — см. *Абстиненция половая.*

**ДЕРМОИД** — см. *Киста дермоидная.*

**ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯ** — уменьшение или исчезновение повышенной чувствительности (сенсibilизации) организма к повторному введению чужеродного для него вещества.

**ДЕТОРСИЯ** — устранение заворота какого-либо органа путем возвращения его в физиологическое положение.

**ДЕТСКОЕ МЕСТО** — см. *Плацента*.

**ДЕФЕКАЦИЯ** — опорожнение прямой кишки.

**ДЕФЕКТ** — изъян, нарушение нормального строения (дефект кожи — нарушение ее целостности, например царапина).

— **первой трубки** — нарушение нормального строения нервной трубки; термин объединяет *Анэнцефалию*, *Цефалоцеле*, *Spina bifida* (см.).

**ДЕФУНДАЦИЯ МАТКИ** — хирургическая операция удаления дна матки вместе с узлами миомы, позволяющая сохранить функцию органа.

**ДЕЦЕЛЕРАЦИЯ** — урежение частоты сердцебиения плода (ЧСП) по данным кардиотокографии с амплитудой более 15 в мин. и длительностью более 15 с. Наиболее важные параметры д. — время от начала схватки до возникновения урежения, продолжительность урежения и амплитуда д. По амплитуде д. могут быть: легкие (от 15 до 30 в мин), умеренные (от 30 до 60 в мин), тяжелые (более 60 в мин); по длительности: легкие (до 30 с), умеренные (30–60 с), выраженные (более 60 с).

— **атипические** — д. характеризующиеся: медленным возвращением ЧСП к исходному базальному ритму; монотонностью ритма; отсутствием акцелерций; продолжительностью базального ритма на более высоком или низком уровне относительно исходного; появление двухфазных урежений (W-образные д.).

— **варибельные** — д. при которых от схватки к схватке изменяется амплитуда, продолжительность, время запаздывания.

— **периодические** — д. синхронные с маточными сокращениями, обычно рефлекторного происхождения.

— **поздние** — д. начинающиеся после пика маточных сокращений и достигающие самой нижней точки через 20–30 с. Длительность 30–100 с. Обычно имеет U-образную форму. Вызываются снижением давления кислорода у плода ниже критического уровня. Изменения являются следствием временного нарушения материнского кровотока в межворсинчатом пространстве.

## ДЕЦИДУАЛЬНАЯ

- **ранние** — д. возникающие в ответ на схватки, как правило, сопровождаются быстрым падением и восстановлением ЧСП. Общая длительность 15–20 с, обычно возникают в конце первого периода родов и в периоде изгнания плода. V-образной формы. Механизм: вагусное влияние на сердечную деятельность плода при прижатии головки к костным образованиям таза.
- **спорадические** — д. возникающие вне зависимости от маточных сокращений. Являются признаком страдания плода.

**ДЕЦИДУАЛЬНАЯ ОБОЛОЧКА** (отпадающая оболочка) — слизистая оболочка матки после имплантации зародыша, преобразующаяся в течение беременности и отпадающая после родов; выделяется из полости матки с лохиями.

- **базальная** — часть д. о., расположенная между зародышем и миометрием.
- **капсулярная** (сумочная) — часть д. о., отделяющая зародыш от полости матки.
- **париетальная** (пристеночная) — часть д. о., выстилающая полость матки вне места имплантации зародыша.
- **пристеночная** — см. *Д. о. париетальная.*
- **сумочная** — см. *Д. о. капсулярная.*

## ДИАБЕТ

- **взрослых** — см. *Д. сахарный II типа.*
- **галактозный** — см. *Галактоземия.*
- **гестационный** — транзиторное нарушение утилизации глюкозы во время беременности. Женщины, страдающие диабетом до наступления беременности, в эту группу не входят. Женщины, перенесшие сахарный диабет во время беременности, имеют риск развития этого заболевания или прогрессирования диабета через 5–10 лет после родов. Необходимо регулярно проходить обследование, особенно перед планируемой беременностью, так как недиагностированный сахарный диабет и гипергликемия представляют собой высокий риск развития врожденных пороков плода. Параметры группы риска г.с.д.: избыточный вес (более 20% от «идеального»), сахарный диабет II типа у близких родственников, г.с.д. в анамнезе, нарушение толерантности к глюкозе, глюкозурия во время предшествующей или данной беременности, гидрамнион и крупный плод в анамнезе, рождение ребенка весом

более 4000 г. или мертворождение в анамнезе, быстрая прибавка веса во время данной беременности, возраст женщин старше 30 лет.

- **сахарный** — хроническое метаболическое заболевание, характеризующееся гипергликемией вследствие дефектов секреции инсулина, нарушения активности инсулина или сочетания обеих причин и приводящее к нарушению обмена веществ, поражению сосудов (ангиопатии), нервной системы (нейропатии), патологическим изменениям в различных органах и тканях.

Женщины, перенесшие д.с. во время беременности, имеют риск развития этого заболевания или прогрессирования диабета через 5–10 лет после родов. Недиагностированный д.с. и гипергликемия представляют собой высокий риск развития врожденных пороков плода, фетопатий. Беременность должна быть запланирована и проведена так, чтобы концентрация глюкозы находилась на должном уровне на протяжении всего срока беременности. Особенность течения д.с. у беременных — лабильность течения заболевания, нарастание симптомов, раннее развитие ангиопатий, склонность к кетоацидозу. Осложнения беременности и родов: угроза прерывания беременности, присоединение гестоза, внутриутробная гипоксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, осложнения в родах, связанные с наличием крупного плода (травмы), неполноценность процессов адаптации новорожденного.

- **I типа (юношеский)** — д., обусловленный деструкцией  $\beta$ -клеток поджелудочной железы, приводящий к абсолютной инсулиновой недостаточности. Характеризуется острым началом, резким снижением концентрации инсулина в крови, склонностью к развитию кетоацидоза. Чаще выявляется в подростковом возрасте, однако заболеть могут люди различного возраста. Клинические проявления — жажда, чрезмерное мочеотделение, повышенный аппетит, резкое снижение массы тела, низкое содержание инсулина в крови, временами кетоацидоз; инсулинотерапия и диета обязательны.
- **II типа (взрослых)** — д., выраженный от преимущественной инсулинорезистентности с относительной инсулиновой недостаточностью до преобладания де-

## ДИАГНОЗ

фектов инсулиновой секреции с инсулинорезистентностью. Д. умеренно выражен, с постепенным началом, обычно в возрасте старше 35 лет у лиц полного телосложения. Абсолютное содержание инсулина в крови — от нормы до высоких значений, в соотношении с сахаром крови снижение содержания инсулина незначительно, кетоацидоз редок. Поддается терапии диетой и/или гипогликемическими препаратами *per os*. Могут развиваться осложнения и дегенеративные поражения органов.

— **юношеский** — см. *Д. сахарный I типа*.

**ДИАГНОЗ** — (греч.: *diagnosis* — распознавание) медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме) или причине смерти, выраженное в терминах, предусмотренных действующей классификацией болезней, а также об особых физиологических состояниях организма (например, беременности) или об эпидемическом очаге. Исходя из задачи и особенностей установления Д. выделяют несколько его видов. К основным из них относят клинический, патологоанатомический, судебно-медицинский, эпидемиологический диагноз.

**ДИАГНОСТИКА** — распознавание патологических изменений органов и тканей организма.

**ДИАДИНАМИЧЕСКИЕ ТОКИ БЕРНАРА** — импульсный электрический ток частотой 50 и 100 Гц; применяют для электролечения.

**ДИАЛИЗ** — см. *Лаваж*.

**ДИАТЕРМИЯ** — метод электротерапии. Глубокое прогревание тканей токами высокой частоты и большой силы, получаемыми от специального аппарата. Применяется при воспалительных заболеваниях мышц, периферической нервной системы, суставов, при спаечных процессах и некоторых заболеваниях внутренних органов.

**ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ** — см. *Электрокоагуляция*.

**ДИАФРАГМА ВЛАГАЛИЩНАЯ** — гибкое металлическое кольцо, закрытое эластическим материалом в виде куполообразной перепонки; вводят во влагалище для предупреждения зачатия.

**ДИВЕРТИКУЛ** — выпячивание стенки полого органа (кишки или мочевого пузыря), сообщающееся с его полостью.

**ДИВЕРТИКУЛИТ** — воспаление дивертикула.

**ДИЗРАФИЯ** — отсутствие сращения или закрытия частей органа.

**ДИЗРУПЦИЯ** — врожденный порок, возникающий в нормально развивающихся органах под воздействием инфекционных агентов, механических повреждений, сосудистой окклюзии.

**ДИЗУРИЯ** — затрудненное выведение мочи из мочевого пузыря вследствие закупорки, спазма или сдавления мочеиспускательного канала, а также болезненное и учащенное мочеиспускание. Симптом различных заболеваний.

**ДИЛАТАТОР** — инструмент или вещество, при помощи которого расширяют полость, канал, кровеносный сосуд или отверстие.

— **Хегара** (Гегара) — буж цилиндрической формы для расширения канала шейки матки; бужи имеют различные диаметры.

**ДИМЕТРИЯ** — см. *Матка удвоенная*.

**ДИС...** (ДИЗ...) — приставка, означающая затруднение, нарушение, расстройство, разделение, утрату чего-нибудь (диспепсия — нарушение пищеварения), перед гласными «дис» меняется на «диз»: дизурия — расстройство мочеиспускания.

**ДИС- $\beta$ -ЛИПОПРОТЕИНЕМИЯ** — см. *Гиперлиппротеинемия III типа*.

**ДИСБАКТЕРИОЗ** — изменение видового состава и количественных соотношений нормальной микрофлоры органа (главным образом кишечника), сопровождающееся развитием нетипичных для него микробов. Наступает под влиянием конкурирующих микроорганизмов, антибиотиков, изменения питания.

**ДИСГЕНЕЗИЯ ГОНАД** — врожденный первичный дефект развития половых желез, иногда с полным отсутствием яичниковой ткани — донатальная аплазия. Д.г. является основной причиной первичной аменореи. Данный дефект развития половых желез чаще всего обусловлен хромосомными аномалиями — «ранняя нематочная кастрация».

Известно, что для женского пола характерно наличие двух X-хромосом, а при д.г. при отрицательном половом хроматине имеется набор хромосом XO. Выделяют три формы д.г.: синдром Шерешевского—Тернера; чистая форма д.г.; смешанная форма.

## ДИСКООРДИНАЦИЯ

**ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** — аномалия родовой деятельности, при которой отсутствует координированные сокращения матки между правой и левой ее половинами, верхним и нижним отделами или между всеми отделами. Причины: пороки развития матки (двурогая, седловидная, наличие перегородки в матке), дистоссия шейки матки (ригидность, рубцовые изменения, атрезия, опухоли и др.), нарушение иннервации, поражение матки вследствие воспалительных, дегенеративных процессов и новообразований (миома). Виды д.р.д.: собственно дискоординация, гипертонус нижнего сегмента, тетания матки, циркуляторная дистоссия.

Схватки нерегулярные, болезненные и неэффективные, раскрытие зева происходит замедленно, несмотря на отсутствие признаков ригидности. При пальпации — неодинаковое напряжение матки в различных ее отделах. Шейка матки обычно незрелая. Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод. Продвижения предлежащей части плода не происходит, она длительно остается подвижной или прижатой ко входу в малый таз. Нередко возникают внутриутробная гипоксия плода вследствие расстройства маточно-плацентарного кровообращения, аномалии отслойки плаценты и задержка ее частей в полости матки, кровотечения.

**ДИСМЕНОРЕЯ** — клинический патологический процесс, выражающийся появлением в дни менструаций выраженных болей внизу живота, которые могут сопровождаться резкой общей слабостью, тошнотой, рвотой, головной болью, головокружением, отсутствием аппетита, повышением температуры тела с ознобом, сухостью во рту или слюнотечением, вздутием живота, ощущением «ватных» ног, обмороками и другими эмоциональными и вегетативными расстройствами.

- **вторичная** — д. на фоне органических изменений через 2 года после менархе и более.
- **механическая** — д., обусловленная нарушением выделения менструальной крови, например при стенозе канала шейки матки.
- **обструктивная** — см. *Д. механическая.*
- **первичная** — д. без органических изменений органов малого таза; возникает во время овуляторных циклов.
- **спазматическая** — д., обусловленная сокращениями матки.
- **функциональная** — см. *Д. первичная.*

— **эссенциальная** — см. *Д. первичная*.

**ДИСМОРФИЯ** — нарушение формы или структуры при развитии органов или частей тела, как правило, является проявлением наследственных заболеваний.

**ДИСПЛАЗИЯ** — неправильное развитие органов или части тела.

— **шейки матки** — понятие морфологическое: цервикальная интраэпителиальная неоплазия — CIN — атипия клеток среднего и базального слоя эпителия шейки матки с нарушением слоистости, но без вовлечения в процесс поверхностного слоя и стромы. Д. не имеет характерных визуальных особенностей, не может быть диагностирована при осмотре шейки матки в зеркалах. Кольпоскопически: картина атипического эпителия. Диагноз ставится на основании гистологических и цитологических данных.

Д. — этап малигнизации плоского эпителия шейки матки.

**ДИСПЛАСТИЧЕСКИЙ** — развитие тканей, нетипичных для данного органа.

**ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ СИНДРОМ** — см. *Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания*.

**ДИССИНЕРГИЯ** — нарушение содружественной деятельности мышц детрузора.

## ДИСТОЦИЯ

— **плечиков** — осложнение второго периода родов. После рождения головки происходит задержка переднего плечика за симфизом или вклинивание в таз, а заднее плечико в это время или плотно сжато в крестцовой впадине, или находится под мысом, в результате чего дальнейшее продвижение плода по родовым путям матери прекращается. Причины: вторичная слабость родовой деятельности; использование окситоцина (простагландинов) с целью возбуждения родовой деятельности, наложение полостных щипцов или вакуум-экстрактора в родах; неправильное оказание ручного пособия в родах; узкий таз; опухоли грудной клетки плода; макросомия плода.

— **циркуляторная** — отсутствие расслабления шейки матки в момент сокращения мускулатуры тела матки. Является причиной дискоординированной родовой деятельности. Обусловлено сокращениями участка циркулярных мышечных волокон на различных уровнях матки, кроме шей-



ки. Причиной может быть повышенная возбудимость матки, особенно при внутриматочных манипуляциях; встречается при затяжных родах с ранним излитием околоплодных вод, наблюдается как в первом, так и во втором периоде родов. Клиника: сильные боли в матке, локализующиеся в области контракционного кольца и выше. Во время схватки головку плода можно легко смещать из стороны в сторону. Раскрытие шейки матки замедленно. Исчезает феномен тройного нисходящего градиента. Роды часто принимают затяжной характер. Отмечается гипоксия плода.

**ДИСТРЕСС ПЛОДА** — любое неблагоприятное плода.

**ДИСТРОФИЯ** — 1) патологическое изменение клеток, тканей и органов регрессивного характера с нарушением или утратой их функции; 2) патологический процесс замещения нормальных компонентов клеток различными балластами либо вредными продуктами нарушения обмена веществ или отложения их в межклеточном пространстве. Различают дистрофии белковые, жировые, углеводные и минеральные. В более широком смысле дистрофиями называют также любые биохимические нарушения в тканях (например, дистрофия миокарда) или нарушения питания.

- **гиалиновая** — дистрофический процесс, поражающий разные клетки и ткани с образованием округлых масс («капельки») или широких полос гомогенного стекловидного ацидофильного материала.
- **карнеусная** — см. *Дегенерация красная*.
- **слизистая** — д., сопровождающаяся превращением соединительной ткани в желеобразную слизистую массу (мукоидное набухание).
- **фиброзная** — репаративный процесс с замещением фиброзной тканью клеток и участков ткани, подвергнувшихся дистрофии и некрозу.

**ДИСФУНКЦИЯ** — нарушение нормальной функции органа.

- **яичников** — нарушение нормальной функции яичников, при котором нарушается менструальный цикл, замедляется или отсутствует созревание женских половых клеток.

**ДИУРЕЗ** — количество мочи, выделенное за определенное время; чаще измеряется суточный диурез.

- **почасовой** — количество мочи, выделяемое в течение часа.

**ДИФФУЗНЫЙ** — распространенный.

**ДОМИНАНТА** — (лат.: *dominans, dominantis* — господствующий) очаг возбуждения в ЦНС, создающий готовность организма к определенной деятельности в данный момент. Учение о д. было разработано советским физиологом А.А. Ухтомским. Д. характеризуется повышенной возбудимостью вовлечения нервных центров, стойкостью и инерцией возникшего процесса возбуждения и, как следствие, способностью поддерживать однажды возникшее возбуждение. Это свойство д. может приводить к формированию в ЦНС «застойного» очага возбуждения, способного при повторных отрицательных стимулах обусловить развитие того или иного патологического состояния. В условиях д. возникающий очаг возбуждения тормозит проявление всех других рефлекторных реакций на очередные раздражения, подчиняет себе деятельность других нервных центров, не вошедших в очаг возбуждения, и представляет собой систему связей, объединяющих элементы различных уровней центральной нервной системы и периферические органы. Различают половую, стационарную, родовую и лактационную д.

**ДРЕНАЖ** — метод осушения ран (полостей тела), выведения из них жидкого отделяемого (гноя, выпота и т.п.) с помощью трубок, резиновых или марлевых полосок.

**ДУБИНА—ДЖОНСОНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Дубина—Джонсона*.

**ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ СИНДРОМ** — см. *Синдром дыхательных расстройств*.

## Е

**ЕДИНИЦА** — наименьшее из натуральных чисел ( $n = 1$ ).

— **действия (ЕД)** — доза биологически активного вещества или лекарственного средства, вызывающая определенный, объективно регистрируемый физиологический или, соответственно, терапевтический эффект и принятая в качестве меры при дозировании.

— **международная (МЕ)** — содержание или концентрация субстрата в биологической жидкости (например, ФСТ в крови, МЕ/л).

- **Монтевидео (ЕМ)** — произведение амплитуды схватки (мм рт. ст.) на число схваток за 10 мин. Эффективной считается сократительная деятельность при показателе  $> 100$  ЕМ.

# Ж

**ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ** — см. *Консультация женская.*

**ЖЕНСКИЙ ТАЗ** — см. *Таз женский.*

**ЖЕЛЕЗА** — орган, вырабатывающий и выделяющий специфические вещества (гормоны, слизь, слюна и др.), которые участвуют в различных физиологических функциях и биохимических процессах организма. Железы внутренней секреции (эндокринные) выделяют продукты своей жизнедеятельности — гормоны непосредственно в кровь или лимфу (гипофиз, надпочечники и др.). Железы внешней секреции (экзокринные) — на поверхность тела, слизистых оболочек или во внешнюю среду (потовые, слюнные, молочные железы). Деятельность желез регулируется нервной системой, а также гормональными факторами.

— **бартолиниева** — см. *Железа преддверия большая.*

— **вестибулярная**

— **большая** — см. *Железа преддверия большая.*

— **малая** — см. *Железа преддверия малая.*

— **Литтре** — см. *Ж. мочеиспускательного канала.*

— **маточная** — трубчатая слизистая ж., множественная. Расположена в эндометрии.

— **молочная** — парный железистый орган, продуцирующий у женщин после родов молоко, у мужчин остается недоразвитым и не функционирует. У женщин м.ж. занимает большую часть передней поверхности грудной клетки на уровне от III до VI или VII ребра между передней подмышечной и окологрудной линиями. Форма, размеры, положение, а также функция м.ж. связаны с половым развитием женщины, беременностью и имеют индивидуальные особенности. Располагается на передней поверхности большой грудной и частично на передней зубчатой

мышцах. Состоит из 15–25 долек, представляющих собой отдельные железки, радиально сходящиеся по направлению к соску. Между дольками залегают прослойки рыхлой волокнистой соединительной и жировой ткани с проходящими в них сосудами и нервами. Выводные протоки открываются на вершине соска. Перед впадением они расширяются и образуют млечные синусы, в которых накапливается молоко, образовавшееся в альвеолах. В них впадают многократно ветвящиеся млечные протоки, формирующие дольки м.ж. Железа расположена между листками поверхностной фасции, образующими ее капсулу. Между фасциальной капсулой железы и собственной фасцией груди находится ретромаммарная клетчатка, благодаря которой железа легко смещается относительно грудной стенки. Эпидермис соска м.ж. и околососкового кружка (ареолы) пигментирован и имеет ростковый слой, дерма богата нервными окончаниями.

- **Монтгомери** — ж. околососкового кружка.
- **мочеиспускательного канала** — многочисленные слизистые ж., расположенные в слизистой оболочке мочеиспускательного канала.
- **околососкового кружка** — подкожные ж., образующие небольшие округлые бугорки на поверхности ареолы.
- **половая** — органы, образующие половые клетки (яйцеклетку и сперматозоиды) и вырабатывающие гормоны. Мужские половые железы — семенники, женские — яичники.
- **преддверия**
  - **большая** (бартолинова, большая вестибулярная) — парная слизистая альвеолярно-трубчатая ж., расположенная на заднем конце луковицы преддверия влагалища; выводной проток открывается у медиального края малых половых губ; гомологична бульбоуретральной железе мужчин.
  - **малая** (малая вестибулярная) — небольшая слизистая ж., множественная. Расположены в малых половых губах и открываются в преддверие влагалища между отверстиями влагалища и мочеиспускательного канала.
- **уретральные** — ж. мочеиспускательного канала.
- **цервикальные** — ж. шейки матки.

- **шейки матки** (цервикальные) — слизистые ж., расположенные в слизистой оболочке шейки матки.
- **щитовидная** — железа внутренней секреции, синтезирующая ряд гормонов, необходимых для поддержания гомеостаза. Состоит из двух долей и перешейка. Доли прилегают слева и справа к трахее, перешеек расположен на передней поверхности трахеи. В норме масса ж.щ. составляет от 20 до 60 г. В период полового созревания масса ж.щ. увеличивается. У женщин ж.щ. больше, чем у мужчин, во время беременности происходит ее физиологическое увеличение, которое исчезает самостоятельно в течение 6–12 мес. после родов. Основной структурной и функциональной единицей ж.щ. являются фолликулы. Просвет их заполнен коллоидом — бесструктурной массой, содержащей тиреоглобулин. Ж.щ. секретирует два йодосодержащих гормона — тироксин ( $T_4$ ) и трийодтиронин ( $T_3$ ) и один пептидный гормон — кальцитонин.

**ЖЕЛТОЕ ТЕЛО** — железа внутренней секреции, формирующаяся в яичнике из клеток зернистого слоя фолликула после овуляции; секретирует прогестерон.

- **беременности** — ж.т., функционирующее во время беременности.
- **менструальное** — ж.т., функционирующее в течение второй половины овариального цикла при отсутствии оплодотворения.

**ЖЕЛТОЧНЫЙ МЕШОК** — наиболее древний в эволюции внезародыщевый орган, возникший как орган, депонирующий питательные вещества (желток), необходимые для развития зародыша. У человека ж.м. образован внезародыщевой энтодермой и внезародыщевой мезодермой (мезенхимой). Появившись на 2-й неделе развития у человека, ж.м. принимает участие в питании зародыша, но недолго, так как с 3-й недели развития устанавливается связь плода с материнским организмом, т.е. гематотрофное питание. Ж.м. является первым органом, в стенке которого развиваются кровяные островки, формирующие первые клетки крови и первые кровеносные сосуды, обеспечивающие у плода перенос кислорода и питательных веществ.

По мере образования туловищной складки, приподнимающей зародыш над ж.м., формируется кишечная трубка, при этом ж.м. отделяется от тела зародыша. Связь зародыша с ж.м.

остается в виде полого канатика, называемого желточным стебельком. В качестве кроветворного органа ж.м. функционирует до 7—8-й недели, а затем подвергается обратному развитию и остается в составе пупочного канатика в виде узкой трубочки, служащей проводником кровеносных сосудов к плаценте.

### ЖЕЛТУХА

- **гемолитическая** — тяжелое заболевание, характеризующееся усиленным распадом эритроцитов, отеками, анемией, появлением желтушной окраски кожи и слизистых оболочек. Чаше встречаются как форма гемолитической болезни новорожденных, может быть признаком острого или хронического отравления веществами, разрушающими эритроциты.
- **негемолитическая конституциональная с липохромным гепатозом** — см. *Синдром Дубина—Джонсона*.
- **новорожденных семейная** — см. *Гипербилирубинемия негемолитическая транзиторная*.

**ЖИВОРОЖДЕНИЕ** — полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

### ЖИДКОСТЬ

- **аллантоисная** — ж. внутри полости аллантоиса.
- **амниотическая** (околоплодные воды) — ж. внутри амниона, окружающая плод и защищающая его от повреждений.
- **семенная** — см. *Сперма*.

**ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ ОСТРЫЙ** — см. *Гепатоз беременных жировой острый*.

## 3

**ЗАДЕРЖКА ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ** — патология послеродового периода, наблюдаемая при гипотонии матки, полном плотном прикреплении или приращении плаценты, анома-

## ЗАМЕДЛЕНИЯ

лиях строения и расположения плаценты (прикрепление в нижнем маточном сегменте, углах матки). При гипотонии матки з.о.п. связана с недостаточной сократительной способностью миометрия, при патологическом прикреплении — с изменением губчатого слоя децидуальной оболочки. Для отделения плаценты имеет значение площадь ее соприкосновения с поверхностью матки. При большой площади прикрепления (относительно тонкая, кожистая плацента), а также при аномальных формах (лопастные, отдельные, двухдолевые или имеющие добавочные дольки) плацента отделяется от стенок матки с затруднениями. Симптомы: отсутствие признаков отделения плаценты (см.) и кровотечения.

**ЗАМЕДЛЕНИЯ ЧСС** — см. *Децелерация*.

**ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ** — назначение препаратов, идентичных веществам, вырабатываемым в самом организме, в случае частичной или полной потери функции органа (например, при сахарном диабете, когда поражена поджелудочная железа и вырабатывается мало гормона этой железы — инсулина, назначают инъекции инсулина).

**ЗАНОС ПУЗЫРНЫЙ** — см. *Пузырный занос*.

**ZONA PELLUCIDA** — стекловидная оболочка, окружающая яйцеклетку в граафовом пузырьке.

**ЗОНД МАТОЧНЫЙ** — тонкий металлический изогнутый стержень, имеющий утолщение на конце; используют для исследования цервикального канала и полости матки, определения их длины; применяют при различных гинекологических манипуляциях.

**ЗДОРОВЬЕ** — состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или немощи (ВОЗ).

— **репродуктивное** — способность людей к зачатию и рождению детей; гарантия безопасности беременности и родов, выживания ребенка и благополучия матери; возможность половых отношений без угрозы ЗППП; возможность планирования последующих беременностей, в т.ч. предупреждение нежелательной (ВОЗ).

Показатели з.р.: младенческая и материнская смертность; уровень абортот; частота использования населением различных средств контрацепции.

## И

**ИММУНИЗАЦИЯ** — создание искусственного иммунитета — активного (при введении вакцин и анатоксинов) или пассивного (при введении сывороток и гамма-глобулинов). Применяют в лечебных и профилактических целях.

**ИММУНИТЕТ** — невосприимчивость организма к инфекционным агентам и чужеродным веществам. Обеспечивается защитными свойствами кожи и слизистых оболочек, клетками иммунной системы и т.д. Естественный, или врожденный, иммунитет обусловлен наследственно закрепленными особенностями организма. Приобретенный активный иммунитет возникает после перенесенного заболевания или введения вакцин. Приобретенный пассивный иммунитет развивается при искусственном введении антител, при передаче антител ребенку с молоком матери.

**ИММУНОГЕН** — см. *Антиген*.

**ИММУНОГЛОБУЛИН (Ig)** — класс структурно связанных белков, содержит 2 вида парных полипептидных цепей: легкие (L), с низкой молекулярной массой, и тяжелые: (H) цепи ( $\gamma$ ,  $m$ , или  $\alpha$ ); все четыре цепи связаны дисульфидными связями; на основании структурных и антигенных признаков H-цепей в порядке относительного содержания в нормальной сыворотке крови Ig разделяются на IgG, IgA, IgM, IgD, IgE; большое количество возможных комбинаций L- и H-цепей создает многообразие антител каждого индивидуума.

**ИММУНОДЕФИЦИТ, СОЧЕТАННЫЙ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АДЕНОЗИНДЕЗАМИНАЗЫ** — дефект гена АДА, проявляется недостаточностью Т- и В-клеток, CD4-лимфоцитарной, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой, рецидивирующими бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, астмой, гепатоспленомегалией.

**ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНТНЫЙ МЕТОД** — см. *Метод иммунофлюоресцентный*.

**ИМПЕДАНС** — реактивное сопротивление, оказываемое живой тканью переменному току.

— **акустический** — сопротивление ткани ультразвуковым волнам.



## ИМПЛАНТАЦИЯ

**ИМПЛАНТАЦИЯ** — (лат.: *implantatio* — вращание, укоренение) внедрение зародышевого узелка в слизистую оболочку стенки матки; слизистая оболочка матки к моменту и. находится в фазе секреции: эпителий желез начинает выделять секрет, содержащий гликоген и муцин, просвет желез расширяется, клетки стромы поверхностной части функционального слоя преобразуются в децидуальные клетки, имеющие большие размеры и содержащие крупное ядро; после прикрепления бластоцисты к стенке матки покровный эпителий слизистой оболочки матки под действием трофобласта разрушается.

**ИНВАЗИЯ** — нападение, внедрение.

**ИНВАЗИВНЫЙ** — 1) способность возбудителей инфекционных болезней проникать в организм и распространяться в нем; 2) методы диагностики и лечения заболеваний, основанные на введении специальных инструментов в полости, органы (лапароскопия — метод исследования и лечения органов брюшной полости с помощью лапароскопа — инструмента, введенного через небольшой разрез).

**ИНВОЛЮЦИЯ** — обратное развитие.

**ИНГИБИН** — гликопротеин из гонад, тормозит секрецию ФСГ, в норме синтезируется в клетках гранулезы яичника. Содержит 2 субъединицы. Различное сочетание цепей образует активин.

**ИНДЕКС** — (лат.: *index* — показатель) условное цифровое, буквенное или комбинированное обозначение в системе какой-либо классификации; числовой или буквенный указатель, которым снабжаются выражения для того, чтобы отличить их друг от друга.

— **инфильтрации лейкоцитарный** — показатель эндогенной интоксикации. Рассчитывается по формуле:

$$(c + 2п + 3ю + 4мц) \times (\text{пл.кл.} + 1) / (\text{мон.} + \text{лимф.}) \times (\varepsilon + 1),$$

где *c* — сегментоядерные нейтрофилы, *п* — палочкоядерные, *ю* — юные, *мц* — миелоциты, *пл.кл.* — плазмочлечные клетки, *мон.* — моноциты, *лимф.* — лимфоциты, *э* — эозинофилы.

Норма колеблется около 1. Увеличение индекса более 3,5 свидетельствует о значительной эндогенной интоксикации.

— **кариопикнотический** — процентное содержание поверхностных клеток со сморщенным ядром (кариопикноз) во

влагалищном мазке; показатель степени насыщения организма эстрогенами.

- **массы тела (ИМТ)** — величина, характеризующая избыток или недостаток массы тела относительно среднестатистической нормы. Определяется отношением массы (в кг) к квадрату роста (в м).

Идеальное значение ИМТ — менее 25, 25–26,9 — избыточный вес; 27–29,9 — ожирение; 30–34,9 — умеренное ожирение; 35–39,9 — резко выраженное ожирение; > 40 — патологическое ожирение.

Значения ИМТ выше 25 коррелируют с увеличением заболеваемости и смертности.

- **модифицированный менопаузальный** — и. для численного выражения симптомов климактерического синдрома и оценки эффективности проводимого лечения. Позволяет получить полную характеристику климактерического синдрома с четким выделением нейро-вегетативных, обменно-эндокринных и психоэмоциональных нарушений, что имеет особое значение для оценки эффективности терапии (см. Приложение 10).

- **паракератоза** — гормональнозависимая величина, определяемая отношением числа ороговевших клеток с ядрами к общему количеству ороговевших клеток, используется при цитологическом исследовании. В начале и в конце менструального цикла, в среднем, он составляет 7%, в середине цикла — 17%, в постменопаузе — 3%. Воспалительные заболевания и заболевания, вызванные вирусом папилломы, сопровождаются повышением числа клеток с признаками пара- и дискератоза. При озлокачествлении в клетках эпителия вульвы сохраняется постоянство соотношения между площадью ядра и протоплазмы.

- **Перля** — и. для численного выражения фертильности и оценки эффективности контрацептивов. Показатель демонстрирует частоту наступления беременностей у 100 женщин на протяжении одного года без использования или с применением разнообразных контрацептивных средств. Является наиболее часто используемым методом определения эффективности контрацепции. Определяется отношением числа зачатий  $\times 1200$  к числу месяцев применения.

## ИНДИФФЕРЕНТНЫЙ

- **половой конституции** — общее название трех показателей, характеризующих: а) индивидуальную половую потребность, обусловленную генотипом и факторами среды; б) уровень половой активности; в) половую конституцию в целом, представляющих собой среднеарифметические величины балльных оценок определенных признаков, вычисленных по специальной таблице.
- **проницаемости плаценты** — степень перехода лекарственного препарата через плаценту. Вычисляется, как отношение концентрации лекарственного вещества в крови плода к отношению концентрации лекарственного вещества в крови беременной  $\times 100\%$ .
- **Соловьева** — окружность лучезапястного сустава, измеренная сантиметровой лентой. Используется в акушерстве для получения представления о толщине костей. В норме равняется 14,5–15,0 см. Если окружность запястья более 15,5 см, то внутренние размеры и емкость полости таза будут меньше при тех же наружных размерах. Если окружность запястья составляет меньше 14 см, то емкость таза и его внутренние размеры окажутся больше.
- **суточный** — и. отражающих вариабельность АД. Представляет разницу между средними значениями АД в дневное и ночное время в процентах. Норма 10%–25% (средний уровень ночного АД должен быть не менее, чем на 10% ниже среднего дневного).
- **токолиза по Баумгартену** — и., применяемый с целью объективной оценки акушерской ситуации при преждевременных родах. Позволяет индивидуально подойти к выбору лечебных мероприятий, оценить показания и противопоказания к сохранению беременности (см. Приложение 9).
- **фертильности** — см. индекс Перля.
- **шоковый** — отношение частоты пульса в минуту к величине систолического артериального давления. У здоровых людей — 0,5; при снижении ОЦК на 20–30% — 1,0; при потере 30–50% ОЦК — 1,5.

**ИНДИФФЕРЕНТНЫЙ** (лат.: *indifferens, indifferentis*) — безразличный, безвредный.

**ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД** — см. *Период инкубационный*.

**ИННЕРВАЦИЯ** — связь органов и тканей с центральной нервной системой при помощи нервов. Различают иннервацию

афферентную, или центростремительную (от органов и тканей к центральной нервной системе) и эфферентную, или центробежную (от центральной нервной системы к органам и тканям).

**ИННОВАЦИЯ** — нововведение.

**ИНСТРУМЕНТАРИЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ** — инструменты, применяемые для выполнения акушерско-гинекологических манипуляций. Часть инструментов скомплектована в наборы: для акушерской помощи на дому, для экстренной акушерско-гинекологической помощи, для проведения искусственного аборта, для радикальной экстирпации матки по Вертгейму, для пластических операций на влагалище, для фиксации шейки матки и др. Для оживления новорожденного выпускается набор интубаторов. А.г.и. отличается высокой прочностью, простотой устройства, большим разнообразием по размерам и сравнительно узкой номенклатурой. Инструменты для акушерско-гинекологических оперативных вмешательств обычно имеют удлиненную рабочую часть, массивные ручки, позволяющие прочно удерживать инструмент. Инструменты для исследования половых органов (например, влагалищные зеркала, расширители канала шейки матки). В детской гинекологии применяют инструменты меньшего размера и более узкие. Например, для осмотра влагалища пользуются узкими желобоватыми зеркалами со съёмными волоконными световодами. А.г.и., как правило, изготавливают из углеродистой стали и латуни с никелевым или хромовым покрытием. Выпускают также инструменты из титановых сплавов, имеющие меньшую массу, матовую поверхность, создающую меньше бликов, и отличающиеся долговечностью. В акушерско-гинекологической хирургической практике, помимо специального а.г.и., используются также и общехирургические инструменты: скальпели, кровоостанавливающие зажимы, пинцеты, зеркала для раскрытия раны.

**ИНСУФЛЯЦИЯ** — введение в какую-либо полость смеси воздуха и твердого порошкообразного лекарственного вещества; введение в какую-либо полость газа с диагностической или лечебной целью.

**ИНТЕРЛЕЙКИН** — один из цитокинов известной аминокислотной последовательности; в т.ч. и.-монокины и лимфокины, действующие как факторы роста и дифференциров-

## ИНТЕРСЕКСУАЛИЗМ

ки лимфоцитов и др. клеток. Цитокин (известно не менее 20) — осуществляет через соответствующие рецепторы взаимодействия между клетками, вовлекаемыми в защитный (в т.ч. иммунный) ответ; общий термин для всего класса — цитокин, подклассы: лимфокины, монокины.

**ИНТЕРСЕКСУАЛИЗМ** — см. *Гермафродитизм*.

**ИНТЕРФЕРОН** — гликопротеин с небольшой молекулярной массой (26 000—38 000), обладающий антивирусной активностью, секретируемый различными клетками при попадании в них вирусов или других инородных частиц, содержащих нуклеиновые кислоты; в неинфицированных клетках индуцирует выработку белка, ингибирующего трансляцию РНК вируса; выделяют 3 основных типа интерферонов:  $\alpha$  (или лейкоцитарный) — выделяется лейкоцитами при вирусной инфекции или стимуляции двуцепочечной РНК;  $\beta$  — выделяется фибробластами при тех же состояниях;  $\gamma$  (или иммунный) — выделяется лимфоцитами под действием мутагенов.

**ИНТОКСИКАЦИЯ** — болезненное состояние, обусловленное действием на организм веществ, поступающих извне (микробные токсины) или вредных веществ, вырабатывающихся в организме.

**ИНФАНТИЛИЗМ** — сохранение у взрослых физических и психических черт, свойственных детскому возрасту. Различают общий и частичный и. (напр., половой, психический). Возникает при нарушениях внутриутробного развития, внутренней секреции, в результате перенесенных заболеваний и т.д.

**ИНФЕКЦИЯ** — (позднелат.: *infectio* — заражение) сложный патофизиологический процесс взаимодействия макро- и микроорганизма, имеющий широкий диапазон проявлений — от бессимптомного носительства до тяжелых форм инфекционной болезни. В своем развитии и. проходит следующие этапы: внедрение, адаптация и размножение возбудителя; развитие инфекционного процесса. Особенности возникновения, развития и исхода и. зависят от выработавшихся в процессе эволюции свойств микро- и макроорганизма и условий окружающей среды.

— **передаваемые половым путем** — и. с преимущественным половым путем передачи: хламидиоз, вирус простого герпеса, вирус папилломы человека, уреаплазмоз, микоплазмоз, ВИЧ и другие. В т.ч. венерические — сифилис, трихомониаз, гонорея, гепатит В.

**ИНФИЛЬТРАТ** — (лат.: ин — приставка, означающая расположение внутри чего-либо, *filtrо, filtratum* — процеживать) участок ткани, характеризующийся скоплением обычно не свойственных ему клеточных элементов, увеличенным объемом и повышенной плотностью; иногда термин и. используется для обозначения участка ткани, инфильтрированного каким-либо веществом (например, раствором анестезирующего средства).

— **воспалительный** — и., возникающий в очаге воспаления вследствие диапедеза клеток крови и воспалительной реакции местных тканей.

— **диффузный** (сифилитический, Хохзингера) — медно-красный инфильтрат кожи, покрытый трещинами; наблюдаются на ладонях, подошвах, подбородке, губах и ягодицах при врожденном сифилисе у детей в возрасте до 3 месяцев.

— **сифилитический** — см. *И. диффузный*.

— **Хохзингера** — см. *И. диффузный*.

**ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ** — капельное внутривенное введение больших количеств жидкости (физиологического раствора, кровезаменителей, глюкозы и др.), часто с добавлением лекарственных веществ с целью восстановления должного содержания жидкости, химических элементов (кальций, калий, хлор и др.), необходимых для нормальной жизнедеятельности, а также удаления токсических веществ и стимуляция или, наоборот, снижения интенсивности работы органа.

**ИНЪЕКЦИЯ** — впрыскивание, подкожное, внутримышечное, внутривенное и др. введение в ткани (сосуды) организма малых количеств растворов (преимущественно лекарственных средств).

**ИРРАДИАЦИЯ** — распространение, передача. Например, боль в ухе с иррадиацией (отдачей) в голову.

**ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ (ИЦН)** — недостаточность перешейка и шейки матки, приводящая к самопроизвольному выкидышу во II или III триместре беременности. К ИЦН могут привести повреждения мышечной ткани в области внутреннего зева канала шейки матки (сфинктера шейки матки), изменение соотношения между соединительной и мышечной тканью в шейке матки, а также нарушение нейрогуморальных воздействий на шейку матки. Субъективные симптомы при ИЦН вне беремен-

## ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ

ности и в I триместре беременности отсутствуют. Во II—III триместре беременности происходит самопроизвольный выкидыш (в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зиянием внутреннего зева и канала шейки матки плодное яйцо лишается физиологической опоры в нижнем сегменте матки, при увеличении внутриматочного давления по мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются, после чего происходит изгнание плодного яйца из полости матки). Диагноз основан на: осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал, влагалищном исследовании. Выявляют размягчение и укорочение шейки матки, зияние наружного зева и пролабирование плодного пузыря. У нерожавших женщин наружный зев может быть закрыт. В сомнительных случаях — УЗИ матки. Врожденная ИЦН наблюдается у женщин с гипоплазией матки, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки.

— **вторичная** — см. *ИЦН органическая*.

— **органическая** (посттравматическая, вторичная) — ИЦН, обусловленная механическим повреждением перешейка и шейки матки. Причины: предшествующие выскабливания слизистой оболочки матки, сопровождающиеся механической дилатацией шейки матки, и глубокие разрывы шейки матки при патологических родах (наложение акушерских щипцов, плодоразрушающие операции и др.); как следствие плохого заживления разрывов шейки матки с развитием рубцовой ткани, которая не может обеспечить закрытие шейки матки во время следующей беременности. При отсутствии беременности о.ИЦН можно диагностировать с помощью рентгеноконтрастного исследования матки (20—24-й день цикла).

— **посттравматическая** — см. *ИЦН органическая*.

— **функциональная** — ИЦН, развивающаяся при отсутствии повреждений перешейка и шейки матки. Считается, что ф.ИЦН — следствие нарушения соотношения между мышечной и соединительной тканями шейки матки; результат изменений реакции ее структурных элементов на нейрогуморальные раздражители. Определенную роль играют  $\alpha$ - и  $\beta$ -адренорецепторы. Активация  $\alpha$ -адренорецепторов ведет к сокращению мышцы матки и расширению перешейка, активация  $\beta$ -адренорецепторов оказывает

обратное действие. Чувствительность  $\alpha$ -адренорецепторов усиливается при гиперэстрогении,  $\beta$ -адренорецепторов — при повышении уровня прогестерона. Раздражение  $\alpha$ -адренорецепторов и торможение  $\beta$ -адренорецепторов приводят к развитию ф.ИЦН. Гистологическое исследование ткани шейки матки у женщин с ф.ИЦН показывает увеличение количества мышечной ткани до 50% (в норме мышечная ткань составляет не более 15% массы шейки матки), что ведет к раннему размягчению шейки матки при беременности и развитию ее недостаточности.

**ИСТОЩЕННЫХ ЯИЧНИКОВ СИНДРОМ** — см. *Синдром истощенных яичников.*

**ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ДВОЙНИ СИНДРОМ** — см. *Синдром исчезновения двойни.*

...ИТ — окончание слова указывает на воспалительный характер заболевания (отит — воспаление уха, паротит — воспаление околоушных слюнных желез, аппендицит — воспаление червеобразного отростка, и др.).

**ИЦЕНКО—КУШИНГА СИНДРОМ** — см. *Синдром Иценко—Кушинга.*

**ИШИОПАГИ** (греч.: ischio — седалищная кость, pagos — прикрепленный) — двое близнецов, сросшихся в области промежности.

## К

**КАНАЛ** — см. *Проток.*

— **мочейспускательный женский** (уретра) — непарный орган, начинается от мочевого пузыря внутренним отверстием и заканчивается наружным отверстием, которое открывается спереди и выше отверстия влагалища. Представляет собой короткую, слегка изогнутую и обращенную выпуклостью назад трубку длиной 2,5–3,5 см, диаметром 8–12 мм. На своем пути канал сращен с передней стенкой влагалища. Направляясь вниз, огибает нижний край лобкового симфиза и прободает мочеполовую диафрагму. В месте прохождения через мочеполовую диафрагму канал окружен пучками мышечных волокон, образующих



## КАНАТИК

произвольный сфинктер. В стенке канала различают слизистую и мышечную оболочки.

— **Мюллеров** — см. *Проток Мюллеров*.

— **родовой** — см. *Родовые пути*.

— **цервикальный** — см. *Шейка матки*.

**КАНАТИК ПУПОЧНЫЙ** — см. *Пуповина*.

**КАНДИДАМИКОЗ** — см. *Кандидоз вагинальный*.

## КАНДИДОЗ

— **вагинальный** (генитальный, кандидамикоз, молочница) — инфекционное заболевание слизистой оболочки влагалища, распространяющееся на шейку матки и нередко на вульву. Возбудитель — дрожжеподобные грибы, чаще всего рода *Candida albicans*. Грибы кандиды — аэробы, условно — патогенные возбудители, могут попадать в половые пути женщины из кишечника, при непосредственном контакте с экзогенными источниками инфекции (больные, носители). Развитию заболевания способствуют изменения в организме, снижающие защитные силы организма. Обычно заболевание развивается на фоне гормональных нарушений, нарушения метаболизма белков, углеводов, витаминов. У лиц страдающих хроническими заболеваниями (диабет, туберкулез, заболевания органов пищеварения, дисбактериоз.), при применении антибиотиков, кортикостероидных гормонов, иммунодепрессантов. Характеризуется, в основном, поражением слизистой оболочки влагалища, влагалищной части шейки матки, вульвы. Клиника: бели (могут быть жидкими, творожистыми, густыми, зеленовато-белого цвета, с неприятным запахом), зуд (может быть постоянным или беспокоящим во второй половине дня, вечером и ночью, усиливается после длительной ходьбы и во время менструаций). На пораженной слизистой оболочке влагалища и эктоцервиксе. Слизистая оболочка в острой стадии заболевания гиперемирована, отечна, в хронической стадии имеет обычную окраску. Диагноз подтверждает микроскопическое исследование налетов. Возможна реинфекция.

— **генитальный** — см. *К. вагинальный*.

**КАПАЦИТАЦИЯ** — процесс, при котором с апикального тельца (акросомы) сперматозоида удаляется гликопротеиновая оболочка, после чего сперматозоид, не меняясь морфологически, приобретает способность к оплодотворению.

**КАПСУЛА** — плотная соединительнотканная оболочка, покрывающая орган или сустав.

**КАРДИОТОКОГРАФИЯ** — (КТГ) непрерывная одновременная регистрация частоты сердечных сокращений плода и тонуса матки с графическим изображением физиологических сигналов на калибровочной ленте. Ведущий метод наблюдения за характером сердечной деятельности плода (см. Приложение 1).

— **непрямая** — (наружная) используется во время беременности и в родах при наличии целого плодного пузыря. Регистрация ЧСС производится ультразвуковым датчиком, работающим на эффекте Доплера. Регистрация тонуса матки осуществляется тензометрическими датчиками.

— **прямая** — (внутренняя) используется только при нарушении целостности плодного пузыря. ЧСС регистрируется при помощи игольчатого спиралевидного электрода, вводимого в подлежащую часть плода, что также позволяет производить запись его ЭКГ. Прямая регистрация внутриматочного давления осуществляется при помощи введенного в полость матки специального катетера, соединенного с системой измерения давления.

**КАРИОПИКНОЗ** — цитологическая характеристика поверхностных клеток многослойного плоского эпителия в виде сморщивания ядер и конденсация хроматина в бесструктурные массы.

**КАРИОТИП** — хромосомный набор человека.

**КАРМАН**

— **гипофизарный** — см. *Гипофизарный карман*.

— **дугласов** — см. *Углубление прямокишечно-маточное*.

— **Ратке** — см. *Гипофизарный карман*.

**КАРТАГЕНЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Картагенера*.

**КАРЦИНОМА ЖЕЛЕЗИСТАЯ** — см. *Аденокарцинома*.

**КАТАР** (греч.: *katarrheo* — стекать, истекать) — устаревшее название воспаления слизистых оболочек, характеризующегося обильным экссудатом (серозным, гнойным и др.) и стеканием его по поверхности слизистой оболочки.

**КАТЕТЕР** — специальная трубка для введения различных жидких веществ в естественные просветы и полости тела, а также для извлечения их содержимого с диагностической или лечебной целью, например уретральный катетер предназначен для извлечения мочи из мочевого пузыря, а также промывания его растворами антисептиков.

## КАХЕКСИЯ

**КАХЕКСИЯ ГИПОФИЗАРНАЯ** — см. *Болезнь Симмондса.*

**КВИКА ПРОБА** — см. *Проба протромбиновая.*

**КЕЛИОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия.*

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ** — одна из самых древних операций полостной хирургии. Представляет собой родоразрешающую операцию, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке.

Различают абдоминальное и влагалищное КС.

### — показания

— со стороны матери — абсолютные п.:

- 1) анатомически узкий таз III и IV степени сужения (истинная конъюгата — 7,5 см и менее), редко встречающиеся формы узкого таза с резкой степенью сужения (кососмещенный, кососуженный, остеомалационный, спондилолистетический и др.);
  - 2) полное предлежание плаценты;
  - 3) неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением и отсутствием условий для немедленного родоразрешения;
  - 4) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и отсутствие условий для немедленного родоразрешения;
  - 5) угрожающий и начинающийся разрыв матки;
  - 6) два рубца на матке и более;
  - 7) неполноценный рубец на матке (кесарево сечение в анамнезе, миомэктомия, зашивание матки после разрыва и др.);
  - 8) расположение плаценты в области рубца после кесарева сечения;
  - 9) рубец на матке после корпорального кесарева сечения;
  - 10) опухоли органов малого таза, препятствующие рождению плода;
  - 11) состояние после операций по восстановлению мочеполовых и кишечно-половых фистул;
  - 12) рубцовые сужения влагалища и шейки матки;
  - 13) рубец на промежности после разрыва III степени;
  - 14) выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы;
  - 15) экстрагенитальный рак и рак шейки матки.
- относительные п.:
- 1) клинически узкий таз;

2) аномалии родовой деятельности, не поддающиеся консервативной терапии;

3) тяжелые формы поздних гестозов;

4) экстрагенитальные заболевания (миопия высокой степени, заболевания головного мозга, тяжелые заболевания сердечнососудистой системы, почек, эндокринные заболевания);

5) пороки развития матки и влагалища;

6) переломы костей таза и поясничного отдела позвоночника в анамнезе;

7) рубец на матке после кесарева сечения в нижнем маточном сегменте;

8) рубец на матке после пластических операций до или во время беременности (миомэктомия, удаление переродки матки, удаление рудиментарного рога и др.).

— **со стороны плода** — абсолютные п.:

1) острая гипоксия плода, не поддающаяся медикаментозной коррекции, при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;

2) поперечное положение плода после излития околоплодных вод;

3) разгибательные вставления головки плода — лобное, передний вид лицевого, переднеголовное, высокое прямое стояние стреловидного шва;

4) состояние агонии или смерть матери при живом плоде.

относительные п.:

1) хроническая плацентарная недостаточность;

2) тазовое предлежание плода при массе его тела более 3500 г и разогнутом положении головки;

3) многоплодная беременность при тазовом предлежании первого плода;

4) выпадение пуповины;

5) старая первородящая, длительное бесплодие в анамнезе, индуцированная беременность;

6) переносимая беременность;

7) крупный или гигантский плод;

8) анатомически суженный таз I и II степени сужения при массе плода более 3500 г.

— **противопоказания** — инфекционные воспалительные заболевания любой локализации: эндометрит в родах,

## КЕТОСТЕРОИДЫ

сальпингоофорит, параметрит, а также наличие инфекции за пределами гениталий; анте- или интранатальная гибель плода; асфиксия плода, при которой нет уверенности в рождении живого ребенка.

Противопоказания теряют силу, если возникает угроза для жизни женщины.

### — условия

— акушерские — целый плодный пузырь (или после излития вод не должно пройти более 12 ч); отсутствие симптомов эндометрита в родах (повышение температуры, учащение пульса, выделения с запахом); жизнеспособный плод.

— хирургические — наличие большой операционной с инструментарием; наличие специально подготовленного персонала.

**17-КЕТОСТЕРОИДЫ** — стероиды, содержащие кетонную группу в  $C_{17}$ , метаболиты андрогенов.

**КЕФАЛОГЕМАТОМА** — гематома, расположенная на волосяной части головы у новорожденного, формирующаяся при просачивании крови под надкостницу в периоде изгнания.

**КИАРИ-ФРОММЕЛЯ СИНДРОМ** — см. *Синдром Киари-Фроммеля*.

**КИСЛОТА АРАХИДОНОВАЯ** —  $CH_3(CH_2)_3(CH_2CH=CH)_4(CH_2)_3COOH$ ; 5, 8, 11, 14-эйкозатетраэновая кислота; ненасыщенная жирная кислота; биологический предшественник простагландинов, тромбоксанов и лейкотриенов, в совокупности называемых эйкозаноидами.

**КИСТА** — (лат.: cystis — пузырь) патологическая полость в органе с плотными стенками, заполненная жидким или кашицеобразным содержимым (например, киста яичника, зубная киста).

— **бартолиниевой железы** — ретенционная к., образующаяся при закупорке выводного протока большой ж. преддверия влагалища (бартолиниевой железы).

— **удаление** — см. *Бартолиниевой железы кисты удаление*.

— **дермоидная** (дермоид, тератома кистозная, тератома кожного типа) — опухоль, состоящая из эктодермальных структур, стенка формируется из высланной эпителием соединительной ткани, включающей придатки кожи; содержит кератин, кожное сало, зубы и волосы; доброкачественная кистозная тератома яичника.

- **желтого тела** — к. яичника функциональная, образующаяся из желтого тела при избыточной продукции ЛГ.
- **овариальная** — кистозная опухоль яичника (обычно доброкачественного течения).
- **тека-лютеиновая** — к. яичника, образующаяся в результате гиперстимуляции фолликулов ХГТ, например, пузырном заносе, хорионэпителиоме.
- **фолликулярная** — к. яичника функциональная, образующаяся из фолликула при его персистенции и накоплении в нем фолликулярной жидкости.
- **шоколадная** — см. к. *эндометриоидная*.
- **эндометриоидная (шоколадная)** — к. яичника, полость которой выстлана эпителием, по строению напоминающим эндометриальный; содержит вязкую жидкость темно-коричневого цвета.

**КЛЕЙДОТОМИЯ** — (греч.: kleis, kleidos — ключица, tome — разрез, рассечение) акушерская операция: рассечение ключицы (одной или двух) плода для уменьшения объема плечевого пояса с целью облегчения его прорезывания при родах. Операция обычно выполняется как вспомогательная после одной из плодоразрушающих операций. Исключительно редко производится на живом плоде (пересеченная или сломанная ключица срастается в течение нескольких дней).

**КЛЕТКА** — элементарная живая система, основа строения и жизнедеятельности всех животных и растений. К. существует как самостоятельный организм и в составе многоклеточных организмов, в которых имеются половые к. и соматические к., различные по строению и функциям. У человека в организме новорожденного около  $2 \times 10^{12}$  к. В каждой к. различают ядро и цитоплазму, в которой находятся органоиды и включения.

- **гало** — см. *Койлоциты*.
- **гранулезы** — к. зернистой оболочки фолликулов яичника, трансформирующиеся после овуляции в эндокринные к., желтого тела.
- **Лейдига** — интерстициальные эндокриноциты, расположенные между извитыми семенными канальцами, секретируют тестостерон.
- **половая первичная** — см. *Гоноциты*.
- **Сертоли (суспенгоцит)** — удлиненные к. семенных канальцев, служащие поддерживающим и трофическим субстратом для сперматид при сперматогенезе.

## КЛЕТЧАТКА

- **стволовая** — см. *Стволовые клетки*.
- **тека** — гормон-секретирующие к. желтого тела, образующиеся после овуляции из клеток theca interna фолликулов яичника.
- **Хофбауэра** — крупные к. в соединительной ткани ворсины хориона, аналог макрофага, относятся к системе мононуклеарных фагоцитов.
- **эпителиоидные** — к. незителиального генеза, имеющие сходство с эпителиальными, например, ГМК околопочечного комплекса почки; большой мононуклеарный гистиоцит, имеющий характеристики эпителиоцитов, в частности, в составе гранулем имеет полигональную форму и эозинофильную цитоплазму.

**КЛЕТЧАТКА ОКОЛОМАТОЧНАЯ** — см. *Параметрий*.

**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД** — см. *Период климактерический*.

**КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром климактерический*.

**КЛИППЕЛЯ-ФЕЙЛЯ СИНДРОМ** — см. *Синдром Клиппеля-Фейля*.

**КЛИТОР** — непарный орган, гомологичен половому члену, образован двумя пещеристыми телами (*corpora cavernosa clitoridis*), сращенными с помощью ножек с нисходящими ветвями лобковых костей. Сходясь у нижнего края лонного сочленения, ножки образуют тело клитора (*corpus clitoridis*), имеющее округлую форму и заканчивающееся снаружи головкой (*glans clitoridis*). К. окружен белочной оболочкой, состоит из кавернозной ткани. Кожный покров его богат нервами и нервными окончаниями. Ниже к. по средней линии расположено наружное отверстие мочеиспускательного канала.

**КЛЯЙНФЕЛЬТЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Кляйнфельтера*.

**КОАГУЛЯЦИЯ** — (лат.: *coagulatio* — свертывание, сгущение) слипание твердых частиц в дисперсных системах при их соприкосновении. Слияние капель жидкости или газовых пузырьков называется коалесценцией. Коагуляция и коалесценция используются при очистке природных и сточных вод, извлечении ценных продуктов из отходов производства, нанесении покрытий, получении лекарственных препаратов, пищевых продуктов.

**КОИТУС** (половое сношение, совокупление, половой акт, пенетрация фалло-вагинальная) — (лат.: coitus — совокупление) генитальный контакт двух индивидуумов с целью получения полового удовлетворения, а также для продолжения рода.

**КОЙЛОЦИТ** (гало-клетки) — клетка плоского эпителия, часто двуядерная, с перинуклеарным просветлением; характерна для остроконечной кондиломы, вызванной ВПЧ.

**КОККЕЙНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Коккейна*.

**КОЛЛАПС** — (лат.: collapsus — упавший) угрожающее жизни состояние, характеризующееся падением кровяного давления и ухудшением кровообращения жизненно важных органов. Проявляется резкой слабостью, бледностью, холодным липким потом, похолоданием конечностей. Возникает при инфекционных болезнях, отравлениях, большой кровопотере и др.

**КОЛЛИЗИЯ БЛИЗНЕЦОВ** — (лат.: collisio — столкновение) сцепление плодов во время родов при многоплодной беременности, когда во вход малого таза вступают одновременно крупные части обоих плодов.

**КОЛМЕНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Колмена*.

**КОЛЬПЕЙРИЗ** — (лат.: colp — влагалище, греч.: eugys — широкий) акушерская операция для предотвращения преждевременного излития околоплодных вод, выпадения мелких частей плода и для стимуляции родовой деятельности, заключающаяся во введении во влагалище кольпейринтера на 6–8 часов.

**КОЛЬПИТ** (вагинит) — воспаление слизистой оболочки влагалища.

- **атрофический** — развивается преимущественно в старческом возрасте на фоне выраженного снижения гормональной функции яичников и истончения слизистой оболочки влагалища (см. к. сенильный).
- **возрастной** — см. *К. сенильный*.
- **гранулезный** — характеризуется резкой гиперемией и появлением на поверхности слизистой оболочки влагалища множественных мелких выступов в виде сосочков.
- **сенильный** (возрастной, старческий, атрофический) — к., возникающий вследствие дефицита эстрогенов в постменопаузе. Дефицит эстрогенов прекращает митотическую активность парабазального эпителия и, соответственно,



## КОЛЬПОСКОПИЯ

пролиферацию влагалищного эпителия. В связи с этим исчезает гликоген, а из влагалищного биотопа элиминируется его основной компонент — лактобациллы. Это приводит к колонизации влагалища экзогенными микроорганизмами, эндогенной флорой, возрастает риск возникновения кольпита и развития восходящей урологической инфекции. Эстрогеновый дефицит также сопровождается снижением кровообращения во влагалище различной степени выраженности, с чем связаны сухость влагалища и диспареуния. Эпителий влагалища атрофируется, трансудация снижается, цвет влагалищной стенки изменяется. Влагалищная стенка легко травмируется и кровоточит при любом контакте. Возникающие ссадины и трещины легко инфицируются. Возможно присоединение вторичной инфекции уретры и мочевого пузыря.

- **старческий** — см. *К. сенильный*.
- **эмфизематозный** — характеризуется появлением на поверхности слизистой оболочки влагалища пузырьков, наполненных газом или прозрачной жидкостью; встречается преимущественно у беременных, исчезает на второй неделе после родов.

**КОЛЬПОСКОПИЯ** — один из ведущих методов обследования больных с патологией шейки матки, основная сущность которого состоит в осмотре и ревизии состояния эпителия шейки матки и влагалища при увеличении микроскопом в 7–28 и более раз.

- **простая** — к. без использования медикаментозных средств.
- **расширенная** — осмотр эпителия с применением различных тестов, когда используется визуализация реакции тканей в ответ на обработку медикаментозными составами (уксус, йод).
- **хромокольпоскопия** — к. после окрашивания эпителия красителями (гемаксосилин, метиловый фиолет и др.), в основе которой лежит различная окрашиваемость нормальных и измененных тканей.
- **через цветные фильтры** — применяется для более детального изучения сосудистого рисунка, так как сосуды становятся видимыми более четко. Чаще используется зеленый фильтр.
- **кольпомикроскопия** — «прижизненное гистологическое исследование эпителия» шейки матки с применением раз-

личных красителей под большим увеличением при подведении тубуса непосредственно к шейке матки. Метод очень информативен, но не эффективен при сужении влагалища, значительных кровянистых выделениях, некрозе тканей, и, кроме того, требует особой подготовки.

- **флюоресцентная** — к. после окраски акридином оранжевым, уранином.
- **цервикоскопия** — осмотр поверхности эндоцервикса, оценка складчатости, наличия полиповидных образований, зон эпидермизации, желез.

**КОЛЬПОПЕРИНЕОПЛАСТИКА** (кольпорафия) — ушивание задней стенки влагалища и мышц промежности с целью устранения опущения или выпадения органов малого таза.

**КОЛЬПОРАФИЯ** — хирургическая операция — ушивание стенок влагалища.

- **задняя** — ушивание задней стенки влагалища.
- **передняя** — ушивание передней стенки влагалища.
- **срединная** — операция Лефора—Нойгебауера.

**КОЛЬПОТОМИЯ** — см. *Вагинотомия*.

**КОЛЬПОЦИТОДИАГНОСТИКА** — см. *Папаниколау метод, Пап-мазок*.

**КОЛЬПОЦИТОЛОГИЯ** — см. *Метод кольпоцитологический*.

## КОЛЬЦО

- **Бандля** — кольцо, формирующееся на месте соединения верхнего и нижнего сегментов матки при перерастяжении нижнего сегмента матки вследствие механического препятствия во втором периоде родов. Признак угрожающего разрыва матки в родах.
- **Гольджи** — Разгружающий пессарий. Используется при ИЦН (см.).
- **контракционное** (пограничное) — граница между телом матки и ее нижним сегментом. Высота положения к.к. над лобковым симфизом служит показателем степени раскрытия шейки матки.
- **контрацептивное** — контрацептивное эстроген-гестагенное средство для ежемесячного влагалищного применения. Представляет собой гибкое прозрачное кольцо, выполненное из эвюатана и содержащее 2,7 мг этинилэстрадиола и 11,78 мг этоноргестрела. Преимущества: ежедневное выделение малых доз гормонов, отсутствие побочных симптомов, отсутствие колебаний экскреции гормонов, отсутствие эф-

## КОМПЛЕКС

фекта первичного прохождения через печень и ЖКТ, возможность самостоятельного использования, использование у нерожавших женщин, неинвазивность метода, быстрое восстановление фертильности.

— **маточное** — см. *Пессарий акушерский*.

— **пограничное** — см. *К. контракционное*.

**КОМПЛЕКС TORCH** — **T** — токсоплазмоз, **O** — другие (other) инфекции (сифилис, хламидиоз, энтеровирусные инфекции, гепатиты, гонорея, листериоз), **R** — краснуха (rubella), **C** — цитомегаловирусная инфекция (cytomegalia), **H** — герпесвирусная инфекция (herpes) (см.).

**КОНДИЛОМА** — бородавчатые разрастания в области заднего прохода и/или женских наружных половых органов.

— **остроконечная** (бородавка остроконечная) — к., состоящая из фиброзных разрастаний, покрытых утолщенным эпителием, вследствие инфицирования ВПЧ.

— **плоская** — см. *К. широкая*.

— **широкая** (плоская к., сифилитид папулезный вегетирующий) — вторичные сифилитические папулезные высыпания с уплощенной вершиной, покрытые некротизированным слоем эпителиального детрита и выделяющие серозно-гнойную жидкость, возникают в местах соприкосновения кожных складок.

**КОНИЗАЦИЯ** — удаление тканей в виде конуса, например слизистой оболочки шейки матки.

**КОНСУЛЬТАЦИЯ ЖЕНСКАЯ** — лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, осуществляющего свою работу по участковому принципу. Основные задачи ж.к. заключаются в диспансеризации беременных и родильниц, снижении материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, оказании медицинской помощи гинекологическим больным и их диспансеризации, профилактике онкологических заболеваний и болезней молочных желез, сохранении репродуктивного здоровья женщины (регулирование репродуктивной функции, снижение числа аборт), осуществлении мероприятий по планированию семьи.

**КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ** — один из видов специализированной помощи населению, направленный, главным образом, на выявление генетического риска и предупреждение появления в семье больных с наследственной патологией. Основные задачи: установление

точного диагноза наследственного заболевания; определение типа наследования заболевания в данной семье; расчет риска повторения болезни в семье; определение наиболее эффективного способа профилактики.

**КОНТРАЦЕПЦИЯ** — (лат.: *contr* — против, *ассептио* — зачатие) предохранение от зачатия. Различают: гормональную к., посткоитальную к., внутриматочную к., барьерные методы к., биологические методы к., прерывание полового акта, добровольную хирургическую стерилизацию.

— **аварийная** — см. *К. посткоитальная*.

— **внутриматочная** — широко распространенный метод к., преимуществом которого является высокая эффективность, длительность к.-го эффекта, применение женщинами, которым противопоказаны гормональные к., которые забывают или не могут ежедневно принимать таблетки. Не влияет на лактацию. Противопоказания: острые, подострые воспалительные заболевания половых органов, хронические воспалительные заболевания с частыми обострениями, инфекционные заболевания, лихорадка любого генеза, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, нарушение менструального цикла, доброкачественные и злокачественные опухоли половых органов, предполагаемая или подтвержденная беременность, аллергия на компоненты к., высокий риск ИППП, заболевания, подавляющие иммунный ответ. Не рекомендуется применение нерожавшим женщинам. Осложнения: маточные кровотечения и эрозии сосудов эндометрия, перфорация дна матки, инфицирование, внематочная беременность, невынашивание беременности.

— **гормональная** — наиболее эффективный метод предупреждения нежелательной беременности. Различают комбинированные эстроген-гестагенные к. (комбинированные оральные к.; парентеральные: влагалищное кольцо, пластырь) и чисто гестагенные к. (оральные: мини-пили; парентеральные: имплантанты, инъекции, ВМС Мирена).

— **немедленная** — см. *К. посткоитальная*.

— **пожарная** — см. *К. посткоитальная*.

— **посткоитальная** (аварийная, немедленная, неотложная, пожарная, срочная, экстремальная) — метод к., который может быть использован женщиной для предупреждения беременности, после совершившегося незащищенного

## КОНФИГУРАЦИЯ

полового контакта в случаях, когда по какой-либо причине не были использованы другие методы к. и существует вероятность зачатия. К.п. должна использоваться в чрезвычайных ситуациях (изнасилование, принуждение к половому контакту, случайная половая связь, разрыв презерватива). Цель к.п. — предотвратить нежелательную беременность после незащищенного полового акта на этапе овуляции, оплодотворения, имплантации.

— **срочная** — см. *К. посткоитальная.*

— **экстренная** — см. *К. посткоитальная.*

**КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА** — изменение формы головки плода в родах, происходящее за счет смещения костей черепа и приводящее к уменьшению поперечных размеров головки.

**КОНЪЮГАТА** — общее название линейных размеров женского таза.

— **анатомическая** — расстояние от середины верхнего края лонного сочленения до мыса. На 0,2–0,3 см длиннее истинной к.

— **внутренняя** — истинная к.

— **входа** — истинная к.

— **диагональная** — переднезадний размер между серединой мыса и нижним краем лобкового симфиза. Равна 12,5–13 см. Для определения истинной к. из размера д.к. вычитают 1,5–2 см.

— **истинная** — расстояние между самой выдающейся точкой мыса и серединой верхневнутреннего края лонной дуги. Равна 11 см.

— **ложная** — диагональная к.

— **наружная** — расстояние между нижним поясничным позвонком и серединой наружной поверхности симфиза. Равна 20–21 см. По величине н.к. можно судить о размере истинной к., для этого из длины н.к. вычитают 9 см.

**КОРДОЦЕНТЕЗ** — чрезбрюшной забор крови из пуповины плода, производимый под контролем УЗИ. Проводится во II и III триместрах беременности.

**КОРТИКОЛИБЕРИН** — кортикотропин-высвобождающий гормон.

**КОРТИКОСТЕРОИДЫ** — гормоны, вырабатываемые корой надпочечников. Регулируют минеральный обмен (минералокортикоиды — альдостерон) и обмен углеводов, белков и

жиров (глюкокортикоиды — гидрокортизон, кортизон, кортикостерон, влияющие и на минеральный обмен). Применяются в медицине при их недостаточности в организме (например, при Аддисоновой болезни), в качестве противовоспалительных и противоаллергических средств.

**КОРТИКОТРОПИН** — адренкортикотропный гормон.

### КОРЬ

— **германская** — см. *Вирус краснухи*.

— **трехдневная** — см. *Вирус краснухи*.

**КОСТЕОБРАЗОВАНИЕ** — см. *Остеогенез*.

**КОТИЛЕДОН** — структурно-функциональная единица сформированной плаценты, образованная стволовой ворсинной хориона, содержащей сосуда плода. К. отделены друг от друга перегородками (септами). В сформированной плаценте имеется 10–12 больших, 40–50 мелких и 140–150 рудиментарных к.

**КОЭФФИЦИЕНТ** — (лат.: со — совместно, efficiens — производящий) множитель, обычно выраженный цифрами.

— **IQ** — см. *К. интеллектуальности*.

— **абортов** — число абортов на 1000 женщин фертильного возраста (15–49 лет) за данный год.

— **интеллектуальности (IQ)** — показатель умственного развития, уровня имеющихся знаний и осведомленности, получаемый на основе различных тестов.

— **плацентарно-плодовый** — отношение веса плаценты к весу плода. В отечественной литературе обозначается простой дробью, в зарубежной — десятичной. При нормальном весе доношенного плода (3000–3200 г) и плаценты (500–600 г) ППК колеблется от  $\frac{1}{5}$  до  $\frac{1}{7}$  или от 0,13 до 0,19.

**КРАНИОПАГИ** — двое близнецов сросшихся гомологичными частями черепа.

**КРАНИОРАХИШИЗИС** — врожденное незаращение черепа и позвоночника.

**КРАНИОТОМИЯ** (цефалотомия) — (греч.: craniо — голова, tome — разрез, рассечение) акушерская плодоразрушающая операция, заключающаяся в перфорации головки плода с последующим удалением вещества головного мозга.

**КРАСНУХА** (германская корь, трехдневная корь, эпидемическая розеола) — острое вирусное заболевание, характеризующееся мелкопятнистой экзантемой, генерализованной лимфоаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой и по-

ражением плода у беременных (при инфицировании женщины во время первых месяцев беременности (см. *Вирус краснухи*).

**КРИГЛЕРА—НАЙЯРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Криглера—Найяра*.

**КРИО...** — часть сложных слов, означающая связь с холодом, морозом, льдом, низкими температурами.

**КРИОДЕСТРУКЦИЯ** — метод локального воздействия низких температур с лечебной целью, при котором ткани, подлежащие удалению (опухоли головного мозга, миндалина и др.) подвергаются разрушению (деструкции). Широко применяется при лечении сосудистых образований (гемангиома).

— **шейки матки** — метод лечения путем воздействия низких температур на патологический очаг, расположенный на шейке матки. Вызывает некроз патологического очага. В качестве охлаждающего агента используется жидкий азот. Преимущество метода: проводится амбулаторно, больная не теряет трудоспособность, безболезненность за счет быстрого нарушения нервных окончаний, не нарушает процесс раскрытия шейки матки в родах, не вызывает склерозирование соединительной ткани, безопасность, бескровность, технически легко выполним. Недостатки: невозможно получить ткани для гистологии, незначительная глубина воздействия, невозможность контролировать глубину деструкции.

**КРИОТЕРАПИЯ** — 1) лечение холодом; умеренное охлаждение какой-либо части тела для уменьшения болей, при воспалительных процессах, при кровотечениях и т.п.; 2) общее название методов лечения, основанных на применении низких температур для охлаждения тканей, органов или всего организма.

**КРОВЕЗАМЕНИТЕЛИ** — растворы, преимущественно для внутривенного введения с целью восполнения объема циркулирующей в кровяном русле жидкости, удаления из организма токсичных веществ.

**КРОВОТЕЧЕНИЕ** — (лат.: haemo — кровь, ghaigia — истечение) истечение крови из кровеносных сосудов при нарушении целостности или проницаемости их стенок. Может быть обусловлено различными гинекологическими заболеваниями, патологией беременности, родов и послеродового периода, травмами, заболеваниями системы крови и других систем.

- **дисфункциональное маточное (ДМК)** — маточное к. вследствие патологии эндокринной регуляции, не связанное с органическими причинами. В большинстве случаев ДМК являются ановулярными, т.е. возникают при отсутствии овуляции в яичниках — атрезии и персистенции фолликула. При атрезии фолликулы развиваются в течение короткого времени и не подвергаются овуляции. В результате этого отсутствует желтое тело, вырабатывающее прогестерон, под влиянием которого совершаются секреторные превращения эндометрия и возникает менструация. Атрезия фолликулов сопровождается невысокой продукцией эстрогенов. В противоположность этому персистенция характеризуется длительным развитием фолликула с образованием значительных количеств эстрогенных гормонов. При персистенции также не происходит овуляции и развития желтого тела. В патологически разросшемся под влиянием эстрогенов эндометрии возникают сосудистые нарушения, приводящие к некротическим изменениям слизистой оболочки; разросшийся эндометрий начинает отторгаться от стенок матки, что сопровождается длительным и нередко обильным к. Перед возникновением к. наблюдается задержка менструаций на 2 нед. и более. Возникновению к. обычно предшествуют временная аменорея длительностью от нескольких недель до 1—3 мес. На фоне задержки менструаций появляется к. Оно может быть обильным или скудным, относительно коротким (10—14 дней) или очень длительным (1—2 мес). Типично отсутствие боли. Диагноз основывается на данных анамнеза, клинической картины, данных влагалищного исследования, УЗИ.
- **маточное гипотоническое** — к., возникающее вследствие недостаточного тонуса миометрия, возникает в третьем периоде родов или в послеродовой периоде (см. *Гипотония матки*).
- **прорыва** — истечение крови из матки между менструациями; побочный эффект, наблюдаемый у некоторых женщин, использующих пероральные контрацептивы.
- **во время беременности и родов** — в первой половине беременности кровотечения в основном обусловлены самопроизвольным абортом. Кровянистые выделения из матки бывают связаны с внематочной беременностью, а также с



## КРОВОТЕЧЕНИЕ

развитием трофобластических заболеваний (пузырный занос и хорионэпителиома).

Самопроизвольный аборт сопровождается появлением кровянистых выделений из половых путей, выраженность которых находится в зависимости от стадий развития аборта. Аборт в ходу сопровождается значительным кровотечением. При угрожающем аборте могут быть скудные мажущие темные кровянистые выделения. Неполный аборт характеризуется сильным, иногда профузным кровотечением. При полном аборте кровотечение значительно меньше, чем при неполном выкидыше.

К. во второй половине беременности и во время родов обусловлены в основном неправильным расположением плаценты (предлежание плаценты), ее преждевременном отделении от стенок матки (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), задержкой плаценты или ее частей в матке, а также частичным приращением плаценты. Выявленность кровотечения бывает различной — от мажущихся выделений до профузного кровотечения.

Для предлежания плаценты характерно появление кровянистых выделений из половых путей в конце беременности или в начале родов. Кровотечение безболезненное. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты из наружных половых путей появляется кровь, однако степень наружного кровотечения не соответствует анемизации больной, так как значительная часть крови скапливается между маткой и плацентой (ретроплацентарная гематома). Иногда наружного кровотечения может и не быть.

Послеродовое гипотоническое к. обычно возникает в первые часы после родов и в основном обусловлено недостаточной сократительной активностью матки вследствие аномалий родовой деятельности, перерастяжения матки (крупный плод, двойня, многоводие и др.), инфантилизм, предшествующих воспалительных заболеваний (метрознодометрит), наличия опухолей (миома). Основным симптомом — непрекращающееся к. из половых путей. Кровь выделяется порциями, образует сгустки, что отличает гипотоническое к. от гипофибриногенемического (из половых путей выделяется жидкая кровь без сгустков).

Гипотоническое к. следует отличать от кровотечения в раннем послеродовом периоде, связанного с разрывом шейки матки или стенок влагалища. При разрыве шейки матки или стенки влагалища кровь алого цвета, тонус матки остается хорошим.

- **при травме половых органов** — к., возникающие при дефлорации во время первого полового сношения (обычно необильное), а также при ушибах и ранениях в результате падения, удара и т.п.

При разрыве девственной плевы больная жалуется на кровотечение из половых путей и боль в области входа во влагалище. При осмотре преддверия влагалища отмечается отек тканей и кровотечение из надорванной девственной плевы. При ушибах и повреждениях наружных половых органов наружное кровотечение чаще всего возникает в связи с повреждением области клитора (кровотечение может быть обильным). Травматическое повреждение может проявляться развитием гематомы в области наружных половых органов, при этом наружное кровотечение отсутствует, а больная жалуется на распирающую боль и невозможность сидеть.

- **при заболеваниях половой системы** — у гинекологических больных к. может быть связано с различными функциональными и органическими заболеваниями половых органов. Различают циклические и ациклические кровотечения. Для первых (меноррагий) характерны циклически появляющиеся кровотечения из половых путей, более продолжительные (свыше 5–6 дней) и более обильные (кровопотери более 50–100 мл), в отличие от нормальной менструации. Ациклические кровотечения возникают между менструациями (метроррагии). При тяжелых нарушениях нельзя выявить цикличность кровотечений, поэтому больные теряют представление о менструальном цикле и сообщают врачу о кровотечениях, возникающих в самое неопределенное время. Такие кровотечения также называются метроррагиями.

Кровотечения типа меноррагий возникают при эндометрите, миоме матки, эндометриозе. При этих заболеваниях изменяется сократительная способность матки, что и обуславливает усиление и удлинение менструального кровотечения. Меноррагии встречаются при раке тела мат-

ки. Иногда циклические кровотечения могут быть симптомом заболеваний других систем (болезнь Верльгофа, сердечно-сосудистые заболевания, болезни печени, щитовидной железы и др.).

При множественной миоме матки больные, помимо меноррагий, могут жаловаться на боль (при некрозе узла) или на нарушение функции мочевого пузыря или прямой кишки, если рост узлов направлен в сторону этих органов. Подслизистая (субмукозная) миома матки сопровождается не только циклическими, но и ациклическими кровотечениями.

Эндометриоз тела матки сопровождается не только явлениями меноррагий, но и выраженной болезненностью менструаций (альгодисменорея). Эндометриоз шейки матки приводит к возникновению меноррагии, но не сопровождается, в отличие от эндометриоза тела матки, болезненностью.

К. типа метроррагии чаще всего бывают дисфункционального характера (см. ДМК), могут быть связаны с органическими поражениями матки (рак тела, рак шейки) или яичников (эстрогенпродуцирующие опухоли).

**КРЮЧОК АКУШЕРСКИЙ** — хирургический инструмент.

— **Буша** — к. для извлечения мертвого плода при ягодичном предлежании путем захвата за паховый сгиб.

— **декапитационный** — тонкий к., применяемый при плодоразрушающих операциях для наложения на шею плода и перелома шейных позвонков.

**КСАНТОМАТОЗ СЕМЕЙНЫЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЧЕСКИЙ** — см. *Гиперлиппротеинемия II типа*.

**КУЛЬДОСКОПИЯ** — введение эндоскопа через заднюю стенку влагалища для осмотра ректовагинального углубления и тазовых органов.

**КУЛЬДОЦЕНТЕЗ** — аспирация жидкости из маточно-прямокишечного углубления пункцией влагалищной стенки по средней линии между прямокишечно-маточными связками.

**КУШИНГА СИНДРОМ** — см. *Синдром Кушинга*.

**КЮРЕТАЖ** — выскабливание внутренней поверхности полости или канала с целью удаления грануляций, патологических тканей или получения материала для гистологического исследования.

## Л

**ЛАВАЖ** (промывание, диализ) — санация какой-либо полости или органа обильным проточным орошением.

**ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ** — применение «светового скальпеля» — лазера для стерильного и бескровного рассечения и разрушения тканей преимущественно при глазных болезнях (отслойка сетчатки, глаукома, опухоли сосудистой оболочки глазного яблока, в детской хирургии, а также в гинекологии).

**ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ** — лечение с помощью лазерного излучения.

**ЛАКТАЦИЯ** — образование молока в молочных железах и периодическое выведение его. Начинается после родов под действием гормонов; если молоко не выводится из железы, лактация прекращается.

**ЛАКТОГЕН** — фактор, способствующий выработке или выделению молока.

— **плацентарный** — белковый гормон плацентарного происхождения. Обладает активностью пролактина и иммунологическими свойствами гормона роста, дает лактогенный и лютеотропный эффект, поддерживая стероидогенез в желтом теле яичника в первом триместре беременности. Основная биологическая роль — регуляция углеводного и липидного обмена и усиление синтеза белка в организме плода, от чего в определенной мере зависит его (плода) масса. Синтезируется клетками трофобласта и по структуре близок к гормону роста. Л.п. поступает в организм матери, где быстро метаболизируется. Период его полураспада от 11 до 30 мин. Измерение содержания л.п. в сыворотке крови матери используется для диагностики функционального состояния плаценты, выявляется в крови матери уже на 5–6-й неделе беременности.

**ЛАКТОГЕНЕЗ** — инициация секреции молока.

**ЛАКТОСТАЗ** — застой молока в дольках грудной железы вследствие спазма выводных протоков.

**ЛАКТОТРОПИН** — см. *Пролактин*.

**ЛАМПА ВУДА** — ультрафиолетовая л. с фильтром из оксида никеля, пропускающим свет с максимальной длиной волны около 366 нм.

## ЛАПАРОСКОПИЯ

**ЛАПАРОСКОПИЯ** (абдоминоскопия, вентроскопия, келиоскопия, перитонеоскопия, спланхноскопия, целиоскопия) — исследование органов брюшной полости путем их осмотра с помощью эндоскопа, вводимого в брюшную полость через переднюю брюшную стенку. Показания:

1. В плановом порядке: женское бесплодие (см.), в т.ч. трубно-перитонеальное бесплодие, хронические тазовые боли (подозрение на наружный генитальный эндометриоз, хронический адгезивный воспалительный процесс придатков матки), синдром склерокистозных яичников, опухоли яичников, миома матки, стерилизация маточных труб.

2. В экстренном порядке: внематочная беременность, разрыв кисты яичника, апоплексия яичника с внутренним кровотечением, перекрут «ножки» опухоли (или кисты) яичника, перфорация матки, гнойно-воспалительные заболевания придатков матки и углублений малого таза.

**ЛАТЕНТНЫЙ ПЕРИОД** — см. *Период латентный.*

**ЛЕЙКОПЛАКИЯ** — (греч.: leucos placia — белая бляшка) патологический процесс, характеризующийся нарушением основных функций многослойного плоского эпителия: отсутствием гликогенообразования и возникновением ороговения, которое в норме отсутствует. Фоновое заболевание шейки матки. При осмотре в зеркалах: белое пятно или бляшка, спаянная с подлежащей тканью (тампоном не снимается!). Цитологически: безъядерные клетки плоского эпителия (чешуйки), которые могут располагаться изолированно или пластами, ороговение промежуточных клеток.

Кольпоскопически: белые пятна с зернистой поверхностью, перламутровым отливом, различной величины, одиночные и множественные, с ровными или зубчатыми краями. Кровеносные сосуды не видны. Йоднегативны, гликоген всегда отсутствует.

Гистологически: явления паракератоза и акантоза, периваскулярные субэпителиальные инфильтраты, представленные гистиоцитами и плазматическими клетками.

**ЛЕЙКОТРИЕНЫ** — продукты метаболизма арахидоновой кислоты, образуются при липооксигеназном ее окислении; обладают физиологической активностью, например, медиаторы воспаления или веществ, участвующие в аллергических реакциях, вызывают значительное сокращение ГМК, участвуют в регуляции иммунных реакций.

**ЛЕЙОМИОМА** — доброкачественное новообразование, развивающееся из гладких мышц.

— **матки** — наиболее часто диагностируемая доброкачественная опухоль миометрия (см. *Матки миома*).

**ЛЕЦИТИН** — фосфолипид, распадающийся при гидролизе на молекулы жирных кислот, глицерофосфорной кислоты и холина; под микроскопом выглядит как неупорядоченные вытянутые частицы, известные как миелиновые фигуры; обнаруживается в нервной ткани, особенно в миелиновых оболочках, в яичном желтке, сурфактанте.

**ЛЕША-НАЙЕНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Леша-Найена*.

**ЛИБИДО** — (лат.: libido — желание, влечение, страсть) первоначально одно из основных понятий психоанализа, предложенное Фрейдом для обозначения сексуальных (преимущественно бессознательных) влечений. В современной сексологии понятие «либидо» используют обычно как синоним понятия «половое влечение» у человека.

**ЛИМИТДЕКСТРИНОЗ** — см. *Гликогеноз 3-го типа*.

**ЛИПЕМИЯ СЕМЕЙНАЯ ЛИПИДОИНДУЦИРОВАННАЯ** — см. *Гиперлиппротеинемия IA типа*.

**ЛИПКИХ ТРОМБОЦИТОВ СИНДРОМ** — см. *Синдром липких тромбоцитов*.

**ЛИХОРАДКА ВОЛДЫРНАЯ** — см. *Герпес простой*.

**ЛОБОК** — см. *Лонный бугор*.

**ЛОКАЛИЗАЦИЯ** — местонахождение.

**ЛОННЫЙ БУГОР** (лобок) — (mons pubis, mons veneris) треугольная площадка в нижней части передней брюшной стенки с хорошо развитой жировой клетчаткой и оволосением.

**ЛОРЕНСА-МУНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Лоренса-Муна*.

**ЛОХИИ** — послеродовые выделения из матки, состоящие из слизи, крови и некротизированных тканей отпадающей оболочки.

— **белые** — л., появляющиеся через 10 дней после родов, содержат значительное количество лейкоцитов.

— **красные** — л., содержащие значительную примесь крови, появляются сразу после родов.

— **серозно-геморрагические** — л., появляющиеся через 3–4 дня после родов.

**ЛОХИОМЕТРА** — (греч.: lochii — лохии, metra — матка) осложнение послеродового периода, характеризующееся скоплением послеродовых выделений (лохий) в полости мат-

ки; возникает при недостаточной сократительной активности матки в результате ее перерастяжения (крупный плод, многоплодная беременность), слабости родовых сил в I или II периоде родов, а также при спазме внутреннего маточного зева. При л. размеры матки больше, чем должны быть на данный день после родов, количество выделений из половых путей меньше обычного. Матка при пальпации безболезненна. Общее состояние родильницы не нарушено, температура тела остается нормальной, тахикардии нет.

**ЛЮЛИБЕРИН** — см. *Гонадотропин ЛГ-высвобождающий.*

**ЛЮТЕИНИЗАЦИИ НЕОВУЛИРОВАВШЕГО Фолликула Синдром** — см. *Синдром лютеинизации неовулировавшего фолликула.*

**ЛЮТЕИНОМА** — см. *Лютеома.*

**ЛЮТЕОМА** (лютеинома) — опухоль яичника, происходящая из клеток зернистой оболочки фолликула и/или ее внутренней части и оказывающая эффект прогестерона на эндометрий (для л. характерны аменорея, гипертрихоз, гипертрофия клитора).

**ЛЮТРОПИН** — лютеинизирующий гормон (см. *Гормоны*).

**ЛЮЦЕЯ—ДРИСКОЛЛА Синдром** — см. *Синдром Люцея—Дрисколла.*

## М

**МАЙЕРА—РОКИТАНСКОГО—КЮСТЕРА—ХАУЗЕРА Синдром** — см. *Синдром Рокитанского—Кюстера.*

**МАЗОК** — тонкий препарат для исследования, обычно приготовленный путем равномерного распределения материала на поверхности стекла, его фиксации и окрашивания.

— FGT (female genital tract) — любой цитологический м., полученный из женских половых путей.

— VCE (vagina ectocervix endocervix) — цитологическое исследование содержимого влагалища, эктоцервикса и эндоцервикса, взятых отдельно на одном стекле с немедленной фиксацией; используют для ранней диагностики рака шейки матки и др. заболеваний исследуемых органов, а также для оценки гормональной секреции.

— **быстрый** — цитологический м., содержащий материал из влагалищного секрета и соскоба шейки матки, смешанный и приготовленный в одном микроскопическом препарате, немедленно фиксированном; используют для повседневного исследования женских половых путей, состояния яичников, эндометрия, шейки матки, влагалища и гормонального статуса.

— **нативный** — (лат.: *nativus* — врожденный) не модифицированный, сохранивший структуру, присущую ему в живой клетке.

— **Пап** (Папаниколау метод) — м. слизистой влагалища, полученный для теста Папаниколау.

— **цитологический** — тип цитологической пробы, приготовленной путем размазывания образца, затем его фиксации и окраски, обычно спиртом и краской Папаниколау.

**МАК КЬЮНА—ОЛБРАЙТА СИНДРОМ** — см. *Синдром Мак Кьюна—Олбрайта*.

**МАКРО...** — часть сложных слов, означающая большой, относящийся к большим размерам, величинам (например, макроорганизм, т.е. весь организм человека).

**МАКРОПРОЛАКТИНОМА** — аденома гипофиза, обусловленная высоким уровнем пролактина (более 5000 мМЕ/л). Характерно: патологически измененное турецкое седло: увеличение его размера, 2—3-контурное дно, иногда признаки склерозирования; на томограмме участки повышенной плотности в области гипофиза. Пробы с метоклопрамидом и тиролиберином отрицательные. Нарушения менструального цикла по типу аменореи, галакторея.

**МАКРОСОМИЯ ПЛОДА** — (макро, греч.: *soma* — тело) см. *Гигантизм*.

**МАЛИГНИЗАЦИЯ** (озлокачествление) — (лат.: *malignus* — вредный, губительный) приобретение клетками нормальной или патологически измененной ткани, в т.ч. доброкачественной опухоли, свойств злокачественной опухоли. В основе — нарушение процессов дифференцировки и пролиферации клеток.

**МАЛОВОДИЕ** — уменьшение количества околоплодных вод до 500 мл и менее, связанное с нарушением процессов их секреции и резорбции. Причины: органические поражения выделительной системы плода, обструктивные уропатии, нарушения функции почек плода.



## МАЛОКРОВИЕ

**МАЛОКРОВИЕ** — см. *Анемия*.

**МАЛЫЙ ТАЗ** — см. *Таз женский малый*.

**МАЛЬФОРМАЦИИ** — врожденные пороки, возникающие при неправильном формировании структур. Как правило — проявление генных или хромосомных аномалий; воздействие терратогенов.

**МАММОГЕНЕЗ** — развитие молочной железы.

**МАРОТО—ЛАМИ СИНДРОМ** — см. *Синдром Марото—Лами*.

**МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ** — (лат.: marsupium — кошелек, сумка) оперативный прием, используемый при некоторых кистах органов грудной и брюшной полости, заключающийся в подшивании краев стенки вскрытой кисты к краям операционной раны с последующим заживлением путем заполнения грануляциями открытой глубокой полости.

**МАРФАНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Марфана*.

**МАСКУЛИНИЗАЦИЯ** — см. *Вирилизация*.

**МАССА ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ** — масса при первом взвешивании плода или новорожденного, зарегистрированный после рождения. Эта масса должна быть установлена предпочтительно в течение первого часа жизни, до того, как в постнатальном периоде произойдет значительная потеря массы.

**МАСТИТ** (грудница) — воспалительное заболевание молочной железы, обычно в результате проникновения инфекции через трещины сосков; возникает чаще в послеродовом периоде.

- **абсцедирующий** — гнойный м., протекающий с образованием абсцесса (абсцессов).
- **гангренозный** — м. с тромбозом кровеносных сосудов в зоне воспаления и некрозом участков молочной железы.
- **гнойный** — гнойная инфильтрация ткани молочной железы.
- **инфильтративный** — м. с образованием пальпируемого инфильтрата. Характеризуется большой выраженностью клинических признаков воспаления и ухудшением общего состояния больной. К признакам серозного м. присоединяются гиперемия кожи железы, при пальпации более четко определяется воспалительный инфильтрат. Переход в инфильтративно-гнойный и абсцедирующий м. (см.) сопровождается усилением общих и местных симптомов воспаления, более выраженными признаками интоксикации. Температура тела постоянно высокая или принимает гектический характер. Гиперемия кожи пораженной

- железы усиливается, инфильтрат увеличивается в размерах, в одном из его участков появляется флюктуация.
- **лактационный** — м. послеродовой.
  - **плазмоцитарный (перидуктальный)** — заболевание молочной железы, характеризующееся образованием опухолеподобных инфильтратов, содержащих многочисленные плазматические клетки.
  - **послеродовой** — острый м., возникающий в период кормления грудью.
  - **перидуктальный** — см. *М. плазмоцитарный*
  - **разлитой** — м., распространившийся на значительные участки молочной железы.
  - **ретромаммарный** — воспаление тканей, находящихся зади от молочной железы.
  - **серозный** — острый м. с серозным пропитыванием тканей молочной железы, обычно начальная стадия м. Признаки: нагрубание, отек молочной железы, повышение температуры тела, потливость, слабость, разбитость, резкие боли в молочной железе. Железа увеличена в размерах, отечна, болезненна при пальпации, с помощью которой определяется инфильтрат без четких контуров. Сцеживание молока болезненно и не приносит облегчения. Лейкоцитоз, увеличение СОЭ. При неэффективном лечении через 2—3 дня серозный м. может перейти в инфильтративный (см).
  - **флегмонозный** — м., характеризующийся обширным гнойным поражением молочной железы без четких границ со здоровой тканью. Отмечаются повышение температуры тела до 40°, озноб. Молочная железа резко увеличена, покрыта отечной, блестящей, гиперемированной, с синюшным оттенком кожей. Рано возникает регионарный лимфаденит. В редких случаях вследствие вовлечения в воспалительный процесс сосудов и их тромбоза развивается гангренозный м. (см.).
  - **хронический гнойный** — гнойный м. с затяжным рецидивирующим течением.
  - **хронический негнойный** — медленно развивающийся м. с образованием очагов уплотнения или узлов в тканях без их гнойного расплавления.

**МАСТОПАТИЯ** — 1) группа дисгормональных доброкачественных заболеваний молочных желез с гиперплазией ее ткани;

2) фиброзно-кистозная болезнь с широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в тканях молочных желез и патологическим соотношением эпителиального и соединительнотканного компонентов.

Группу высокого риска развития м. представляют больные с гиперандрогенией, миомой матки, эндометриозом, дисфункциональными маточными кровотечениями, хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Различают узловую и диффузную (с преобладанием железисто, фиброзного или кистозного компонента) формы м. Клинические проявления: боль, усиливающаяся в предменструальном периоде, болезненные участки уплотнения в ткани молочных желез. Диагноз ставится на основании анамнеза (аборты, невынашивание беременности, дисфункциональные маточные кровотечения, длительное бесплодие), клинической картины, пальпации молочных желез в положении стоя и лежа с последовательным исследованием всех квадрантов железы и определении наличия отделяемого из соска, гормонального скрининга, маммографии, УЗИ и морфологических методов исследования. Женщины с м. являются группой риска по возникновению рака молочной железы.

**МАТКА** — непарный мышечный полый орган у женщин, в котором происходят имплантация и развитие зародыша и в котором имплантированный зародыш развивается в плод.

— **анатомия** — м. — полый орган, имеющий грушевидную форму. Вне беременности м. имеет массу 50 г, длину 8 см, ширину 5 см; толщина стенок — 1–2 см. В м. различают тело, дно, шейку, перешеек. Тело м. обычно отклонено кпереди (*anteversio*), оси тела и шейки м. образуют открытый кпереди тупой угол (*anteflexio*). Реже м. наклонена кзади (*retroversio*), при этом возможно образование открытого кзади угла между телом и шейкой м. (*retroflexio*). Шейку м. подразделяют на две части: надвлагалищную (расположенную выше прикрепления свода влагалища) и влагалищную (выступающую во влагалище). Во время беременности из нижней части тела, перешейка и надвлагалищной части шейки м. формируется так называемый нижний сегмент м., образующий вместе с телом м. плодородное место. Верхний (дно, тело) и нижний (перешеек, шейка) сегменты выполняют разные функции: верхний сегмент — сохраняющую во время беременности и

изгоняющую в родах, нижний — запирательную во время беременности и открывательную в родах.

Стенка м. состоит из трех оболочек: слизистой (эндометрий), мышечной (миометрий) и серозной (периметрии). Толщина и структура слизистой оболочки тела м. зависят от фазы менструального цикла. В ее строме находятся простые трубчатые железы. Различают базальный и функциональный (поверхностный) слои слизистой оболочки тела м. Циклические изменения в базальном слое в течение менструального цикла практически не происходят. Эпителий желез базального слоя слизистой оболочки тела м. является источником регенерации ее функционального слоя, отторгающегося во время менструации. В функциональном слое имеются рецепторы к гормонам яичников, под влиянием которых в нем происходят циклические пролиферативные и секреторные изменения в течение менструального цикла.

Мышечная оболочка м. состоит из трех слоев гладких мышечных клеток: внутреннего и наружного косопро-дольных, и среднего циркулярного, богатого сосудами. В области перешейка м., наружного маточного зева и маточных отверстий труб мышечные клетки, располагаясь циркулярно, образуют подобие сфинктеров.

Серозная оболочка м., представляющая собой листок брюшины, покрывает большую поверхность м., не покрыты брюшиной только часть передней и боковые поверхности надвлагалищной части шейки м.. Вокруг шейки м., особенно по бокам, между листками брюшины, образующей серозную оболочку м., имеется скопление жировой клетчатки — параметрий.

Все отделы м. имеют двойную вегетативную иннервацию. Адренергическая иннервация (медиатор — норадреналин) преобладает в продольных пучках среднего (сосудистого) слоя миометрия, а также вокруг сосудов миометрия. Холинергическая иннервация (медиатор — ацетилхолин) преобладает в циркулярно и спиралеобразно расположенных ГМК нижнего сегмента и шейки м., в меньшей степени — в подсосудистом слое, прилегающем к эндометрию. Различают два типа адренорецепторов в мембране ГМК.  $\alpha$ -адренорецепторы, ответственные за сокращение ГМК, располагаются преимущественно на мембранах

продольно расположенных пучков.  $\beta$ -адренорецепторы, активация которых приводит к расслаблению ГМК, находятся на мембранах циркулярно расположенных пучков ГМК. Плотность  $\alpha$ -адренорецепторов зависит от содержания эстрогенов и простагландинов, а  $\beta$ -адренорецепторов — от концентрации прогестерона.

Кровоснабжение м. осуществляется маточными артериями (ветвями внутренних подвздошных артерий), яичниковыми артериями (ветвями брюшной части аорты). Дно м. также кровоснабжается тонкими ветвями артерий круглых связок м., которые отходят от нижних надчревных артерий. Венозная кровь отводится из м. по венам, которые вблизи ее краев образуют сплетение, окружающее маточные артерии и их ветви (венозное маточное сплетение).

— **органогенез** — развитие м. во внутриутробном периоде начинается при длине плода около 65 мм, когда сливаются нижние отделы парамезонефральных (мюллеровых) протоков. Разделение м. на тело и шейку происходит в конце 16-й недели внутриутробной жизни. Длина м. во время внутриутробного развития увеличивается примерно в 4 раза, при этом в связи с различными темпами роста тело м. увеличивается в 6 раз, шейка — в 3 раза. В течение всего периода внутриутробного развития размеры шейки м. преобладают над размерами ее тела. В течение первого года жизни соотношение длины тела и шейки м. 1 : 1. В возрасте 3 лет м. опускается в малый таз, при этом дно ее находится на уровне входа в малый таз. В 9–10 лет размеры м. такие же, как у новорожденной девочки, масса м. составляет в среднем 4,2 г, соотношение длины тела и шейки м. — 2 : 1. В периоде полового созревания размеры м. быстро увеличиваются, между шейкой и телом м. образуется угол, открытый обычно кпереди. В 12 лет масса м. равна 7 г, в 16–18 лет — 25 г. Соотношение длины тела и шейки м. в 12 лет — 1,5 : 1, в 15 лет — 3 : 1 (как у нерожавшей женщины репродуктивного возраста). Масса м. молодой нерожавшей женщины составляет в среднем 46 г, рожавшей женщины — 50 г. Размеры м., по данным ультразвукового исследования, у женщин репродуктивного возраста: длина 5,5–6,3 см, ширина 4,6–6,2 см, переднезадний размер 2,8–4,2 см. В периоде постменопаузы на-

чинается постепенное уменьшение размеров м. Наиболее интенсивен этот процесс в первый год после прекращения менструаций. Уменьшение размеров м., обусловленное физиологической гипоестрогенией, происходит за счет атрофии слизистой оболочки м., замещения мышечной ткани фиброзной и склерозирования сосудов. Угол между телом и шейкой м. исчезает, и вследствие атрофических изменений в связочном аппарате, поддерживающем м., она часто отклоняется кзади.

- **операции** — к операциям на м. относят зондирование канала шейки м. и полости м.; ушивание разрывов и различные виды ампутаций шейки м.; конизацию (конусовидное иссечение) шейки м. с помощью обычного, электрического или лазерного скальпеля; диатермокоагуляцию шейки м. (воздействие на ткань шейки переменным электрическим током высокой частоты); выскабливание слизистой оболочки м.; вентрофиксацию (подшивание м. к передней брюшной стенке при ее выпадении); вентросуспензию (фиксацию м. к передней брюшной стенке с сохранением ее подвижности при отклонениях от физиологического положения); миомэктомию (вылушивание узлов миомы м.); дефундацию (удаление дна м.); надвлагалищную ампутацию (удаление тела м.); экстирпацию, или гистерэктомию — удаление тела и шейки м., при расширенной экстирпации м. удаляют также тазовую клетчатку с расположенными в ней лимфатическими узлами и верхнюю треть влагалища. Во время беременности применяют кесарево сечение (как родоразрешающую операцию), выскабливание или вакуумную аспирацию (ручную или электрическую) с целью прерывания беременности.
- **повреждения** — ушибы м. (у беременных при падении, ушибе живота, поднятии тяжестей) могут привести к самопроизвольному аборту или преждевременным родам. Разрывы шейки и тела м., травматический некроз шейки (возникают при патологическом течении родов). Шеечно-влагалищные свищи (следствие родовой травмы, перфорации м. во время аборта). При несостоятельном рубце на м. (после кесарева сечения, удаления миоматозного узла, перфорации м.) возможен разрыв м. по рубцу во время последующей беременности и родов. Брюшно-маточный свищ (после кесарева сечения и других операций со

вскрытием полости м., при заживлении раны вторичным натяжением.). Перфорация м. (при криминальном, реже медицинском аборте в случае нарушения техники либо вследствие морфологических изменений стенки м.: послеоперационный рубец, рак, хориокарцинома; при использовании внутриматочных контрацептивов). Химические и термические повреждения м. (следствие применения горячих растворов, различных химических агентов), возможны при криминальных абортах, когда в полость м. вводят различные химические вещества. Как правило, сопровождаются инфицированием м. с развитием эндометрита, а затем сепсиса, могут образоваться рубцы, приводящие к атрезии канала шейки м. и синехиям. Инородные тела (главным образом оставшиеся в полости м. различные предметы, введенные с целью прерывания беременности, контрацепции, при мастурбации).

— **аномалии положения** — включает в себя: смещение м. вниз по направлению к влагалищу (опущение или выпадение м.), эктропион (см.), смещение м. вверх (элевация), изменение ее позиции (положения по отношению к геометрической оси малого таза) и наклона тела, усиление или изменения перегиба между телом и шейкой. По отношению к геометрическому центру малого таза м. может быть сдвинута кпереди, кзади, вправо, влево. Жалобы могут отсутствовать, иногда наблюдаются боли, нарушение менструального цикла, бели, расстройства мочеиспускания, запоры. Эти симптомы в основном определяются заболеванием, вызвавшим а.п.

— **пороки развития** — аплазия м. (см.), удвоение м. (см.), асимметричное развитие м., полное или частичное отсутствие полости в одной или обеих м., отсутствие канала шейки в одной из м., двурогая м. (см.), однорогая м. (см.). При наличии двух правильно развитых м. в каждой из них могут совершаться циклические изменения, наступить беременность, завершающаяся нормальными родами. При имплантации оплодотворенной яйцеклетки в рудиментарном роге может наступить его разрыв (особенно если беременность своевременно не установлена), сопровождающийся внутрибрюшным кровотечением. Недоразвитие правильно сформированной м. (гипоплазия) чаще связано с нарушением регулирующей функции гипота-

ламо-гипофизарной системы, нередко бывает одним из проявлений общего инфантилизма. Недоразвитая м. из-за слабости ее связочного аппарата обычно имеет неправильное положение (см.). Шейка недоразвитой м. конической формы, маточные трубы часто удлинены и извиты. В периоде половой зрелости часто отмечаются аменорея, олигоменорея, бесплодие.

- **двурогая** — м., разделенная на два латеральных рога в результате несовершенного развития парамезонефрального протока. При слиянии рогов в области дна м. образуется седловидная м., д.м. может иметь одну или две шейки. Половины д.м. могут быть асимметричными.
- **Кювелера** — утероплацентарная апоплексия, экстравазация крови в мускулатуру матки.
- **однорогоя** — м. с одним рогом, располагающимся в одной из боковых половин, другой недоразвит или отсутствует. Полость м. может быть разделена перегородкой целиком или частично.
- **перегородчатая** — м., разделенная на две полости перегородкой.
- **седловидная (сердцевидная)** — неполное развитие двурогой матки при слиянии рогов в области дна м.
- **сердцевидная** — см. *м. седловидная*.
- **удвоенная (диметрия)** — наличие двух обособленных маток, каждая из которых, как правило, соединяется с соответствующей частью раздвоенного влагалища. Одно из влагалищ может быть замкнутым, и в нем скапливается менструальная кровь (гематокольпос); одна из м. может не иметь сообщения с влагалищем, в результате чего м. наполняется менструальной кровью (гематометра). В этих случаях возникают циклические боли в низу живота. Возникает из-за нарушений слияния парамезонефральных протоков.

**МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ** (фаллопиевы трубы, яйцеводы) — парный орган, соединяющий полость матки с брюшной полостью.

- **анатомия** — представляют собой трубчатые образования длиной 10–12 см. Их просвет с одной стороны сообщается с полостью матки узким маточным отверстием, а с другой стороны около яичника открывается брюшным отверстием в брюшную полость. Каждая м.т. располагается в верхнем крае широкой связки матки. В м.т. различают



## МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ

маточную часть, перешеек, ампулу и воронку. Маточная (интерстициальная) часть трубы заключена в толщу матки и переходит наружу в перешеек — узкий отдел трубы с диаметром просвета 2—3 мм. Перешеек граничит с ампулой — постепенно расширяющимся отделом трубы, составляющим примерно половину всей ее длины; просвет ампулы достигает в диаметре 6—8 мм. Наружную часть трубы, открывающуюся в брюшную полость, называют воронкой; свободный конец ее имеет вид бахромок, одна из которых (яичниковая) приращена к яичнику.

Стенка м.т. состоит из слизистой, мышечной и серозной оболочек. Слизистая оболочка выстилает трубу со стороны ее просвета. Она образует продольные складки на всем протяжении трубы, количество которых увеличивается по направлению к брюшному отверстию трубы (особенно много складок в воронке). Слизистая оболочка покрыта однослойным эпителием. Различают мерцательные и секреторные (железистые) эпителиоциты. Количество тех и других клеток различно в разных отделах маточной трубы и изменяется в зависимости от фазы менструального цикла. Под эпителием располагается собственная пластинка слизистой оболочки, состоящая из рыхлой волокнистой соединительной ткани. Мышечная оболочка представлена двумя слоями гладких мышц, продолжающихся в мускулатуру матки. В наружном слое пучки миоцитов располагаются продольно, во внутреннем — циркулярно. Серозная оболочка образована рыхлой волокнистой соединительной тканью и покрыта плоскими эпителиальными клетками — мезотелием. Кровоснабжение м.т. осуществляется трубными и яичниковыми ветвями маточных артерий, ветвями яичниковых артерий. Венозная кровь собирается в маточное венозное сплетение. Лимфоотток происходит в поясничные лимфатические узлы. В иннервации м.т. участвуют ветви яичникового и маточно-вагинального сплетений.

— **операции** — проводятся при злокачественных опухолях м.т., пиосальпинксе, нарушенной трубной беременности, с целью половой стерилизации (сальпингэктомия, см.) при непроходимости труб и бесплодии (в результате хронического воспалительного спаечного процесса) — расчленение перитубарных спаек (сальпинголизис). При за-

ращении свободного конца м.т. — сальпингостомия. При бесплодии (обусловленном непроходимостью м.т.), а также при нарушенной трубной беременности применяют пластические операции с целью восстановления проходимости м.т. (широко используется микрохирургия).

- **опухоли** — встречаются очень редко (как правило, небольших размеров), клинически не проявляются, обнаруживаются при оперативных вмешательствах на органах малого таза.

При раке м.т. характерно: возраст старше 50 лет (большая часть женщин заболевает в периоде постменопаузы). Локализация о. в ампуле маточной трубы (обычно). По мере роста о. труба растягивается, приобретая ретортообразную форму, в ней возникают некрозы, кровоизлияния, возможны разрывы растянутой стенки маточной трубы. Нарушается проходимость м.т. Возникают перифокальное воспаление и спайки с окружающими органами и тканями (маткой, сальником, петлями кишечника). По гистологическому строению рак м.т. чаще является аденокарциномой (см.). Первые симптомы рака м.т.: водянистые выделения из половых путей (позже сукровичные, гнойно-кровянистые). Боли в низу живота возникают при нарушении оттока содержимого и растяжении маточной трубы. При далеко зашедшем процессе — нарушение общего состояния, повышение температуры тела, признаки интоксикации. Метастазирование происходит по лимфатическим сосудам, в первую очередь в поясничные лимфатические узлы. Обследование: влагалищно-брюшностеночное, прямокишечно-влагалищное, УЗИ, цитологическое исследование отделяемого или аспирата из полости матки, гистологическое исследование соскоба слизистой оболочки матки.

Информативные данные могут быть получены при метросальпингографии с использованием водорастворимых рентгеноконтрастных средств, лапароскопии.

- **пороки развития** — чрезмерно длинные или короткие м.т., добавочные слепые ходы, расщепление просвета трубы (встречаются редко и клинически обычно не проявляются).
- **физиология** — м.т. обладают способностью совершать перистальтические движения (за счет сокращений мышечной оболочки), направленные от ампулы м.т. к матке.

## МАТОЧНОЕ КОЛЬЦО

Наиболее выражена перистальтика в момент овуляции и в начале лютеиновой фазы менструального цикла. Колебания ресничек мерцательных эпителиоцитов также направлены в сторону матки. Во время овуляции усиливается кровенаполнение кольцеобразно расположенных вен воронки м.т. и бахромок, воронка напрягается, и бахропки приближаются к яичнику. В результате движения бахромок яйцеклетка после овуляции попадает в просвет м.т. и благодаря ее перистальтике и колебаниям ресничек эпителиоцитов продвигается по ней в сторону матки. Секрет эпителиоцитов содержит гликопротеины, простагландины  $F_2$  и другие биологически активные вещества, которые повышают способность сперматозоидов к оплодотворению и обеспечивают развитие оплодотворенной яйцеклетки в период продвижения по маточной трубе. Оплодотворение может произойти не только в ампуле маточной трубы, но и в брюшной полости после выхода яйцеклетки из яичника.

**МАТОЧНОЕ КОЛЬЦО** — см. *Пессарий акушерский*.

## МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- **в периоде новорожденности** — являются следствием падения уровня плацентарных эстрогенов и прогестерона в организме, их относят к пограничным состояниям новорожденных. Наблюдаются примерно у 3% новорожденных девочек на первой неделе жизни и характеризуются скудными выделениями из половых путей, состоящими из темной несвернувшейся крови и слизи. Эти выделения, как правило, прекращаются самостоятельно через 1–2 дня.
- **в первое десятилетие жизни** — (до наступления пубертатного периода) могут быть обусловлены гормонально-активными опухолями яичников гранулезоклеточного, текаклеточного или смешанного гранулезотекаклеточного строения. Автономная секреция эстрогенов тканью опухоли приводит к пролиферации (и даже к гиперплазии) эндометрия с последующим его отторжением и кровянистыми выделениями из матки ациклического характера. Не свойственная возрасту гиперэстрогения вызывает рост и развитие половых органов (вульвы, влагалища, матки), молочных желез, появление полового оволосения. Этот симптомокомплекс носит название ложного преждевременного полового развития, т.к. он связан с автономной

секрецией эстрогенов тканью опухоли, а не с активацией функции всей гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Дифференциальный диагноз проводят с кровотечениями из влагалища, причиной которых может быть саркома или инородное тело. Саркома влагалища встречается у девочек первых 3 лет жизни; она представляет собой легко кровоточащие гроздевидные или полипозные разрастания. При инородном теле влагалища кровянистые выделения обычно содержат примесь гноя и имеют гнилостный запах, что обусловлено некротическими изменениями стенки влагалища и образованием пролежней.

— **в пубертатном периоде** — м.к. обычно являются следствием нарушения становления гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы и носят ановуляторный характер. Они называются ювенильными кровотечениями (см). Их необходимо отличать от м.к., обусловленных повышенной кровоточивостью (например, при тромбоцитопении), гормонально-активными опухолями яичника, миомой и саркомой матки, раком шейки матки, а также от м.к., возникающих при прервавшейся беременности.

— **в репродуктивном периоде и в периоде пременопаузы** — разделяют на кровотечения, не связанные с беременностью и родами (ациклические — метроррагии и циклические — меноррагии) и возникающие во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.

М.к., не связанные с беременностью и родами, могут иметь различные причины: расстройства функции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, миома матки, злокачественные опухоли тела и шейки матки, полипы эндометрия, внутренний эндометриоз (аденомиоз) матки, эндометрит, нарушения и заболевания свертывающей системы крови, генитальный туберкулез. Кроме того, м.к. могут возникать при нарушении правил приема эстрогенгестагенных и гестагенсодержащих оральных контрацептивов, неправильном положении в матке внутриматочного контрацептива или перфорации им стенки матки.

М.к. во время беременности являются следствием прервавшейся беременности — маточной или внематочной, задержки частей плодного яйца в матке после самопроизвольного или искусственного аборта, трофобластической болезни, предлежании плаценты.

## МАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

М.к. в родах возникают при предлежании плаценты, преждевременной отслойке плаценты, а также при низком расположении, плотном прикреплении или приращении плаценты, разрыве матки.

М.к. в послеродовом периоде чаще бывают обусловлены задержкой в матке частей последа, гипотонией и атонией матки, синдромом ДВС, а также плацентарным полипом.

- в периоде постменопаузы и в старческом возрасте — более чем в 50 % случаев обусловлены раком тела и шейки матки. Причинами м.к. могут быть также железисто-фиброзные полипы и воспалительные заболевания атрофически измененного эндометрия, реже гормонально-активные опухоли яичников (гранулезоклеточные, текаклеточные, смешанные) и гиперпластические процессы в яичниках — очаговая стромальная гиперплазия, гипертекоз, текома-тоз. В тканях гормонально-активных опухолей и/или гиперплазированных тканях гормональных структур яичников автономно секретируются эстрогены, вызывающие пролиферативные и/или гиперпластические изменения в эндометрии с последующим отторжением его и выделением крови из матки.

**МАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА** — лекарственные средства, избирательно влияющие на сократительную активность и тонус миометрия. Различают две основные группы м.с.: средства, стимулирующие мускулатуру матки (окситоцические средства), и средства, понижающие тонус и сократительную активность миометрия (токолитические средства).

**МЕЗОДЕРМА** — средний из трех первичных зародышевых слоев эмбриона; дает начало соединительной ткани, мышцам, крови, кровеносной и лимфатической системам, большинству урогенитальных органов.

**МЕКОНИЙ** — первые кишечные выделения новорожденного, имеющие черный или зеленоватый цвет и состоящие из эпителиальных клеток, слизи и желчи.

**МЕЛИТУРИЯ** — см. *Глюкозурия*.

**МЕНАРХЕ** — первая менструация.

**МЕНДЕЛЬСОНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Мендельсона*.

**МЕНИНГОМИЕЛОЦЕЛЕ** (миелоцистоцеле) — выбухание оболочек и вещества спинного мозга сквозь дефект в позвоночном канале.

**МЕНОПАУЗА** — полное прекращение менструаций; вторая фаза климактерического периода, наступающая после последнего менструальноподобного кровотечения (см. *Период менопаузы*).

**МЕНОРРАГИЯ** — (греч.: *rhagos* — разорванный, прорванный) обильное циклическое (через 21–35 дней) или длительное (более 7 дней) маточное кровотечение в течение нескольких последовательных менструальных циклов. Общая кровопотеря при м. составляет  $\geq 80$  мл в течение каждой менструации. Причины: ановуляция (во время становления менструального цикла, при его выключении в климактерии), нарушения гипоталамо-гипофизарно-яичниковых соотношений (в репродуктивном возрасте).

**МЕНСТРУАЛЬНЫЙ ЦИКЛ** — (лат.: *menstrualis* — месячный, ежемесячный) циклические изменения в органах репродуктивной системы женщины, основным проявлением которых являются ежемесячные кровянистые выделения из половых путей — менструации, начинающиеся в период полового созревания. Первая менструация (менархе) наступает в возрасте 12–14 лет (раннее менархе — в 9–11 лет, позднее менархе — в 15–16 лет). Вначале м.ц. носит ановуляторный характер. В течение 1–1 $\frac{1}{2}$  лет после появления менархе м.ц. приобретает регулярный характер, превращается в овуляторный. Нормальный м.ц. является результатом нейрогормональных взаимоотношений между ЦНС, гипофизом, яичниками и маткой. Нарушения в любой из этих звеньев может привести к нарушению м.ц. Причины нарушения менструальной функции: эндокринные заболевания (сахарный диабет, заболевания надпочечников, щитовидной железы, гипофиза), психоневрологические заболевания (ушибы головного мозга, контузии, опухоли ЦНС), алиментарная дистрофия, врожденные (генетические) заболевания, воспалительные и невоспалительные заболевания половой сферы, ожирение, авитаминозы, ионизирующая радиация, тяжелые интоксикации, профессиональные вредности, инфекционные заболевания (туберкулез), заболевания других систем и органов: печени, почек, сердца, крови (см. *Аменорея*).

**МЕНСТРУАЦИЯ** — периодическое физиологическое кровотечение, происходящее через определенный интервал и обусловленное отторжением слизистой оболочки матки. При нормальном менструально-овариальном цикле кровотечение

## МЕРТВОРОЖДЕНИЕ

обусловлено овуляцией, прецидуальными изменениями эндометрия и десквамацией функционального слоя эндометрия.

**МЕРТВОРОЖДЕНИЕ** — смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности. На смерть указывает отсутствие у плода после такого отделения дыхания или любых других признаков жизни, таких как сердцебиение, пульсация пуповины или произвольные движения мускулатуры.

**МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром метаболический*.

**МЕТАПЛАЗИЯ** — патологическая трансформация зрелой, полностью дифференцированной ткани одного вида в дифференцированную ткань другого вида (приобретенная патология); происходит нередко за счет пролиферации камбиальных клеток.

**МЕТАСТАЗЫ** — вторичные патологические очаги, возникающие вследствие переноса с током крови или лимфы болезнетворных частиц (опухолевых клеток, микроорганизмов) из первичного очага болезни. В современном понимании метастаз обычно характеризует распространение клеток злокачественной опухоли.

**МЕТЕОРИЗМ** — скопление газов в пищеварительном тракте, сопровождающееся вздутием живота, отрыжкой, схваткообразными болями.

**МЕТИЛМАЛОНОВАЯ АЦИДУРИЯ** — выделение избыточного количества метилмалоновой кислоты с мочой вследствие недостаточной активности метилмалонил-коэнзим-А-мутазы; встречается два типа: врожденный — метаболический дефект, проявляющийся тяжелым кетоацидозом, возникающим вскоре после рождения, в моче появляются кетоны с длинными цепями, и приобретенный — возникающий при дефиците витамина В<sub>12</sub>.

**МЕТОД** — (греч.: methodos — путь исследования, теория, учение) способ достижения цели, решения конкретной задачи; совокупность приемов или операций теоретического или практического освоения (познания) действительности.

- **доплерографический** — см. *Ультрасонография доплеровская*.
- **иммунодиффузной преципитации в геле** — реакция преципитации с образованием иммунных преципитатов в геле

(обычно агар), в который диффундирует один или два реагента; подразделяют на два типа: одномерную диффузию в геле в одном направлении и двумерную диффузию.

- **иммунологической диагностики беременности** — различные м. определения в сыворотке и в моче хорионического гонадотропина или его  $\beta$ -субъединицы. Методики могут основываться на реакциях агглютинации частиц латекса, радиоиммунного анализа или радиоактивного определения рецепторов.
- **иммуофлюоресцентный** — один из методов изучения определенных антител и антигенов в сыворотке крови больных. Основан на том, что некоторые микробы или антигены тканей после соответствующей обработки способны светиться в ультрафиолетовых лучах люминесцентного микроскопа.
- **исследования влагалищный акушерский** — м. обследования роженицы, включающий осмотр наружных половых органов (варикозные узлы, рубцы и др.), промежности (высота, старые разрывы и др.), состояния мышц тазового дна (упругие, дряблые), влагалища (широкое, узкое, наличие рубцов, перегородок), шейки матки. Отмечают степень сглаживания шейки (укороченная, сглаженная), началось ли раскрытие зева и степень раскрытия (в см), состояние краев зева (толстые, тонкие, мягкие или ригидные), наличие в пределах зева участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелкой части плода. При целом плодном пузыре определяют его напряжение во время схватки и паузы. Определяют предлежащую часть плода и опознавательные пункты на ней, судят о позиции, вставлении головки, наличии сгибания или разгибания. Выясняют особенности костной основы родовых путей, исследуют поверхность стенок малого таза (нет ли деформаций, экзостозов и др.). Определяют отношение головки к плоскостям таза. Определяют характер выделений из влагалища — количество, цвет, запах.
- **исследования околоплодных вод** — см. *Амниоскопия, Амниоцентез.*
- **кардиотокографический** — см. *Кардиотокография.*
- **клинико-генеалогический** — м. сбора и анализа родословной. Дает необходимую информацию для постановки диагноза или установления этиологической природы забо-



левания. Одной из основных задач является установление наследственного характера заболевания с последующим уточнением его формы и типа передачи.

- **кольпоскопический** — см. *Кольпоскопия*.
- **кольпоцитологический (тест)** — цитологическое исследование влагалищных мазков для оценки гормонального баланса женщины в последние дни беременности. Цитологическая картина во время беременности имеет особенности в связи с отсутствием циклических изменений в организме, замедлении пролиферации влагалищного эпителия и массивной продукции гормонов. По количеству поверхностных, ладьевидных, промежуточных и парабазальных клеток судят о готовности к родам.
- **определения 17-кетостероидов колориметрический** — м., выявляющий метаболиты коры надпочечников и др. стероиды, выделяемые в виде 17-кетонов с мочой; наибольшее количество наблюдают при опухолях надпочечников, малые — при болезни Аддисона или пангипопитуитаризме.
- **определения 17-оксикортикостероидов** — тест, основанный на взаимодействии в методе Силбера—Портера адренкортикостероидов и фенилгидразина, используемого как показатель функции коры надпочечников; проводится с мочой; низкие значения наблюдают при болезни Аддисона и гипопитуитаризме, высокие — при синдроме Иценко—Кушинга и сильном стрессе.
- **определения полового хроматина** — м. определения генетического пола исследованием окрашенных мазков клеток плоского эпителия слизистой оболочки щеки на наличие или отсутствие полового хроматина: у женщин одно хроматиновое тельце на одно клеточное ядро, у мужчин нет ни одного.
- **оценки состояния плаценты и плода** — м. оценки функции плаценты и состояния плода во время беременности с помощью гормонов (хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена, прогестерона, эстрогенов, пролактина, дегидроэпиандростерона сульфата, тиреоидных гормонов, кортикостероидов), ультразвуковой плаценто- и фетометрии, доплерографии, кардиотокографии.
- **Папаниколау (кольпоцито-диагностика, Пап-мазок)** — микроскопическое исследование смещенных или взятых

в виде соскоба клеток со слизистой оболочки после окрашивания их смесью по Папаниколау; применяют для выявления рака шейки матки.

- **Пискача** — м. контроля за прохождением головки по родовым путям в период изгнания: пальцами правой руки, обернутыми марлей, надавливают на ткани в области латерального края большой половой губы до «встречи» с головкой плода. Это возможно, если головка находится в узкой части полости малого таза. При большой родовой опухоли метод не дает достоверного результата.
- **удаления последа** — см. *Способы выделения плаценты.*
- **ультразвуковой** — см. *Ультразвуковая диагностика.*
- **флюоресцентных антинуклеарных АТ** — м. выявления противоядерных АТ, применяемый для диагностики сосудистых коллагеновых заболеваний.
- **флюоресцирующих АТ** — м. определения антигенов с использованием флюоресцирующих АТ; проводят одним из двух способов: прямым или непрямым.
  - **прямой** — м., при котором Ig (АТ), конъюгированный с флюоресцирующим красителем, добавляют к ткани, где он взаимодействует со специфическим антигеном (бактериями и т.д.); образующийся комплекс антиген—антитело выявляют с помощью люминесцентного микроскопа.
  - **непрямой** — м., при котором в ткани изначально вносят немеченый Ig (АТ), реагирующий с соответствующим антигеном, после чего комплекс антиген—антитело «метят» конъюгированным с флюоресцеином антииммуноглобулиновым АТ; образующийся тройной комплекс выявляют при люминесцентной микроскопии.
- **Фоля** — м. диагностики и лечения с помощью электрических свойств кожи человека, основанный на наличии акупунктурных точек (на коже человека). Эти точки имеют электрические параметры, позволяющие определить, на сколько хорошо работает данный орган (воздействуя на данную точку электрическими импульсами определенной длительности и частоты можно изменить состояние органа). Реакция в акупунктурных точках проявляется в виде изменения в них: величины магнитного поля, температуры, электрического сопротивления, скорости био-

химических реакций, клеточного состава и размера (появляется возможность, замеряя электрокожное сопротивление в определенных акупунктурных точках, выявлять изменения в организме еще на стадии функциональных нарушений).

- **цитогенетический** — м., позволяющий непосредственно изучить весь хромосомный набор человека. Определение кариотипа показано детям с множественными пороками развития или умственной отсталостью их родителей; женщинам, страдающим невынашиванием беременности, имеющим в анамнезе мертворожденных или умерших от неясных причин детей в раннем возрасте; лицам с первичной аменореей или нарушением половой дифференцировки.
- **цитологический** — м., основанный на изучении с помощью особенностей строения клеток, клеточного состава органов тканей, жидкостей организма в норме и при патологических процессах. Позволяет определить клеточный состав содержимого влагалища (влагалищного мазка) с целью изучения гормональной функции яичников в течение менструального цикла, в т.ч. и при его нарушениях. Позволяет проводить динамическое наблюдение, объективно оценивать результаты лечения. С помощью данного м. оценивают состояние эпителия, мезотелия и степень его пролиферации; гормональную активность у женщин; контролируют степень повреждения опухолевых клеток при лечении злокачественных опухолей, изменения гормонального статуса под влиянием гормональной терапии, следят за динамикой заживления ран и др.; широко применяют во время операций для срочного решения диагностических задач (установления природы патологического процесса, выявления метастазов опухоли или ее прорастания в окружающие ткани, наличия клеток опухоли в краях операционного разреза и др.).

**МЕТОПИЗМ** — (греч.: metopon — лоб) наличие у взрослых людей незаросшего шва по средней линии лобной части черепа.

**МЕТРЕЙРИЗ** — (греч.: metra — матка; eury — широкий, расширенный) акушерская операция для возбуждения и усиления родовой деятельности, заключающаяся во введении в полость матки метрейринтера, наполнении его стерильной

жидкостью и подвешивании к его трубчатому концу груза (200–500 г).

**МЕТРОГРАФИЯ** — см. *Гистерография*.

**МЕТРОРАГИЯ** — маточное кровотечение, выделение крови из матки в межменструальный период при нарушении функции яичников и др. заболеваниях.

**МИЕЛОЦИСТОЦЕЛЕ** — см. *Менингомиелоцеле*.

**МИКРОПРОЛАКТИНОМА** — аденома гипофиза, связанная с высокой продукцией пролактина (2500–5000 мМЕ/л). Характерно: неизменная рентгенолагическая картина турецкого седла, наличие участков уплотнения в тканях гипофиза по данным томографии, отрицательные пробы с метоклопрамидом и тиролиберинном, нарушение менструального цикла (по типу олигоменореи и аменореи), галаткорейя, высокая эффективность терапии агонистами дофамина.

**МИКСЕДЕМА** — см. *Гипотиреоз*.

**МИОМА МАТКИ** — (греч.: *mys, myos* — мышца, *oma* — опухоль) доброкачественная, как правило, множественная опухоль, растущая из незрелых миоцитов сосудистой стенки матки. До настоящего времени не установлено, является ли м.м. истинной доброкачественной опухолью или это — опухолевидное образование по типу «регенераторного пролиферата», который образуется в участках поврежденного миометрия. Имеет моноклональное происхождение из мышечной ткани; в своей структуре содержит соединительнотканые компоненты, кровеносные сосуды. Миоматозный узел повторяет морфологическое строение одного из трех слоев миометрия, из которого он первоначально развивался, поэтому содержание паренхимы и стромы различно.

По локализации и направлению роста в матке различают узлы м.: подбрюшинные (расположены несколько ниже серозной поверхности, растут в сторону брюшной полости, могут быть на широком основании или на ножке), подслизистые (расположены под эндометрием, могут быть также на широком основании или на ножке, последние могут рождаться через цервикальный канал), межмышечные (развиваются в толще мышечной стенки).

По расположению к оси матки: шейная (цервикальная), перешеечная (истмическая), в теле матки (корпоральная).

По гистологическому строению (С. Hamlin, N. Finkler, 1992): клеточная (характеризуется большим количеством клеточных

## МИОМА

элементов по сравнению с соединительной тканью; митозов мало; атипия отсутствует), атипичная (наличие атипичных клеток, располагающихся диффузно, либо группирующихся отдельными пучками; митотическая активность низкая; атипия может быть критерием злокачественности, либо результатом воздействия гормональных факторов), доброкачественная метастазирующая лейомиома (встречается редко; гистологически доброкачественная м.м., проникает за пределы ее обычного месторасположения), эпителиоидная м. (т.н. «причудливая», включает лейомиобластому и светлоклеточную м.), метастатическая («внутривенный лейомиоматоз» редкий синдром, характеризующийся доброкачественными узелками, растущими в просвете вен), диссеминированный перитонеальный лейомиоматоз (крайне редкое доброкачественное образование, характеризующееся наличием множества мелких узелков на поверхности брюшины, симулирующих метастатическую карциному).

Ведущим критерием в характеристике миоматозных узлов является определение функционального состояния мышечных волокон, степени их пролиферации, дифференцировки и атипии.

Клиника м. зависит от локализации узла (узлов), возраста пациентки, размеров опухоли, сопутствующих заболеваний эндометрия, шейки матки, яичников и молочных желез: боли внизу живота, гиперполименорея, менометроррагии, нарушения функции соседних органов, бесплодие, невынашивание беременности. Осложнения: перекрут ножки узла, некроз узла, тромбоз вен малого таза и нижних конечностей, разрыв сосудов м. узла (редко). В клиническом аспекте важным является выделение простой и пролиферирующей форм. Простая м.м имеет длительное бессимптомное течение, относительно небольшие размеры миоматозных узлов, имеющих подбрюшинно-мышечную локализацию и медленный рост. Пролiferирующая м.м. характеризуется быстрым увеличением размеров матки, нарушением функций смежных органов, высокой частотой патологических маточных кровотечений, обусловленных сочетанием с гиперпластическими процессами эндометрия. В гистологической картине простых миоматозных узлов преобладают явления отека и нарушения кровообращения, а также дистрофические изменения, гиалиноз и кальциноз; в пролиферирующих миоматозных

узлах — признаки пролиферации опухолевых миоцитов: высокая клеточность, крупные размеры ядер. Пролиферирующую м. следует дифференцировать от «ложного» роста м., когда резкое увеличение размеров м. происходит в результате воспалительной реакции и отека тканей. М.м. малигнизируется редко. Однако больные м.м. требуют соблюдения принципа «онкологической осторожности», особенно в следующих случаях: большие размеры миоматозных узлов; подслизистая локализация, центрипетальный рост; рецидивирующая и атипическая гиперплазия эндометрия; сочетание м.м. и аденомиоза II—III ст.; выраженный нейроэндокринный синдром (ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия); отсутствие регресса м.м. в постменопаузе.

**МИОМАТОЗНОГО УЗЛА НЕКРОЗ** — некротические изменения узлов миомы матки различной локализации. Субсерозные узлы подвергаются некрозу чаще всего при перекруте ножки опухоли. Интрамуральные узлы нередко подвергаются дистрофическим изменениям и некрозу при резко выраженных сокращениях миометрия. Некротически измененный узел миомы часто подвергается вторичному инфицированию, что угрожает развитием перитонита. Субмукозные узлы подвергаются вторичным изменениям в основном при их рождении.

Ведущим признаком является боль, возникающая внезапно в нижних отделах живота. Может быть резкой (при перекруте ножки субсерозного узла) или тупой (при некрозе интерстициального или субмукозного узла). Рождение субмукозной миомы, кроме того, сопровождается типичной схваткообразной болью внизу живота. Сопровождается: повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, ознобом. При влагалищном исследовании находят сглаженную шейку матки и нижний полюс рождающегося субмукозного узла или локальную болезненность в области расположения одного из межмышечных узлов. При перекруте ножки субсерозного узла клиническая картина практически не отличается от симптомов перекрута ножки кисты яичника, но консистенция узла миомы более плотная, чем кисты яичника.

**МИОМЕТРИЙ** — мышечный слой матки (см. *Матки анатомия*).

**МИОМЭКТОМИЯ** — хирургическое удаление узлов миомы, чаще всего миомы матки.

## МНОГОВОДИЕ

**МНОГОВОДИЕ** — избыточное накопление в амниотической полости околоплодных вод (более 1,5 л). Причины: сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, резус-конфликт, внутриутробные инфекции. Нередки сочетания с аномалиями развития плода. М. бывает острым и хроническим, часто оканчивается преждевременными родами. Симптомы: общая слабость, одышка вследствие высокого стояния диафрагмы, учащение пульса, отеки. Часто наблюдается неправильное положение плода. Размеры матки больше, чем должны быть при предполагаемом сроке беременности. Матка напряжена, пальпация частей плода затруднена, сердечные тоны прослушиваются нечетко. При влагалищном исследовании определяется напряжение плодного пузыря.

**МОЗАИЦИЗМ** — хромосомная аномалия, характеризующаяся наличием двух и более клеточных линий с различным хромосомным набором.

**МОЛОЗИВО** — секрет молочных желез во время беременности и первые два — три дня после родов; отличается от молока большим содержанием лактоальбуминов, богат АТ, обеспечивающими пассивный иммунитет новорожденного.

**МОЛОЧНИЦА** — см. *Кандидоз вагинальный*.

**МОНОАМИНОКСИДАЗА** — оксидоредуктаза, фермент, содержащий флаavin и окисляющий амины, используя  $O_2$  и воду и выделяя  $NH_3$  и  $H_2O_2$ .

**МОРКИО СИНДРОМ** — см. *Синдром Моркио*.

**МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ** — полый орган, в котором накапливается моча перед выведением ее из организма. Располагается в малом тазу. Воспаление мочевого пузыря — цистит.

### МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ

— IV типа — см. *Синдром Моркео*.

— VI типа — см. *Синдром Марото—Ламе*.

**МУЛЬТИПЛИКАЦИЯ** — умножение (обычно удвоение) частей или числа органов.

**МУТАЦИЯ** — (лат.: mutatio — изменение, перемена) возникающее естественно или вызываемое искусственно изменение наследственных свойств организма в результате нарушений в хромосомах и генах. Причина многих наследственных болезней и уродств. Основа наследственной изменчивости в живой природе. Для селекции и эволюции важны редкие мутации с благоприятными изменениями.

— **Лейден** — м. фактора V, относится к генетическим формам тромбофилии. Фактор V свертывания крови является эффективным прокоагулянтом и кофактором протеина С. В случае мутации фактора V активированный протеин С не способен в достаточной степени контролировать образование тромбина и активацию фактора X, нарушаются профибринолитические свойства протеина С. Является одной из основных причин синдрома потери плода, венозных тромбозов и тромботических осложнений в детском возрасте. М. Лейдена является наиболее частой причиной наследственной резистентности к активированному протеину С.

— **спорадические** — м. половых клеток родителей, проявляющиеся у ребенка.

— **унаследованные** — м. половых клеток родителей, проявляющиеся у более отдаленных потомков.

**МЫШЦЫ ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНЫЕ** — м., идущие от нижней части прямой кишки к наружному мышечному слою матки и влагалища.

**МЮЛЛЕРОВЫ ПРОТОКИ** (парамезонефрический проток, женский проток, Мюллеров канал) — (ductus paramesonephricus) парный канал со сросшейся дистальной частью, образующийся в конце второго месяца внутриутробного развития из желобков целомического эпителия, параллельных мезонефрическому протоку. Из м.п. образуется эпителий матки, маточных труб и влагалища (у женщин), или же он редуцируется в простатическую маточку (у мужчин).

## Н

**НАНОБАКТЕРИЯ** — бактерия овоидной и призматической формы размером 0,2–0,5 микрон, занимающая промежуточное звено между крупными вирусами и бактериями. Поверхность н. покрыта каменной оболочкой из карбонат-апатита (своеобразной средой обитания), препятствующей росту на агаре, создающей препятствие к обнаружению н. и позволяющей ей долго циркулировать в крови зараженных людей.



Относится к группе протеобактерий, хламидий. Способна к слиянию с другими аналогичными бактериями, формируя с высокой скоростью структуры из карбонат-апатита (например, почечные камни). Выявляется лишь при электронной микроскопии. У н. невозможно окрасить клеточную оболочку и тело бактерии. Н. делится в течение трех суток, что затрудняет изучение ее метаболизма. Способна вызывать биоминерализацию и воспаление.

**НАРКОЗ** — см. *Анестезия общая.*

**НЕВЫНАШИВАНИЕ**

- **беременности** — самопроизвольное прерывание беременности, в сроки от зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации.
- **привычное** — осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функций репродуктивной системы. Причины: эндокринные нарушения репродуктивной системы, стертые формы дисфункции надпочечников, поражения рецепторного аппарата эндометрия, хронический эндометрит, истмико-цервикальная недостаточность, пороки развития матки, внутриматочные синехии, аутоиммунные нарушения.

**НЕДОНОШЕННОСТЬ** — степень развития плода, рожденного до окончания нормального периода внутриутробного развития; характерны несовершенство терморегуляции, склонность к асфиксии, недостаточная сопротивляемость к воздействию факторов окружающей среды.

**НЕДОНОШЕННЫЙ РЕБЕНОК** — новорожденный ребенок, родившийся при сроке беременности от 28 до 37 недель. Масса 1000—2500 г, длина 37—46 см.

Выхаживание недоношенного ребенка требует специальных условий.

**НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

- **гепатофосфоглюкомутазная** — см. *Гликогеноз 7-го типа.*
- **гепатофосфорилазная** — см. *Гликогеноз 6-го типа.*
- **глюкозо-6-фосфат дегидрогеназы** — важна для поддержания внутриклеточного содержания восстановленных нуклеотидов; наследуемая н. фермента имеет множество форм (более сотни аллельных вариантов), приводит к развитию анемий, включая фавизм (примахиновая анемия), анемию новорожденных, хронические несферодитарные гемолитические анемии.

- **глюкозо-фосфатизомеразы** — дефицит фермента, приводящий к развитию хронической гемолитической несфероцитарной анемии.
  - **кислой фосфатазы** — болезнь накопления, проявляется рвотой, гипотонией, опистотонусом, геморрагическим диатезом. Возможная причина — мутация генов ACP3 ( $\alpha$ -полипептид) и ACP2 ( $\beta$ -полипептид) лизосомальной кислой фосфатазы.
  - **миофосфорилазная** — см. *Гликогеноз 5-го типа*.
  - **надпочечников** — выделяют первичную и вторичную надпочечниковую недостаточность. Первичная недостаточность развивается при: аутоиммунном поражении коры надпочечников, инфекции (туберкулез, гистоплазмоз), кровоизлиянии в надпочечники, новообразованиях надпочечников, гемохроматозе, а также после адреналэктомии. Существует редкая форма острой надпочечниковой недостаточности — синдром Уотерхауса—Фридериксена, являющийся следствием интранатального кровоизлияния в надпочечники плода во время тяжелых и осложненных родов. Кровоизлияния в надпочечники наблюдаются при менингококковой и другой тяжелой инфекции как у детей, так и у взрослых, также при тромбозе сосудов надпочечников и как осложнение лечения антикоагулянтами.
- Поражения гипоталамуса и гипофиза, вызывая нарушение секреции АКТГ, являются причиной вторичной надпочечниковой недостаточности, для которой характерно уменьшение секреции андрогенов и кортизола при нормальной секреции альдостерона. Вторичная надпочечниковая недостаточность развивается при следующих заболеваниях гипоталамо-гипофизарной системы: опухоли, гранулематозном процессе, а также является следствием гипофизэктомии и инфекции. Лечение глюкокортикоидными приводит к угнетению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и может привести к развитию вторичной надпочечниковой недостаточности.
- Симптомы: резкая боль в животе, сопровождающаяся тошнотой и рвотой, частый жидкий стул, резкая мышечная слабость, похолодание конечностей, падение АД, нарушения психики, появление галлюцинаций, делириозного состояния. Рвота и частый жидкий стул вызывают

потерю жидкости и электролитов. Снижается содержание натрия и хлоридов в сыворотке крови, сахара. Повышаются уровни остаточного азота, мочевины, концентрация калия в крови.

- **плацентарная** — см. *Плацентарная недостаточность*.
- **пролактина** — послеродовая недостаточность лактации, нерегулярные менструации, бесплодие, отсутствие секреции пролактина после стимуляции фенотиазинами.
- **фосфофруктокиназная** — см. *Гликогеноз 8-го типа*.
- **ФСГ** — первичная аменорея, сопровождающаяся повышением концентрации ЛГ, отсутствием созревания фолликулов.

**НЕКРОЗ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА** — см. *Миоматозного узла некроз*.

**НЕОНАТОЛОГИЯ** — (лат.: neonatus — новорожденный, греч.: logos — учение, наука) раздел педиатрии, посвященный особенностям физиологии и болезням новорожденных.

**НЕПОДВИЖНЫХ РЕСНИЧЕК СИНДРОМ** — см. *Синдром неподвижных ресничек*.

**НЕРАЗДЕЛЕНИЕ** (слияние) — отсутствие разъединения органов или их частей, в норме существующих раздельно.

**НЕРВ** — анатомическое образование в виде тяжей, построенное преимущественно из нервных волокон и обеспечивающее связь центральной нервной системы с иннервируемыми органами, сосудами и кожным покровом тела.

- **бедренно-половой** (nervus genitofemoralis) — отходит от I и II поясничных спинномозговых н., проходит в дистальном направлении вдоль передней поверхности большой поясничной мышцы и делится на половую и бедренную ветви.
- **бедренный** (nervus femoralis) — берет начало от поясничного сплетения, иннервирует переднюю группу мышц бедра, кожу медиальной поверхности стопы и голени, а также передней поверхности бедра.
- **запирательный** (nervus obturatorius) — берет начало от поясничного сплетения, иннервирует приводящие мышцы бедра, наружную запирательную мышцу, тазобедренный сустав и кожу медиальной поверхности бедра.
- **подвздошно-паховый** (nervus ilioinguinalis) — отходит от I поясничного спинномозгового н., проходит через поверхностное паховое кольцо и иннервирует кожу верхнемеди-

альной части бедра и кожу мошонки или больших половых губ.

- **половой** (*nervus pudendus*) — образован волокнами II—IV крестцовых спинномозговых н., проходит через большое седалищное отверстие и, сопровождая внутреннюю половую артерию, заканчивается в виде дорсальных н. полового члена или клитора.
- **промежностные** (*nervi perineales*) — поверхностные конечные ветви полового н., иннервирующие большинство мышц промежности, а также кожу этой области.

**НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ** — см. *Анорекия нервная*.

**НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ** — непроизвольное выделение небольших количеств мочи из мочеиспускательного канала при физическом напряжении, кашле, напряжении мышц брюшного пресса: наблюдается после травм, оперативных вмешательств, климактерическом синдроме, опущении передней стенки.

**НЕФРОПАТИЯ БЕРЕМЕННЫХ** — (греч.: *nephros* — почка, *pathos* — страдание, болезнь) наиболее частая форма гестоза. Характеризуется триадой симптомов: отеки, гипертензия, протеинурия (триада Цангемейстера). Могут отмечаться два симптома в различных сочетаниях. Обычно развивается на фоне предшествующей водянки. Различают три степени тяжести заболевания (см).

- **I степени** — наличие отеков на нижних конечностях, следы белка в моче, повышение АД до 150/90 мм рт.ст., неравномерность калибра сосудов сетчатки глазного дна.
- **II степени** — распространение отеков на нижние и верхние конечности, переднюю брюшную стенку, содержание белка в моче от 1 до 3 г/л, повышение АД (150/90—170/100 мм рт. ст.), отек сетчатки глаз.
- **III степени** — универсальные отеки с выраженной одутловатостью лица, содержание белка в моче более 3 г/л, АД выше 170/100 мм рт. ст, на глазном дне могут появляться кровоизлияния и дистрофические изменения.

**НИДАЦИЯ** — (лат.: *nidus* гнездо) в эмбриологии — внедрение зародыша с помощью ворсинок хориона в слизистую оболочку матки; у человека н. происходит через 6—7 дней после оплодотворения яйцеклетки.

**НОВОРОЖДЕННЫЙ** — ребенок с момента рождения до четырехнедельного возраста. Этот период жизни ребенка носит также название неонатального.

## О

## ОБОЛОЧКА

- **амниотическая** — защитная оболочка, образующаяся вокруг зародыша путем срастания складок эктодермы и париетального листка мезодермы (см. *Амнион*).
- **водная** — см. *Амнион*.
- **ворсинчатая** — см. *Хорион*.
- **децидуальная** — см. *Децидуальная о.*
- **базальная** — см. *Децидуальная о. базальная*.
- **капсулярная** — см. *Децидуальная о. капсулярная*.
- **париетальная** — см. *Децидуальная о. париетальная*.
- **пристеночная** — см. *Децидуальная о. париетальная*.
- **сумочная** — см. *Децидуальная о. капсулярная*.
- **отпадающая** — см. *Децидуальная о.*
- **плодные** — (*membranae fetales*) окружают внутриутробно развивающийся организм; к ним относят амнион, гладкий хорион и часть децидуальной (отпадающей) оболочки матки (эндометрия, претерпевшего изменения во время беременности). Вместе с плацентой о.п. образуют плодный пузырь, заполненный околоплодными водами. Развитие о.п. начинается после имплантации зародыша.

**ОБРАТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПЕРФУЗИИ БЛИЗНЕЦОВ СИНДРОМ** — см. *Синдром обратной артериальной перфузии близнецов*.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ** — комплекс исследований, направленных на выявление индивидуальных особенностей пациента, установление диагноза болезни, обоснование рационального лечения, определение прогноза.

- **акушерское** — обследование беременных, рожениц и родильниц; проводится с помощью общепринятых клинических, в т.ч. лабораторных, и специальных методов исследования с целью контроля за течением беременности, родов и послеродового периода. Позволяет выявить факторы риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, патологического состояния матери и плода.

**ОВАРИОЭКТОМИЯ** — операция удаления яичника. Показания: патологическое изменение всего яичника (киста или кистоза).

Этапы операции:

1. Обработка операционного поля.
2. Адекватное обезболивание.
3. Лапаротомия с учетом размеров опухолевидного образования.
4. При больших размерах патологического образования и наполнении его жидким содержимым, необходимо пунктировать капсулу кисты и отсосать содержимое. Нельзя пунктировать плотные бугристые образования, внешне подозрительные на злокачественные.
5. Выведение кисты в рану.
6. Наложение зажимов на ножку, состоящую из собственной связки яичника, воронкотазовой связки, мезовариума (иногда в ножку входит и маточная труба); между зажимами рассекают ткани ножницами, яичник удаляют, культю прошивают и перевязывают.
7. Перитонизация кисетным швом от угла матки с последовательным прошиванием переднего и заднего листков широкой связки. В созданный кисет погружают культю и затягивают.

**ОВУЛЯЦИЯ** — (анат.: ovulum — яйцеклетка, лат. ovum — яйцо) выброс зрелой женской половой клетки (яйцеклетки) из фолликула яичника в брюшную полость.

**ОЖИРЕНИЕ** — избыточное отложение жировой ткани в организме. Может быть самостоятельным заболеванием (первичное о.) или синдромом, развивающимся при различных поражениях ЦНС и желез внутренней секреции (вторичное о.). Различают также общее и местное о. Местное характеризуется отложением жира в виде липом, главным образом в подкожной клетчатке (см. *Индекс массы тела*).

**ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИЕ** — см. *Малигнизация*.

**ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ** — см. *Воды околоплодные*.

**ОКРАСКА ПО РОМАНОВСКОМУ—ГИМЗЕ** — о. клеток в мазках и срезах ткани смесью эозина, азура и метиленового синего; ядра окрашиваются в пурпурно-красный цвет, цитоплазма — в синий.

**ОКСИГЕНАЦИЯ ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ** — см. *Гипербарическая оксигенация*.

## ОКСИТОЦИН

**ОКСИТОЦИН** — нонапептидный гормон нейрогипофиза, вызывает сокращение гладкой мускулатуры матки и секрецию молока; используют для стимуляции родов, при лечении послеродовых кровотечений и атонии матки.

**ОЛИГОЗООСПЕРМИЯ** — см. *Олигоспермия*.

**ОЛИГОМЕНОРЕЯ** — редкие менструальные циклы.

**ОЛИГОСПЕРМИЯ** (олигозооспермия) — концентрация сперматозоидов в эякуляте ниже нормы.

**ОЛИГУРИЯ** — уменьшение суточного количества мочи при заболевании почек, сухоедении, обезвоживании организма (например, вследствие рвоты или поноса), сердечных отеках и т.д.

**ОМФАЛИТ** — (греч.: omphalos — пупок, itis — воспаление) воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка. Нередко воспалительный процесс распространяется на пупочные сосуды, что приводит к артерииту или флебиту пупочных сосудов. Возбудителем инфекции чаще является золотистый стафилококк. Различают простую, флегмонозную и некротическую формы о. Тяжелыми осложнениями флегмонозной и некротической форм о. являются абсцессы печени и сепсис. Диагноз о., как правило, не представляет затруднений. При упорном течении заболевания необходимо исключить кальциноз пупочных сосудов, который может поддерживать воспалительный процесс. Рентгенография передней брюшной стенки позволяет обнаружить кальцификаты в области пупка. Мокнувший пупок и фунгус дифференцируют с врожденными свищами пупка.

- **некротическая форма** — наблюдается у ослабленных детей при присоединении анаэробной неклостридиальной инфекции. Кожа и подкожная клетчатка некротизируется. Некротический процесс может охватывать все слои передней брюшной стенки и вызывать перитонит.
- **простая форма** — характеризуется длительным заживлением пупочной ранки с серозным или серозно-гнойным отделяемым. Общее состояние ребенка не нарушается. Длительное мокнутие приводит к образованию избыточных грануляций на дне пупочной ранки (фунгус пупка), которые затрудняют ее эпителизацию.
- **флегмонозная форма** — характеризуется распространением воспалительного процесса на окружающие ткани. Кожа в окружности пупка гиперемирована, инфильтрирована. Пупочная ранка представляет собой язву, покры-

тую фибринозными наложениями, окруженную плотным кожным валиком. При надавливании на околопупочную область из пупочной ранки выделяется гной. Иногда развивается флегмона передней брюшной стенки. Общее состояние ухудшается, нарастает интоксикация, повышается температура тела.

**ОМФАЛОПАГИ** — двое близнецов сросшихся в области пупка и хрящом мечевидного отростка.

**ОМФАЛОЦЕЛЕ** (грыжа эмбриональная, грыжа амниотическая, грыжа пуповинная, эвентрация эмбриональная) — аномалия развития: значительный дефект брюшной стенки с выходом внутренних органов, покрытых растянутыми и истонченными элементами пуповины.

**ОНКОГЕН** — один из генов, в обычных условиях кодирующих белки, обеспечивающие пролиферацию и дифференцировку клеточных популяций (протеинкиназы, ГТФазы, ядерные белки, факторы роста). В случае мутаций или активации ретровирусами, о. могут спровоцировать злокачественный рост, например: *ras* — опухоли мочевого пузыря; *p53* — мутантный ген хромосомы 17 (нормально принимает участие в репарации вызванных ультрафиолетовым облучением генных дефектов); *p53* ответственен за развитие некоторых раков молочной железы, шейки матки, яичника, легкого; *RET* хромосомы 10 — вероятно, важен для морфогенетических процессов в эмбриогенезе, экспрессируется в озлокачественных С-клетках (секретирующих кальцитонин) щитовидной железы, клетках феохромоцитомы; мутации *RET* связаны с развитием некоторых раков щитовидной железы, множественных эндокринных неоплазий, а также болезнью Гиршпрунга. Малигнизующие эффекты о. могут быть усилены ретровирусами, т.н. прыгающими генами, мутациями.

**ОНКОГЕННАЯ АКТИВАЦИЯ** — процесс приобретения онкогеном свойств, ведущих к развитию новообразований: мутации, влияние ретровирусов и др. онкогенов, внутригеномная перестройка.

**ООЦИТ** — незрелая яйцеклетка в периоде роста.

— **I порядка** — см. *О. первичный*.

— **II порядка** — см. *О. вторичный*.

— **вторичный** (II порядка) — о. после первого мейотического деления (гаплоидный набор хромосом), второе мейотическое деление завершается в случае оплодотворения.



## ОПЕРАЦИЯ

— **первичный** (I порядка) — о. в фазе роста до завершения первого мейотического деления (содержит диплоидный набор хромосом).

**ОПЕРАЦИЯ** — (лат.: operatio — действие) физическое воздействие на ткани и органы с целью диагностики или лечения, связанное с анатомическим нарушением целостности тканей. Воздействие на ткани может быть механическим (большинство хирургических о.), тепловым и электрическим (электрохирургия), низкой температурой (криохирургия). В зависимости от цели вмешательства: диагностические (цель — уточнение диагноза) и лечебные (цель — воздействие на патологический процесс). Нередко диагностическая операция превращается в лечебную, а лечебная лишь уточняет диагноз.

По методу воздействия: кровавые (сопровождаются нанесением раны), и бескровные (целостность наружных покровов не нарушается).

Различают о. асептические (рана во время операции не подвергается бактериальному загрязнению) и неасептические (невозможно исключить бактериальное загрязнение).

От срока выполнения: экстренные (производят немедленно по поступлении больного, т.к. всякое промедление угрожает жизни больного), срочные (выполнение можно отложить на небольшой срок) и плановые (без ущерба для здоровья могут быть выполнены после проведения тщательной предоперационной подготовки).

Различают также о. радикальные (при удалении очага или органа можно рассчитывать на полную ликвидацию патологического процесса) и паллиативные (цель — лишь устранение страдания или наиболее опасных и тяжелых проявлений заболевания).

Показания к о.: абсолютные (о. является единственным методом лечения) и относительные (при заболеваниях, когда о. дает более быстрый и стойкий эффект, но может применяться и консервативное лечение).

— **Келли** — коррекция положения матки при ее ретроверсии посредством подшивания к прямокишечно-маточным связкам; коррекция неудержания мочи трансвагинальным наложением швов под шейку мочевого пузыря.

— **Лефора-Нойгебауера** — хирургическая о. при выпадении матки, заключающаяся в выкраивании лоскутов одина-

- ковой величины из передней и задней стенок влагалища и сшиванием раневых поверхностей между собой (применяют у пожилых женщин, не живущих половой жизнью).
- **плодоразрушающая** (эмбриотомии) — акушерская о., при которой плод расчлениают, чтобы облегчить его извлечение через естественные родовые пути. Как правило, проводят на мертвом плоде. На живом плоде допустимы только при невозможности его рождения через естественные родовые пути и отсутствии условий для родоразрешения с помощью операций, позволяющих сохранить жизнь плода (кесарево сечение, акушерские щипцы и др.). О.п. возможны только при полном раскрытии шейки матки (не менее 8–10 см), истинной конъюгате таза более 6,5 см. Их проводят под наркозом. К о.п. относят краниотомию, декапитацию, эвисцерацию, спондилотомию, клейдотомии (см.).
  - **Широдкара** — серкляж (наложение кисетного шва на несостоятельную шейку матки) нерассасывающимся шовным материалом.
  - **Шредера** — клиновидная ампутация влагалищной части шейки матки по поводу ее гипертрофии или эктропиона.
  - **Штурмлюрфа** — хирургическая о. при резкой гипертрофии и хроническом воспалении влагалищной части шейки матки; заключается в конусовидном удалении измененной части шейки с восстановлением нормальной формы шейки и отверстия наружного зева матки. см. *Ампутация шейки матки конусовидная.*
  - **Эммета** (пластика шейки матки) — хирургическая о. по поводу рубцов после глубокого разрыва шейки матки, заключающаяся в клиновидном иссечении рубцов с последующим восстановлением нормальной формы шейки и отверстия наружного зева матки.

**ОПЛОДОТВОРЕНИЕ** — слияние мужской (сперматозоид) и женской (яйцеклетка) половых клеток у растений, животных и человека, в результате чего образуется зигота, способная развиваться в новый организм. О. лежит в основе полового размножения и обеспечивает передачу наследственных признаков от родителей потомкам.

- **искусственное** — комплекс методов лечения бесплодия, включающий оплодотворение путем искусственного осеменения (введения в половые пути женщины спермы

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

мужа или донора) и экстракорпоральное оплодотворение с последующей трансплантацией дробящихся эмбрионов в полость матки. В последние годы разрабатывают метод трансплантации женских и мужских половых клеток в просвет маточной трубы.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ** — основано на данных анамнеза о времени последней менструации (от первого дня ожидавшейся), первого шевеления плода (ощущается первородящими с 20-й недели, повторнородящими — примерно на 2 нед. раньше), определении величины матки, объема живота и высоты стояния дна матки, данных УЗИ.

Определение срока беременности по величине матки:

— матка несколько увеличена, шарообразной формы, имеются признаки Снегирева, Гентера, Горвица— Гегара в 6 нед.;

— матка достигает размеров женского кулака, дно ее на уровне симфиза, появляется признак Пискачека в 8 нед.;

— матка размером с мужской кулак, дно ее на один палец выше симфиза в 12 нед.;

— дно матки находится на середине расстояния между лонном и пупком в 16 нед.;

— заметно увеличивается живот, дно матки расположено на два пальца ниже пупка, появляются движения плода и выслушиваются его сердечные тоны в 20 нед.;

— дно матки на уровне пупка в 24 нед.;

— дно матки на два поперечных пальца выше пупка в 28 нед.;

— пупок сглаживается, дно матки определяется между пупком и мечевидным отростком в 32 нед.;

— дно матки достигает мечевидного отростка и реберных дуг в 36 нед.;

— дно матки опускается до уровня, на котором находилось при 32-недельной беременности в 40 нед.

Для ускорения подсчета срока беременности имеются специальные акушерские календари и линейки.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА РОДОВ** — день родов можно вычислить, прибавив 280 дней к дате первого дня последней менструации; или отсчитать от первого дня последней менструации 3 месяца назад и прибавить к полученному числу 7 дней (формула Негеле).

**ОПСОМЕНОРЕЯ** — короткая менструация (до 2 дней).

**ОПУХОЛЬ**

— **гранулезотекаклеточная** (текафолликулома, текома гранулезоподобная, текома плеоморфная) — злокачественная гормональноактивная опухоль яичника, исходящая из гранулезных клеток и текоцитов; у девочек оказывает феминизирующее действие, у женщин в менопаузе проявляется ациклическими маточными кровотечениями.

— **родовая** — см. *Родовая о.*

— **смешанная мезодермальная** — см. *Саркома.*

**ОРГАНЫ ВНЕЗАРОДЫШЕВЫЕ** — о., развивающиеся в процессе эмбриогенеза вне тела зародыша, выполняющие многообразные функции, обеспечивающие рост и развитие самого зародыша. Некоторые из этих органов, окружающих зародыш, называют также зародышевыми оболочками. К этим органам относятся амнион, желточный мешок, аллантоис, хорион, плацента.

**ОСТАТОЧНОГО ЯИЧНИКА СИНДРОМ** — см. *Синдром остаточного яичника.*

**ОСТЕОГЕНЕЗ** (костеобразование) — процесс образования кости.

— **несовершенный** — состояние патологической хрупкости и пластичности костей, сопровождающееся частыми переломами после легких травм и деформацией длинных костей; часто развивается остеосклероз; наследуется обычно по аутосомно-доминантному типу, реже — по аутосомно-рецессивному.

— **врожденный** (болезнь Фролика) — наиболее тяжелая форма, при которой переломы наблюдаются еще до или в момент рождения.

— **поздний** (болезнь Лобштайна) — форма заболевания, при которой переломы появляются позднее в детстве.

**ОСТЕОПОРОЗ** — (греч.: osteon — кость, poros — пора, отверстие, osis — разрушение) разрежение костной ткани в результате уменьшения массы кости в единице объема, возникающее при нарушении равновесия между процессами разрушения и новообразования костной ткани. Механизм развития о. зависит от характера вызвавшего его патологического процесса. При о. уменьшается количество костного вещества. По характеру о. может быть пятнистым или равномерным, гомогенным. Пятнистый о. наблюдается обычно в более ранних стадиях процесса или при небольшой степени

## ОСТРЫЙ

его выраженности. Нередко он переходит в равномерный, но в ряде случаев сохраняется на прежнем уровне многие месяцы. По распространенности различают локальный (местный) о., регионарный, который захватывает определенные отделы скелета (например, одну или несколько костей), распространенный, когда патологический процесс распространяется на все кости конечности, и системный о. — поражение всей костной системы. Ограниченный (местный) о. развивается при заболеваниях или повреждениях костей и суставов данной области, а также в результате обездвижения, в частности при длительной иммобилизации.

- **постменопаузальный** — гетерогенное заболевание, в основе которой лежит прогрессирующая потеря костной ткани, которая начинается после естественной или хирургической менопаузы. В результате у женщин через 10—15 лет после прекращения функции яичников наблюдаются переломы костей.
- **системный** — заболевание, относящееся к группе метаболических остеопатий. В основе — нарушение механизмов моделирования и ремоделирования костной ткани. Может быть результатом воздействия неблагоприятных факторов внешней среды и генетических дефектов. Активными мутагенными факторами являются ионизирующее излучение, некоторые химические соединения, вирусы. Факторы риска развития с.о.: раннее наступление менопаузы, гиперфункция коры надпочечников, гипертиреоз, гипогонадизм, избыточное потребление фосфора, голодание (недостаточное поступление кальция), длительное применение таких препаратов, как гепарин, барбитураты, алкоголь, курение, чрезмерное потребление кофе, гиподинамия и др. В ряде случаев развивается на фоне беременности и в период лактации, а также при патологии ЖКТ. Симптомы: боль в поясничной области, крестце, в тазобедренных суставах, чувство тяжести между лопаток, общая мышечная слабость и нарушение походки. Иногда первым проявлением с.о. бывает патологический перелом костей.

«**ОСТРЫЙ ЖИВОТ**» — условное обозначение группы остро протекающих заболеваний органов брюшной полости, при которых имеются или могут возникнуть показания к немедленной операции (прободная язва желудка, острый аппен-

дицит, внематочная беременность с разрывом маточной трубы и др.).

**ОСЦИЛЛЯЦИИ МГНОВЕННЫЕ** — см. *Вариабельность базального ритма*.

**ОСЬ** — проходящая через геометрическую фигуру или тело воображаемая неподвижная прямая линия, обладающая только ей присущими свойствами.

— **таза проводная** (*axis pelvis*) — изогнутая линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза.

— **тазового входа** — линия, мысленно проведенная через середину входа в малый таз в перпендикулярном направлении.

**ОТЕКИ У БЕРЕМЕННЫХ** — могут быть обусловлены развитием гестоза: водянка, нефропатия, преэклампсия, эклампсия (см.), задержкой жидкости в организме при экстрагенитальных заболеваниях (декомпенсированные пороки сердца, хронический гломерулонефрит и др.).

**ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ** — преждевременное, до рождения плода, отделение нормально расположенной плаценты от стенки матки, что может быть причиной внутриматочного кровотечения. Осложнение беременности, родов (см. *Плацента: отслойка*).

## П

**ПАЛОЧКА ДЕДЕРЛЯЙНА** — большие грамположительные палочки, встречающиеся в нормальном влагалищном секрете.

**ПАНГИПОПИТУИТАРИЗМ** — см. *Болезнь Симмондса*.

**ПАПИЛЛОМА** — доброкачественная опухоль кожи или слизистой оболочки, имеет вид сосочка или «цветной капусты».

На влагалищной части шейки матки могут наблюдаться п. — сосочковые разрастания, покрытые многослойным плоским эпителием и имеющие соединительнотканную основу с проходящими в ней сосудами. Они вызываются папиллома-вирусом человека, передаются половым путем, обнаруживаются, в основном, у молодых женщин, ведущих беспорядочную половую жизнь. Различают три клинико-гистологических варианта папиллом шейки матки: остроконечные папилло-

## ПАРАКЕРАТОЗ

мы (половые бородавки), встречающиеся наиболее часто, плоские и инвертирующие (эндофитные) папилломы. Остроконечные п. — обычно множественные пальцевидные образования на ножке (реже на широком основании), выступающие над поверхностью шейки матки. В большинстве случаев одновременно поражаются вульва, влагалище и промежность. Часто эти п. наблюдаются при воспалительных заболеваниях шейки матки, вызванных банальной микрофлорой. Диагноз устанавливается при осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал. Плоские и инвертирующие п. при осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал имеют вид участков утолщенного белесоватого эпителия с шероховатой поверхностью. Диагноз устанавливают на основании кольпоскопии, биопсии и гистологического исследования. Плоские и инвертирующие п. часто сочетаются с дисплазией эпителия и раком шейки матки.

**ПАРАКЕРАТОЗ** — избыточное ороговение.

**ПАРАМЕТРИЙ** (клетчатка околоматочная, околоматочное пространство) — соединительнотканная клетчатка, простирающаяся латерально от подсерозной соединительной ткани области шейки матки между двумя листками широкой связки.

**ПАРАМЕТРИТ** (тазовый целлюлит) — воспаление околоматочной клетчатки.

**ПАРАТИРИН** (паратиреоидный, паратиреоокрин, кальциевый сенсор, ПТГ) — г. паращитовидных желез, повышает уровень кальция (регулирует всасывание кальция из пищеварительного тракта, мобилизацию из костей и выделение с молоком, фекалиями, потом, мочой) и понижает уровень фосфора в крови (нормальное содержание в крови менее 2000 пг/мл).

— **послеродовой** — следствие распространения инфекции (стафило-, стрептококки, эшерихии и др.) лимфогенным путем из послеродовой язвы или инфицированной матки. Проникновению возбудителей инфекции в параметральную клетчатку способствуют разрывы шейки матки и верхней трети влагалища. Воспалительный выпот быстро становится плотным, что придает характерную консистенцию пораженным тканям. Заболевание начинается остро на 2-й неделе после родов, сопровождается ухудшением общего состояния, ознобом, высокой температурой, нарушением мочеиспускания. Эндомиометрит ча-

сто сопутствует параметриту. Перитонеальные симптомы выражены незначительно или отсутствуют, так как воспалительный инфильтрат располагается экстраперитонеально. Диагноз основывается на клинической картине и данных влагалищного исследования. Сбоку от матки пальпируют плотный инфильтрат (одно- или двусторонний), достигающий до стенок таза. Дифференциальную диагностику проводят с сальпингоофоритом, тазовым перитонитом и метротромбофлебитом.

**ПАРИТЕТ** — наличие родов в анамнезе, или число родов в прошлом.

**ПАРТОГРАММА** — графическое изображение течения родов, которое основывается на скорости раскрытия шейки матки (см. Приложение 13).

**ПАСТОЗНОСТЬ** — не резко выраженная отечность кожи.

**ПАТОГЕНЕЗ** — (греч.: pathos — страдание, болезнь, genesis — зарождение, происхождение) совокупность процессов, определяющих возникновение, течение и исход болезней. Термином п. обозначают также учение о механизмах развития болезней и патологических процессов. В этом учении различают общий и частный п. Предметом общего п. являются общие закономерности, свойственные в основных чертах любому болезненному процессу или отдельным категориям болезней (наследственным, инфекционным, эндокринным и др.). Частный п. исследует механизмы развития конкретных нозологических форм.

**ПАТОГЕННОСТЬ** — способность микроорганизмов вызывать инфекционные заболевания. Зависит от вирулентности микроба и восприимчивости организма.

**ПАТОГНОМОНИЧНЫЙ** — характерный для данного заболевания. Может быть п. симптом, признак.

**ПАТОЛОГИЯ** — 1) любое отклонение от нормы; 2) область теоретической и клинической медицины, изучающая патологические процессы (общая п.) и отдельные заболевания (частная п.); включает патологическую анатомию, патологическую физиологию и т.д.

**ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ** — (анат.: pelvis — таз, peritoneum — брюшина, itis — воспаление) воспаление брюшины малого таза у женщин. П. вызывают стафилококки, кишечная палочка, гонококки, анаэробы, хламидии, вирусы, а чаще смешанная флора (в этом случае он протекает тяжелее). П. может



## ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

возникать на фоне воспалительных заболеваний органов малого таза и развиваться первично. Начало п. нередко связано с менструацией, абортom, внутриматочными манипуляциями, переохлаждением. П. рассматривается как местный неограниченный перитонит, в отличие от местного ограниченного (тубоовариальный абсцесс, пиовар, пиосальпинкс) и распространенного (диффузный и разлитой перитонит) процессов. Воспаление брюшины сопровождается образованием экссудата. При п., обусловленном кокковой и палочковой флорой, экссудат чаще гнойный, при гонорейном п. гнойно-геморрагический, при хламидийном и вирусном п. серозный или серозно-гнойный. Клиническая картина п. во многом сходна с проявлениями распространенного перитонита, однако при п. местные симптомы обычно преобладают над общими. Характерно: быстрый подъем температуры тела, интенсивные боли в низу живота, вздутие живота, положительные симптомы раздражения брюшины, ослабление перистальтики кишечника. Усиление болей в животе является симптомом начинающейся перфорации гнойных тубоовариальных воспалительных образований. Отмечаются высокая СОЭ и лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Для хламидийного п. характерны постепенное нарастание симптомов и тенденция к образованию спаек; несмотря на тяжесть состояния больной, температура тела нередко остается субфебрильной, а СОЭ и лейкоцитоз ниже, чем при процессах, вызванных кокковой флорой. Различия между разлитым и тазовым перитонитом основываются на оценке выраженности процессов интоксикации и на динамике самого патологического процесса. При разлитом перитоните явления интоксикации бывают более выраженными (тахикардия, рвота, резкая боль в животе и др.). Перистальтика снижена во всех областях живота, а не только в его нижних отделах, как это имеет место при п. Это же относится и к перитонеальным симптомам. При п. сравнительно быстро наблюдается тенденция к ограничению воспалительного процесса, в то время как при разлитом перитоните процесс продолжает оставаться распространенным. Больные с подозрением на п. подлежат срочной госпитализации.

— послеродовой тазовый — возбудители инфекции — микробы септической группы, реже гонококк. Инфекция распространяется в основном лимфогенным путем из матки.

Нередко бывает осложнением сальпингоофорита. Поражение брюшины приводит к образованию серозного или гнойного экссудата. Процесс имеет тенденцию ограничиваться областью таза.

Возникает на 1–2-й неделе после родов. Начало острое: озноб, высокая температура, резкая боль внизу живота, метеоризм, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Через несколько суток состояние улучшается, в нижнем отделе живота начинает пальпироваться пограничная борозда, ограничивающая воспалительный процесс в тазу. При влагалищном исследовании в начале заболевания находят только резкую болезненность заднего свода влагалища. В последующие дни начинает четко пальпироваться выпот, выпячивающий задний свод влагалища в виде купола.

**ПЕНЕТРАЦИЯ ФАЛЛО-ВАГИНАЛЬНАЯ** — см. *Коптус*.

**ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР** — высокоспециализированное медицинское учреждение для оказания всех видов помощи беременным, отнесенным к группам повышенного риска возникновения перинатальной патологии, и их детям. В центре осуществляется перинатальная диагностика угрожаемых и патологических состояний матери и плода, проводится коррегирующая терапия, выполняется родоразрешение женщин группы высокого риска развития перинатальной патологии, своевременно и адекватно проводится интенсивная терапия новорожденным, в том числе недоношенным.

**ПЕРИНАТОЛОГИЯ** — (греч.: *peri* — вокруг, около; лат.: *natus* — рождение, *logus* — учение) раздел медицины, направленный на изучение периода жизни человека, начиная с 28-й недели беременности (масса плода 1000 г) и включая первые 7 дней после рождения.

**ПЕРИНЕОТОМИЯ** — (греч.: *perineos* — промежность, *tomē* — разрез, рассечение) рассечение промежности по ее средней линии у женщин в направлении от задней спайки к анусу. Рассекается кожа, подкожная жировая клетчатка, задняя спайка влагалища, фасции, луковично-пещеристая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. Протяженность разреза не должна превышать 3–3,5 см от задней спайки, так как при разрезе большей длины нарушается целостность центрального фасциального узла промежности, кроме того, разрез может перейти на прямую кишку и при-

## ПЕРИМЕНОПАУЗА

вести к разрыву III степени. Существует методика срединно-латеральной перинеотомии, при которой разрез производится под углом 30—40° от задней спайки в сторону седалищного бугра или несколько ниже него. При этом рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, стенка влагалища, фасции, луковично-пещеристая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. Выбор варианта рассечения промежности определяется топографическими особенностями, состоянием промежности, акушерской ситуацией. Срединная перинеотомия является операцией выбора при высокой промежности. В большинстве случаев производится срединно-латеральная перинеотомия, при которой не нарушаются нервные образования и фасциальные узлы, что способствует хорошей регенерации тканей и снижает частоту случаев развития несостоятельности мышц тазового дна.

**ПЕРИМЕНОПАУЗА** — см. *Период перименопаузы*.

**ПЕРИМЕТРИЙ** — брюшина, покрывающая тело и частично шейку матки.

**ПЕРИОД** — (греч.: *regiodos* — обход, круговращение, определенный круг времени) промежуток времени, охватывающий какой-либо законченный процесс.

— **антенатальный** — см. *Период перинатальный*.

— **интранатальный** — см. *Период перинатальный*.

— **инкубационный** — скрытый период от момента внедрения в организм возбудителя до появления первых признаков инфекционного заболевания. При ряде заболеваний больные заразны уже в конце инкубационного периода.

— **климактерический** — (греч.: *climakter* — ступень лестницы) физиологический п. в жизни женщины, в течение которого на фоне возрастных изменений в организме доминируют инволюционные процессы в репродуктивной системе, характеризующиеся прекращением генеративной и менструальной функции. «Ступень», фаза в жизни женщины между репродуктивным периодом и старостью.

— **критический** — период развития, характеризующийся повышенной чувствительностью зародыша и эмбриона к повреждающим действиям различных факторов.

— **первый** — длится с окончания первой недели и всю вторую неделю гестации.

— **второй** — 3—6-я неделя гестации.

— **третий** — последний месяц беременности.

- **латентный** — период скрытого протекания заболевания.
- **менопаузы** — последняя самостоятельная менструация в жизни женщины. Возраст м. устанавливается ретроспективно — через 12 мес. отсутствия менструации. Средний возраст наступления м. у женщин — 49 лет. На возраст наступления м. влияет неблагоприятная экологическая обстановка, голодание, аутоиммунные процессы, которые способствуют раннему наступлению м. — около 40 лет. У курящих и злоупотребляющих алкоголем женщин возраст м. наступает на 1–2 года раньше.
- **мнимого благополучия** — п., при котором на фоне отсутствия (или ослабления) клинической картины, заболевание продолжает развиваться.
- **неонатальный** — см. *Период перинатальный.*
- **перименопаузы** — п. возрастного снижения функции яичников, в основном после 45 лет, который объединяет пременопаузу и 2 года после самостоятельной менструации. Возраст п. колеблется между 45–55 годами.
- **перинатальный** — п. от 28 недели беременности (п. антенатальный), включающий период родов (п. интранатальный) и заканчивающийся через 168 ч после рождения (п. неонатальный, постнатальный). Продолжительность п.п. различна и зависит от ряда факторов, определяющих наступление родов. Наибольший по продолжительности п.п. отмечается при перенашивании беременности. П.п. является важнейшим этапом, обуславливающим в дальнейшем физическое, нервно-психическое и интеллектуальное развитие ребенка. В перинатальном периоде происходит созревание функций, необходимых для самостоятельного существования организма новорожденного.
- **послеродовой** — продолжается 6–8 нед. Местные изменения наиболее выражены со стороны матки (инволюция). Показателем инволюции матки является высота стояния ее дна: к концу первых суток — на уровне пупка, на 5-е сутки — на середине расстояния между лоном и пупком, к концу 10-х суток — за лоном. Внутренний маточный зев закрывается к концу 10-х суток, наружный — в конце 3-й недели после родов. Непосредственно после родов внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с обильным секретом (кровь). Эпителизация этой поверхности происходит постепенно:

на 10-е сутки эпителизируется внутренняя поверхность матки, за исключением плацентарной площадки, в конце 3-й недели происходит полная эпителизация внутренней поверхности матки. Соответственно изменяется и характер послеродовых выделений (лохии). В течение первых 5 сут после родов лохии обильные кровянистые; с 6-го по 10-й день — обильные коричневые; с 11-го по 15-й день — умеренные желтоватые; с 16-го по 20-й день — скудные беловатые. С 3-й недели лохии становятся слизистыми. Под влиянием лактогенного гормона гипофиза на 3—4-й день после родов начинается секреция молока (молозиво, переходное молоко, зрелое молоко).

- **ранний** — первые 2—4 ч после родов, в течение которых родильница находится в родильном блоке.
- **поздний** — время с момента перевода родильницы в послеродовое отделение до момента, когда в организме женщины исчезнут изменения, вызванные беременностью и родами. Продолжается 6 недель.
- **постменопаузы** — п., продолжающийся от менопаузы до почти полного прекращения функции яичников.
- **прелиминарный** — п. подготовительный.
  - **нормальный** — п. характеризующийся появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота и в поясничной области. Тонус матки обычный, сердцебиение плода ясное, ритмичное. Шейка матки обычно «зрелая». При гистерографическом исследовании отмечается преобладание амплитуды сокращений дна и тела матки над нижним сегментом. Иногда прелиминарные боли прекращаются и возобновляются через сутки и более.
  - **патологический** — п. характеризующийся появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота, в области крестца и поясницы, продолжающихся более 6 ч, нарушающих суточный режим сна и бодрствования и вызывающих утомление женщины. Тонус матки обычно повышен, особенно в области нижнего сегмента, предлежащая часть плода располагается высоко, плохо пальпируются части плода. Шейка матки, как правило, «незрелая».

Несмотря на длительно продолжающиеся схваткообразные боли, не наступает структурных изменений в шейке матки и не происходит ее раскрытия. При длительном п.п. нарушается психоэмоциональный статус беременной, наступает утомление и появляются признаки внутриутробного страдания плода. При гистерографическом исследовании отмечаются схватки разной силы и продолжительности с неодинаковыми интервалами.

- **пременопаузы** — п. от начала снижения функции яичников до наступления менопаузы. Эндокринологически п. характеризуется снижением гормональной функции яичников, биологически — снижением фертильности. Менструальные циклы могут иметь следующий характер: регулярные циклы, чередование регулярных циклов с задержками, задержки менструаций от недели до нескольких месяцев, чередование задержек менструаций с метроррагиями. Продолжительность п. варьирует от 2 до 10 лет.
- **пубертатный** — (лат.: *pubertas, pubertalis* — возмужалость, половая зрелость) стадия биологического и социально-психологического развития личности, включающая возраст с 10—12 до 15—16 лет у девочек и с 12—14 до 17—18 лет у мальчиков; соответствует периоду полового созревания.
- **пуэрперальный** — см. *П. послеродовый*.
- **родов**
  - **изгнания плода** — (второй период родов) начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию предлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.
  - На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется *врезыва-*

нием предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. Это состояние называется прорезыванием предлежащей части плода, оно завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади (кпереди), а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположному позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды. Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих — от 20 мин до 1 ч.

- **последовый** — (третий период родов) начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В п.п. под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа. Изгнание последа осуществляется под влиянием потуг.

После рождения последа матка сильно сокращается, в результате чего происходит пережатие маточных сосудов в области плацентарной площадки и остановка кровотечения. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 250 мл, нередко она составляет лишь 50–100 мл. Такая кровопотеря считается физиологической. Кровопотеря от 250 до 400 мл называется пограничной, а свыше 400 мл — патологической.

С момента окончания п.п. завершается родовой процесс и женщину называют роженицей.

Продолжительность п.п. колеблется от 5–10 мин до 2 ч. Общая продолжительность физиологических родов у первородящих составляет в среднем 10–12 ч, у повторнородящих — от 8 до 10 ч.

- **раскрытия шейки матки** — (первый период родов) начинается возникновением регулярной родовой деятельности — родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. Под влиянием родовых

схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев. У повторнородящих эти процессы происходят одновременно. При полностью сглаженной шейке матки сверху, область, соответствующая наружному зеву, называется маточным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточного зева, полость матки и влагалище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10–12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток, в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь. Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шейный канал, способствуя постепенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется. При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды.

Длительность первого периода родов у первородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих — от 8 до 10 ч.

- **фетальный** — п. развития плода.
- **позднефетальный** — с 28-й по 40-ю неделю.
- **раннефетальный** — с 13-й по 19-ю неделю.
- **среднефетальный** — с 20-й по 27-ю неделю.

**ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ** — метод очищения организма от вредных веществ, основанный на высокой всасывающей способности брюшины (серозной оболочки брюшной полости), при котором брюшная полость через специальные отверстия промывается лекарственными растворами в больших количествах; чаще применяется после больших по объему операций на органах брюшной полости.

**ПЕРИТОНЕОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия*.



## ПЕРИТОНИТ

**ПЕРИТОНИТ** — воспаление брюшины. Развивается преимущественно как осложнение аппендицита, некоторых острых заболеваний, при повреждениях органов брюшной полости.

**ПЕРФОРАТОР** — инструмент для прокола и последующего рассечения ткани для образования в ней отверстия.

— **Блю** (копьевидный) — инструмент для прободения головки плода через роднички или швы при плодоразрушающих операциях. Состоит из двух бранш с режущими кромками, в сведенном виде имеет форму копья.

— **копьевидный** — см. *П. Блю*.

— **Феноменова** — инструмент для прободения головки плода при плодоразрушающих операциях. По форме напоминает бурав с четырьмя торцовыми и двумя продольными режущими гранями, снаряженный скользящей защитной гильзой, надеваемой на рабочую часть перфоратора и смещающейся к рукоятке по мере погружения инструмента в кость.

**ПЕРФОРАЦИЯ** — см. *Прободение*.

— **головки плода** — прободение черепа плода при краниотомии с целью образования отверстия, через которое разрушают и удаляют мозг, а затем вводят внутреннюю ложку краниокласта.

— **матки** — прободение матки с проникновением в брюшную полость (осложнение операций и манипуляций, производимых в матке).

**ПЕССАРИЙ АКУШЕРСКИЙ** (маточное кольцо) — приспособление из пластмассы или резины, вводимое во влагалище при выпадении или опущении матки и влагалища с целью их удержания в правильном положении. Акушерский разгружающий п. используется для коррекции ИЦН.

**ПИГОПАГИ** — (греч.: *pyge* — ягодица, *pagos* — прикрепленный) близнецы, сращенные в области крестца.

**ПИЕЛОНЕФРИТ** — воспаление паренхимы почек, чашечно-лоханочного аппарата, преимущественно вследствие локальной бактериальной инфекции. У беременных п. развивается чаще во второй половине. Беременные с п. составляют группу высокого риска возникновения осложнений (невынашивание, гестоз, гипотрофия плода, азотемия и др.). Степень риска развития осложнений зависит от длительности п., степени поражения почек, общего состояния организма. Выделяют три степени риска: I — неосложненное течение п.,

возникшего во время беременности; II — хронический п., развившийся до наступления беременности; III — п., протекающий с артериальной гипертензией или азотемией, п. единственной почки. П. может предшествовать бессимптомная бактериурия. У беременных может протекать как в острой, так и хронической форме. Клиническая картина такая же, как у небеременных.

**ПИНКУСА СХЕМА** — гормональный метод остановки кровотечения (см. *Схема Пинкуса*).

**ПИНОЦИТОЗ** — тип перехода вещества через плаценту, когда ворсины хориона активно поглощают капельки материнской плазмы вместе с содержащимися в них теми или иными соединениями.

**ПИОВАР** — скопление гноя в яичнике.

**ПИОМЕТРА** — скопление гноя в полости матки.

**ПИОСАЛЬПИНКС** — скопление гноя в маточной трубе.

**ПЛАЗМА** — жидкая часть крови, в которой находятся форменные элементы (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты). По изменениям в составе п. крови диагностируются различные заболевания. Из п. крови готовят лекарственные препараты.

**ПЛАЗМАФЕРЕЗ** — метод очищения крови от вредных для организма веществ с помощью аппарата «искусственная почка».

**ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ** — виды деятельности, которые имеют целью помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: избежать нежелательной беременности; произвести на свет желанных детей; регулировать интервал между беременностями; контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять количество детей в семье. Для этой цели используются санитарное просвещение и консультирование по вопросам планирования семьи; обеспечение противозачаточными средствами; просвещение по вопросам семьи и брака, а также организация соответствующих служб и мероприятий, таких как генетические консультации. Одним из важных и актуальных аспектов планирования семьи является лечение бесплодия, дающее возможность семье иметь желанных детей.

**ПЛАЦЕНТА** (детское место) — провизорный орган, образующийся на время беременности (развивающийся из плодных оболочек, главным образом хориона и сросшейся с ним

## ПЛАЦЕНТА

отпадающей оболочки матки) и осуществляющий связь и обмен веществ между организмом матери и зародышем в период внутриутробного развития. Выполняет также гормональную, дыхательную, защитную, метаболическую, трофическую, антиоксидантную функции. После рождения плода, п. вместе с оболочками и пуповиной выделяются из матки. Основной структурно-функциональной единицей сформировавшейся п. является котиледон (см.).

- **врастающая** (*placenta increta*) (истинное приращение) — разновидность, форма приращения п., характеризующаяся внедрением ворсин хориона на различную глубину в миометрий.
- **гемохориальная** — разновидность п., в которой материнская кровь имеет прямое соприкосновение с хорионом.
- **гемоэндоцелиальная** — разновидность п., в которой трофобласт настолько истончается, что микроскопически лишь эндотелий капилляров хориона отделяет материнскую кровь от крови плода.
- **двойная** — см. *Плацента двухдисковая.*
- **двудольчатая** — см. *Плацента двухдисковая.*
- **двухдисковая** (*placenta duplex*) (двудольчатая, двойная) — п., у которой две ее отдельные части прикреплены к противоположным стенкам матки.
- **диффузная** (*placenta diffusa*) — аномалия развития, при которой п. захватывает большую часть слизистой оболочки матки.
- **краевая** (*placenta marginata*) — аномалия строения п., при которой амнион и хорион отходят не от края плаценты, а на 1–2 см кнутри от него, край п. приподнят, но менее выражено, чем у п., окруженной валиком.
- **ложная** — часть п., сосуды которой не сообщаются с основной частью п.
- **материнская** (*pars uterine placentae*) — часть п., образуемая эндометрием и его кровеносными сосудами.
- **многодольчатая** (*placenta multilobata*) — аномалия развития, при которой п. состоит из отделенных друг от друга долек.
- **окончатая** (*placenta fenestrata*) — п., на которой есть участки истончения, в отдельных местах плацентарная ткань отсутствует полностью.
- **окруженная валиком** (*circumvallata*) — аномалия развития плаценты, при которой ее край поднят в виде беловато-

желтого валика, а оболочки отходят не от края плаценты, а от внутренней стороны валика. П. чашеобразной формы. Сосуды плода редуцированы.

- **пленчатая** (*placenta membranacea*) — патологически тонкая п., обычно покрывающая большую площадь внутренней поверхности матки.
- **плодная** (*pars fetalis placentae*) — часть п., образуемая базальной пластинкой и ворсинами хориона, содержащая кровеносные сосуды плода, от которых начинается пуповина.
- **поясообразная** (*placenta zonaria*) — аномалия строения п.: п. в виде пояса, проходящего по внутренней поверхности матки.
- **предлежание** — состояние, при котором плацента имплантирована в нижнем сегменте матки, частично прилегая к внутреннему зеву шейки матки или полностью закрывая его. Основные причины: дистрофические изменения слизистой оболочки матки, возникшие после абортотв и родов, опухоли и аномалии развития матки, инфантилизм, снижение протеолитических свойств трофобласта плодного яйца, первичная низкая нидация плодного яйца. В зависимости от степени закрытия внутреннего зева матки плацентарной тканью различают полное и неполное предлежание. Кроме предлежания, выделяют низкое расположение плаценты, когда она, располагаясь в нижнем сегменте матки, не доходит до краев внутреннего зева. При предлежании плаценты кровотечение происходит из сосудов матки, плод кровь не теряет. Плоду угрожает асфиксия, так как отслоившаяся часть плаценты не участвует в его газообмене.
  - **полное** — при открытии зева на 4—6 см повсюду определяется плацентарная ткань. Кровотечение из половых путей обычно наблюдается в конце беременности.
  - **частичное** — при открытии зева на 4—6 см вместе с плацентой определяются и оболочки. Кровотечение из половых путей обычно наблюдается в начале родов.
- **предлежащая** (*placenta praevia*) — см. *Плаценты предлежание*.
- **прикрепление пуповины** — место п., где прикреплен пупочный канатик.
  - **краевое** — п., у которой пупочный канатик прикреплен у ее края.

## ПЛАЦЕНТА

- **оболочечное** — п., у которой пупочный канатик прикреплен у ее оболочек.
- **центральное** — п., у которой пупочный канатик прикреплен в центре п.
- **приросшая** (*placenta accreta*) (плотное прикрепление) — форма приращения плаценты, при которой ворсинки хориона достигают миометрия, соприкасаясь с его поверхностью, но не повреждая структуры.
- **прорастающая** (*placenta percreta*) — форма приращения плаценты, характеризующаяся прорастанием ворсин хориона сквозь миометрий, вплоть до параметрия или брюшины.
- **отделение ручное** (*separatio placentae manualis*) — акушерская операция, заключающаяся в отделении плаценты от стенок матки рукой, введенной в полость матки, с последующим удалением последа. Производится при кровотечении, обусловленном плотным прикреплением плаценты.
- **отслойка** — преждевременное отторжение нормально расположенной плаценты. Причины: сосудистые заболевания матери (тяжелые формы гестоза, гипертоническая болезнь, и др.), воспалительные и дистрофические изменения матки, дегенеративные изменения плаценты (перенашивание беременности, гиповитаминозы), перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, крупный плод). Скопление крови между отслаивающейся плацентой и стенкой матки приводит к образованию ретроплацентарной гематомы, которая увеличивается в объеме и пропитывает стенку матки кровью. При проникновении крови между стенкой матки и оболочками, возникает наружное кровотечение. Поступление ретроплацентарной крови, богатой тромбопластическими веществами, в материнский кровоток может привести к состоянию гипофибриногенемии. Симптомы зависят от силы внутреннего кровотечения. Небольшая стабильная ретроплацентарная гематома может не проявляться клинически. При значительном кровотечении у беременной (роженицы) возникает сильная боль в животе, матка становится плотной, живот вздутым, болезненным в области гематомы. Снижается АД, учащается пульс. При наружном кровотечении степень анемии не соответствует степени кровопотери. У плода быстро возникает внутриутробная асфиксия.

— **приращение** (placentae accretio) — патологическое сращение ворсин хориона с миометрием. Сочетается с частичным или полным отсутствием децидуальной оболочки и губчатого слоя (см. *П. врастающая*, *П. приросшая*, *П. прорастающая*).

**ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ** — клинический синдром, обусловленный морфологическими и функциональными изменениями в плаценте и нарушениями компенсаторно-приспособительных механизмов на молекулярном, клеточном и тканевом уровнях, обеспечивающих функциональную полноценность данного органа. Синдром представляет собой результат сложной реакции плода и плаценты в ответ на различные патологические состояния материнского организма в виде нарушения транспортной, трофической, эндокринной, метаболической и антитоксической функций плаценты. Из-за значительных нарушений структуры и функции данного органа снижается поступление к плоду кислорода, энергетических и пластических материалов, что проявляется его хронической гипоксией, внутриутробной задержкой развития плода и является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности. Функциональная несостоятельность плаценты, служит основной причиной внутриматочной гипоксии, задержки роста и развития плода, его травм в процессе родов. П.н. приводит к увеличению перинатальной смертности, обуславливает высокую частоту соматической и инфекционной заболеваемости новорожденных, служит причиной нарушений физического и умственного развития ребенка.

Выраженность клинических проявлений п.н. определяют два обстоятельства: недостаточная инвазия трофобласта в спиральные артерии матки, вследствие чего меньшее число материнских сосудов вовлекается в плацентарное кровообращение и нарушение продукции факторов, обеспечивающих дилатацию плацентарных сосудов. Снижение биосинтеза простаглицлина и оксида азота в маточном и плодово-плацентарном кровообращении сопровождается спазмом сосудов в этом регионе и отграничением материнского кровотока от фетального. Интенсивность маточно-плацентарного кровотока служит основным фактором, определяющим поступление кислорода к плоду. Недостаточное поступление кислорода в межворсинковое пространство оказывает по-

## ПЛАЦЕНТАРНАЯ

вреждающее воздействие на эндотелий сосудов ворсинчатого трофобласта, где индуцируются процессы свободнорадикального окисления и течение метаболических процессов.

— **абсолютная** — см. *Декомпенсированная п.н.*

— **вторичная** — как правило, возникает после завершения процессов формирования плаценты и обусловлена экзогенными влияниями, прежде всего — перенесенными во время беременности заболеваниями. Может иметь острую и хроническую формы.

— **декомпенсированная** — характеризуется срывом компенсаторно-приспособительных реакций и наиболее часто развивается при гипертензивных формах позднего гестоза.

— **компенсированная** — (фаза устойчивой гиперфункции) развивается при угрозе прерывания беременности и не тяжелых формах позднего, в случае если эти осложнения успешно поддаются медикаментозной коррекции.

— **острая** — п.н., при которой ведущую роль в патогенезе играет острое нарушение децидуальной перфузии, приводящее к значительным циркуляторным нарушениям в плаценте. Чаще возникает вследствие обширных инфарктов и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

— **относительная** — включает компенсированную и субкомпенсированную п.н. (см.)

— **первичная** — развивается в сроки формирования плаценты (до 16-й недели беременности) и с наибольшей частотой встречается у женщин, страдающих привычным невынашиванием, а также у беременных с бесплодием в анамнезе. Может иметь острую и хроническую формы.

— **субкомпенсированная** (фаза начавшегося истощения компенсаторных механизмов) — обычно наблюдается у женщин, у которых осложненное течение беременности развивается на фоне экстрагенитальной патологии.

— **хроническая** — постепенное ухудшение децидуальной перфузии в результате снижения компенсаторно-приспособительных реакций плаценты в ответ на действие патологических состояний материнского организма.

— **диагностика** — устанавливается на основании данных анамнеза, осмотра, течения беременности, клинико-лабораторного обследования, гормонального скрининга, ультразвукового, доплерографического, морфологиче-

ского исследования плаценты после родов. беременности (гестоз, многоплодие).

— **причины развития** — факторы гормональных нарушений репродуктивной системы до беременности, такие как недостаточность лютеиновой фазы, ановуляция, гиперандрогения, гиперпролактинемия и др. К факторам риска развития п.н. относят влияние природных и социально-экономических условий, стрессовых ситуаций, тяжелых физических нагрузок, употребление алкоголя, курение, различные токсикомании, возраст, конституциональные особенности будущей матери, экстрагенитальные заболевания, отягощенный репродуктивный и акушерско-гинекологический анамнез.

**ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР** — совокупность морфологических и функциональных особенностей плаценты, обуславливающих ее способность избирательно пропускать вещества из крови матери к плоду и в обратном направлении.

**ПЛАЦЕНТАРНЫЙ ПОЛИП** — см. *Полип плацентарный*.

**ПЛАЦЕНТИТ** — воспаление плаценты.

**ПЛАЦЕНТОГРАФИЯ** — (греч.: placenta — плацента, graph — писать, изображать) эхография, радиоизотопное сканирование плаценты с целью определения ее местоположения, размеров и формы.

**ПЛАЦЕНТОМА** — (устар.: placenta — плацента, oma — суффикс имен существительных, означающий новообразование, опухоль).

**ПЛАЦЕНТОСКАНИРОВАНИЕ** — радиоизотопное сканирование плаценты с целью определения ее местоположения, размеров и формы.

**ПЛЕВА ДЕВСТВЕННАЯ** — см. *Девственная плева*.

**ПЛОД** — (лат.: fetus — плод) внутриутробно развивающийся человеческий организм начиная с 9-й недели беременности до рождения. Этот период внутриутробного развития называют фетальным. До 9-й недели беременности формирующийся организм называют зародышем, или эмбрионом, а соответствующий период внутриутробного развития — эмбриональным. На протяжении эмбрионального периода происходят рост зародыша, развитие его оболочек, образование зачатков органов. В фетальном периоде продолжают интенсивный рост организма, дифференцировка тканей, развитие органов и систем, заканчивается формирование плодных



## ПЛОСКОСТЬ

оболочек, образующих плодный пузырь, наполненный околоплодными водами, и плаценты, которая соединяется с плодом посредством пуповины и обеспечивает связь организмов матери и плода. П., являясь частью единой фетоплацентарной системы, приспосабливается к изменяющимся условиям материнского организма, а последний приспосабливается к потребностям плода.

— **асфиксия** — см. *Асфиксия плода*.

— **крупный** — п. массой более 3,5 кг.

**ПЛОСКОСТЬ** — частный вид поверхности, любая часть которой может быть совмещена с исходной в любом ее месте как в прямом так и в перевернутом виде (см. *Приложение 3*).

— **параллельные Годжи** — параллельные плоскости таза.

— **выхода** — представляет собой дно малого таза (его диафрагму) и практически совпадает с направлением копчика.

— **главная** — см. *П. нижнелонная*.

— **нижнелонная (главная)** — п., проходящая параллельно терминальной на уровне нижнего края симфиза. Головка, пройдя эту плоскость, не встречает значительных препятствий вследствие пройденного сплошного костного кольца.

— **спинальная** — п., параллельная терминальной и нижнелонной, пересекает таз в области ости седалищной кости.

— **терминальная** — п., проходящая через верхний край симфиза и пограничную (терминальную) линию.

— **таза**

— **входа в малый таз** — плоскость, проводимая через верхний край лонного сочленения, безымянные линии и мыс; разделяет большой и малый таз; входит в классическую систему плоскостей, применяемую в акушерстве.

— **выхода малого таза** — плоскость, проводимая через нижний край лонного сочленения, седалищные бугры и верхушку копчика; ограничивает малый таз снизу; входит в классическую систему плоскостей, применяемую в акушерстве.

— **широкой части полости малого таза** — плоскость, проводимая через середину задней поверхности лонного сочленения, середины вертлужных впадин и через место соединения II и III крестцовых позвонков; входит

в классическую систему плоскостей, применяемую в акушерстве.

- **узкой части полости малого таза** — плоскость, проводимая через нижний край лонного сочленения, седалищные ости и крестцово-копчиковое сочленение; входит в классическую систему плоскостей, применяемую в акушерстве.

**ПОВОРОТ** — смещение органа с изменением угла наклона по отношению к своей оси; изменение позиции плода в матке, происходящее спонтанно или под влиянием манипуляций.

- **наружный акушерский** — операция, исправляющая положение и предлежание плода. Предусматривает перевод плода в головное предлежание при косом и поперечном положении, а также при тазовом предлежании. Условия операции: удовлетворительное состояние беременной и плода; подвижность плода в матке; наличие одного плода; нормальное расположение плаценты; нормальные размеры таза. Противопоказания к операции: экстрагенитальные заболевания (тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, артериальная гипертензия, заболевания почек); осложнения во время беременности (гестоз, угроза преждевременных родов, многоводие, маловодие, крупный плод, аномалии расположения плаценты); изменения родовых путей (узкий таз, миома матки, рубец на матке). Операция осуществляется под контролем УЗИ.

**ПОЗИЦИЯ ПЛОДА** — отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. При косых и поперечных положениях плода позицию определяют по головке плода: головка расположена в левой стороне матки — первая позиция; головка расположена в правой стороне матки — вторая позиция.

- **первая** — спинка плода обращена к левой стороне матки.
- **вторая** — спинка плода обращена к правой стороне матки.

**ПОКАЗАТЕЛЬ ЛЕЦИТИН/СФИНГОМИЕЛИН** — отношение, используемое для определения зрелости легких плода, определяемое при изучении амниотической жидкости. Если легкие функционально зрелые, то отношение лецитина к сфингомиелину превышает 2 : 1.

**ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ СИНДРОМ** — см. *Синдром поликистозных яичников.*

## ПОЛИМЕНОРЕЯ

**ПОЛИМЕНОРЕЯ** — продолжительность менструации 6 дней и более.

**ПОЛИП** — (греч.: poly — много, p(us) — нога) выбухающее в просвет полого органа образование на узком или широком основании. Термин носит описательный характер и не отражает сущности патологического процесса.

— **плацентарный** — участок плацентарной ткани, задержавшийся в полости матки после аборта или родов и подвергшийся организации. Плацентарная ткань, оставшаяся в полости матки при неполном удалении плодного яйца во время аборта или после родов при нерациональном ведении послеродового периода, замедляет регенерацию окружающей ее слизистой оболочки матки и обуславливает длительно непрекращающиеся кровянистые выделения из половых путей. Вокруг плацентарной ткани образуются сгустки крови и фибрина; со временем эта ткань частично замещается соединительной. Основным клиническим симптомом п.п. является маточное кровотечение. В первые дни после аборта или родов отмечаются небольшие кровянистые выделения из половых путей, через несколько дней они могут внезапно усилиться и перейти в обильное маточное кровотечение, приводящее к тяжелой анемии. Возможно присоединение вторичной инфекции и развитие эндомиометрита. Появление маточного кровотечения через несколько дней после аборта или родов является показанием для немедленной госпитализации. При подозрении на п.п. проводят гистероскопию и выскабливание слизистой оболочки матки, во время которого удаляют п.п. Полип подлежит обязательному гистологическому исследованию.

— **цервикального канала** — фоновое заболевание шейки матки. При осмотре в зеркалах, в просвете цервикального канала видны округлые образования красного или розового цвета. Кольпоскопически выявляется эпителиальный покров п.: цилиндрический или плоский эпителий. П., покрытый многослойным плоским эпителием, исходит из шейки матки. Если п. покрыт цилиндрическим эпителием, он может исходить из слизистой цервикального канала или тела матки. Уточняют локализацию п. данные гистероскопии. Гистологическая структура п. характеризуется наличием соединительнотканной ножки, покры-

той эпителием, в толще которой образуются железистые или железисто-фиброзные структуры.

— **эндометрия** — п., развивающийся вследствие пролиферации желез базального слоя эндометрия. П. обязательно имеет ножку, состоящую из фиброзной и гладкомышечной ткани. Собственной оболочки п. не имеет. Чаще располагаются в области дна и трубных углов матки. В случае обнаружения в железах п. атипичного эпителия, следует указывать на атипичную гиперплазию в п.

**ПОЛИТЕЛИЯ** — добавочные молочные железы, добавочные соски.

**ПОЛИТРИХИЯ** — см. *Гипертрихоз*.

**ПОЛИУРИЯ** — повышенное количество выделяемой мочи (более 1800 мл в сутки): физиологическая (например, при чрезмерном потреблении жидкости) или патологическая (например, при диабете).

**ПОЛОВАЯ ЩЕЛЬ** — щелевидное отверстие между большими половыми губами, ведущее в преддверие влагалища.

**ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ** — последовательность событий, пройдя которые ребенок становится взрослым: гаметогенез и синтез половых гормонов, появление вторичных половых признаков и формирование репродуктивных функций; наступает в 12 лет у девочек и в 14 лет у мальчиков. Раннее начало п.с. (у девочек до 8—9 лет, у мальчиков до 10 лет) часто бывает результатом патологического процесса, поражающего железу, способную к синтезу эстрогенов и андрогенов.

**ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ** — см. *Гормоны половые*.

**ПОЛОВЫЕ ГУБЫ БОЛЬШИЕ** — две кожные складки по боковым сторонам половой щели. В толще губ расположены венозные сплетения, жировая клетчатка и большие (бартолиневы) железы преддверия. Большие железы преддверия имеют размер с горошину, находятся на границе передней и средней трети губ. Спереди большие половые губы соединены спайкой. Сзади на границе с промежностью большие половые губы сливаются, образуя заднюю спайку. При разведении губ задняя спайка напрягается, и становится видна тонкая поперечная складка — уздечка, кзади от которой расположено углубление — ладьевидная ямка.

— **малые** — расположены кнутри от больших губ и скрыты последними. Передний край каждой малой половой губы расщепляется спереди на две ножки. Передние ножки

## ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

обеих малых губ сливаются над клитором, образуя его крайнюю плоть, задние ножки соединяются под клитором, образуя уздечку клитора.

**ПОЛОВЫЕ ЖЕЛЕЗЫ** (гонады) — см. *Железа половая*.

**ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ ЖЕНСКИЕ** — складываются из наружных и внутренних половых органов, а также молочных желез. Наружные половые органы: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища и промежность.

Внутренние половые органы: влагалище, матка и придатки (парные маточные трубы и яичники).

— **разрывы** — см. *Разрыв*. Могут быть в области малых половых губ, слизистой оболочки, наружного отверстия уретры, клитора, влагалища, промежности, шейки матки, матки.

— **влагалища** — см. *Разрыв влагалища*.

— **матки** — см. *Разрыв матки*.

— **промежности** — см. *Разрыв промежности*.

— **шейки матки** — см. *Разрыв шейки матки*.

**ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ** — совокупность соматических, психических и социальных процессов, в основе которых лежит половое влечение. По сравнению с менее высокоорганизованными видами млекопитающих, у человека уменьшается роль инстинктивной, безусловнорефлекторной основы п.ж., и возрастает влияние высших отделов ЦНС, а индивидуальный опыт приобретает решающее значение в процессе формирования полового поведения. В итоге половой инстинкт у человека дополняется специфической сексуальностью, с ее особенностями полового влечения, половых реакций, половой активности, благодаря которой создается глубокое личностное единение мужчины и женщины.

## ПОЛОЖЕНИЕ

— **Тренделенбурга** — хирургическая позиция: положение лежа на спине под углом  $45^\circ$  с приподнятым тазом; обычно применяют при операциях в малом тазу или при шоке.

— **плода** — положение оси плода относительно продольной оси матки.

— **косое** — п.п., при котором оси плода и матки перекрещены под острым углом.

— **поперечное** — п.п., при котором ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом.

— **продольное** — п.п., при котором его ось совпадает с осью матки.

**ПОЛОСТЬ** — 1) в животном организме: внутреннее пространство —местилище органов; 2) полое пространство внутри чего-либо.

— **вторичная** — см. *Целом*.

— **таза** — внутреннее пространство малого таза, выстланное внутритазовой фасцией, вверху сообщаемое с полостью живота, условную границу с которой составляет плоскость входа в малый таз.

## ПОСОБИЕ

- **классическое ручное** — акушерский прием, проводимый при тазовых предлежаниях с целью освобождения ручек и головки. Оказывается в случае рождения плода до углов лопаток и дальнейшем прекращении его поступательных движений. Акушер захватывает ножки плода и отводит их к правой (при первой позиции) или левой (при второй позиции) паховой складки. Акушер одноименной рукой со стороны крестцовой впадины выводит заднюю ручку плода. Двумя пальцами акушер надавливает на локтевой сгиб и выводит ручку «омывательными движениями», скользя ею по грудке плода. Затем двумя руками акушер захватывает грудку плода и поворачивает его, не подтягивая вниз, на  $180^\circ$  так, что передняя ручка плода становится задней. Затем она выводится одноименной рукой акушера, как и первая. Следующий этап пособия — выведение головки плода способом Морисо (см.).
- **по Цовьянову** — акушерские приемы, проводимые с целью сохранения правильного членорасположения плода и обеспечения физиологического течения периода изгнания (при чистом ягодичном и ножных предлежаниях).
- **при ножных предлежаниях** — заключается в усилении родовой деятельности путем создания препятствия продвижению плода до момента выступления ножек плода из-под руки акушера. Как только ножки плода рождаются во влагалище, акушер ладонью, наложенной на стерильную пеленку, при каждой схватке противодействует изгнанию ножек за пределы половой щели. Такое противодействие оказывается до полного раскрытия маточного зева: к этому времени ягодички опускаются на тазовое дно, плод садится «на корточках», и ножное предлежание переходит в ягодично-ножное, мягкие родовые пути хорошо растягиваются.

## ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ

Момент, когда стоит прекратить противодействие — выступание ножек плода из-под ладони акушера. При следующей потуге плод спокойно изгоняется из родовых путей.

- **при чистом ягодичном предлежании** — акушерский прием, который помогает сохранить правильное членорасположение плода и обеспечить физиологическое течение периода изгнания при хорошей родовой деятельности. Оказание пособия начинают с момента прорезывания ягодиц. Акушер располагает руки так, чтобы большие пальцы обеих рук располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца обеих рук — на поверхности крестца. Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы акушера по мере рождения ребенка передвигаются вверх. Когда туловище родилось до нижнего угла передней лопатки, акушер направляет ягодицы на себя, вниз и в сторону бедра роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лобковой дуги передней ручки. Затем туловище плода поднимают вверх на живот роженицы: рождается задняя ручка и в половой щели показывается ротик плода. При хорошей родовой деятельности головка рождается самостоятельно. Возможно выведение головки плода приемом Мориссо (см.).

**ПОСТКАСТРАЦИОННЫЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром посткастрационный.*

**ПОСТМЕНОПАУЗА** — см. *Период постменопаузы.*

**ПОТУГИ** — сочетание сокращений матки (схваток) с сокращением мышц передней брюшной стенки и диафрагмы. Характерны для второго периода родов (периода изгнания плода). Кроме сокращения матки, п. включают участие мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и нижних конечностей. П. возникают рефлекторно, вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. В отличие от схваток, роженица может регулировать силу и продолжительность п. Это позволяет врачу и акушерке управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

**ПРАВИЛО НЕГЕЛЕ** — для вычисления даты родов отнимают три месяца от первого дня последних месячных и прибавляют 7 дней.

**ПРАДЕР—ВИЛЛИ СИНДРОМ** — см. *Синдром Прадер—Вилли*.

**ПРЕГНАДИОЛ** — 5-прегнан-3,20-диол, стероидный метаболит прогестерона, биологически неактивен, в виде глюкуронидата прегнандиола присутствует в моче.

**ПРЕГНЕНОЛОН** — 3(3-Гидрокси-5-прегнен-20-он) стероид, промежуточный метаболит синтеза ряда гормонов, включая прогестерон.

**ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ** — снижение массы тела беременной (на 400—1000 г), учащение мочеиспускания, увеличение во влагалище трансудата и появление слизистых выделений, умеренная болезненность внизу живота, пояснице и крестцово-подвздошных сочленениях, безболезненные, нерегулярные по частоте, длительности и интенсивности сокращения матки, повышенная сонливость. Перед наступлением родов предлежащая часть плода и дно матки опускаются, что обусловлено формированием нижнего сегмента матки.

**ПРЕДДВЕРИЕ ВЛАГАЛИЩА** — пространство, ограниченное сверху клитором, снизу и сзади — задней спайкой больших половых губ, с боков — малыми половыми губами, дно п.в. образует девственная плева. С преддверием сообщаются влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала и выводные протоки парауретральных (малых) и бартолиновых (больших) желез. Девственная плева расположена на границе между преддверием влагалища и влагалищем.

**ПРЕДЛЕЖАНИЕ** — см. *Приложение 2*.

— **плаценты** — неправильное прикрепление плаценты, при котором она располагается в области нижнего сегмента матки, частично или полностью ниже предлежащей части плода. При частичном предлежании плацента перекрывает лишь часть внутреннего маточного зева, рядом с ней определяются плодные оболочки. При полном п.п. плацента полностью перекрывает внутренний маточный зев. Изредка плацента развивается в области перешейки матки и канала шейки матки — шейчная плацента.

— **плода** — положение плода в родах, классифицированное по части тела, расположенной ближе к верхней апертуре малого таза и/или первой продвигающейся вперед во время родов. Затылок, подбородок и крестец являются соот-



## ПРЕДЛЕЖАНИЕ

ветственно опознавательными точками теменного, лицевого и ягодичного предлежания.

- **головное** — п.п., при котором ближе к верхней апертуре малого таза находится головка плода, обычно с приведенным к груди подбородком (затылочное п.п.), реже может сопровождаться различной степенью разгибания головки (предлежащей частью является большой родничок, лоб или лицо).
- **затылочное** — головное п.п., при котором первым в малый таз опускается затылок плода, обращенный к лобковому симфизу.
  - **задnezатылочное** — затылок обращен влево (левое задnezатылочное предлежание) или вправо (правое задnezатылочное предлежание) к крестцово-подвздошному сочленению роженицы.
  - **передnezатылочное** — затылок обращен влево (левое передnezатылочное положение) или вправо (правое передnezатылочное положение) к вертикальной впадине роженицы.
- **лицевое** — головное п.п., при котором головка максимально разогнута и первым в малый таз опускается подбородок плода, обращенный к лобковому симфизу.
  - **заднеподбородочное** — подбородок обращен вправо (правое заднеподбородочное п.п.) или влево (левое заднеподбородочное п.п.) к крестцово-подвздошному сочленению роженицы.
  - **переднеподбородочное** — подбородок обращен к правой (правое переднеподбородочное п.п.) или к левой (левое переднеподбородочное п.п.) вертикальной впадине матери.
- **лобное** — головное п.п., при котором головка плода разогнута и первым в малый таз опускается лоб плода.
- **тазовое** — п.п., при котором ближе к верхней апертуре малого таза находится тазовая часть плода (ягодицы, стопы).
  - **ножное** — тазовое п.п., при котором первыми в малый таз опускаются ножки плода.
  - **смешанное** (ягодично-ножное) — бедра приведены к животу плода, колени согнуты, голени приведены к бедрам.

— **ягодичное** — тазовое п.п., при котором первыми в малый таз опускаются ягодичцы плода. При чисто ягодичном п. ноги приведены к животу и полностью вытянуты вдоль тела плода.

— **ягодично-ножное** — см. *П. плода смешанное.*

**ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ** — см. *Синдром предменструальный.*

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ** — см. *Плацента отслойка преждевременная.*

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ** — см. *Роды преждевременные.*

**ПРЕМЕНОПАУЗА** — см. *Период менопаузы.*

**ПРЕЭКЛАМПСИЯ** — переходное состояние от нефропатии к эклампсии, выражающееся в преимущественном нарушении микроциркуляции в ЦНС.

Характеризуется появлением на фоне предшествующей нефропатии жалоб на сильную головную боль, расстройство зрения, звон в ушах, мелькание мушек перед глазами, тошноту, боль в подложечной области.

**ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД** — см. *Период прелиминарный.*

## ПРИЕМ

— **Абуладзе** — выделение отделившегося последа путем фиксации брюшной стенки плотным обхватыванием обеих прямых мышц живота с образованием вертикальной складки брюшной стенки, после чего роженице предлагают потужиться.

— **Гентера** — выделение отделившегося последа путем надавливания кулаками через брюшную стенку на углы матки.

— **Креде—Лазаревича** — акушерский ручной прием извлечения отделившегося последа путем надавливания на брюшную стенку роженицы.

— **Леопольда—Левицкого** — система последовательно применяемых приемов наружного акушерского исследования для определения:

- 1) высоты стояния дна матки и части плода, которая находится в дне;
- 2) положения, позиции и вида плода;
- 3) предлежащей части и отношения ее ко входу в малый таз;
- 4) характера предлежащей части и ее местоположения по отношению к плоскостям малого таза.

## ПРИЗНАКИ

- **Мак-Робертса** — сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах (применяют при затруднении выведения плечиков).
- **Морисо—Левре—Лашапель** — метод извлечения головки плода в тазовом предлежании. Во влагалище вводится кисть руки акушера (при первой позиции — левая, при второй — правая). Плод «усаживают верхом» на предплечье этой руки. Указательным пальцем, введенным в ротик плода, удерживают головку в согнутом положении. Указательным и средним пальцами наружной руки захватывают плечевой пояс плода. Тракции производят наружной рукой сначала вниз на себя, до образования точки фиксации подзатылочной ямки под лобком, затем вверх. Головка рождается: сначала ротик, лицо, лобик и, наконец, теменные бугры.

## ПРИЗНАКИ

### — диагностики беременности

- **вероятные** — п., к которым относятся объективные изменения в половой сфере женщины и в молочных железах: прекращение менструаций, увеличение молочных желез и появление молозива (при выдавливании из сосков), разрыхление и синюшность предверия влагалища, самого влагалища и шейки матки, изменения формы и консистенции матки, увеличение ее размеров, положительные биологические реакции на беременность. В большинстве случаев данные признаки свидетельствуют о наступлении беременности, однако иногда они могут встречаться при некоторых гинекологических заболеваниях.

— **Гауса** — легкая смещаемость шейки матки во всех направлениях, не передающаяся на тело матки.

— **Гентера I** — пальпация на передней поверхности матки продольно расположенного гребневидного выступа, не переходящего ни на дно, ни на шейку матки, ни на заднюю ее поверхность и не отличающегося по консистенции от других отделов матки. Данный п. можно обнаружить при беременности сроком от 5 до 8 недель.

— **Гентера II** — связан с размягчением перешейка, вследствие чего матка под собственной тяжестью занимает положение hyperanteflexio.

- **Горвице—Гегара** — выраженное размягчение нижнего сегмента матки на ранних сроках беременности (около 7 недель). При вагинальном ручном исследовании возникает ощущение, что шейка матки практически не связана с ее телом (кончики пальцев обеих рук при бимануальном исследовании легко сближаются).
- **Пискачeka** — контуры дна матки неровные, с куполообразным выпячиванием одного из углов; выбухание соответствует месту имплантации плодного яйца; матка представляется асимметричной, с седлообразным дном. Определяется с 7-й по 12-ю неделю беременности.
- **Снегирева** — при влагалищном исследовании матка под влиянием механического раздражения сокращается и становится более плотной.
- **Чедвика** — голубоватое окрашивание шейки матки и влагалища.
- **достоверные** — п., которые с несомненностью свидетельствуют в пользу беременности. Исходят от плода и определяются различными методами акушерского обследования беременной. Для установления безусловного диагноза беременности необходимо обнаружить: плод или его части, сердечные тоны, двигательную активность плода.
- **сомнительные** — п., связанные с субъективными ощущениями женщины и изменениями в организме беременной (не касающимися внутренних половых органов): слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, извращение вкуса, легкая раздражительность, обострение обоняния, появление пигментных пятен, появление рубцов беременности.
- **отделения плаценты** — см. *П. Альфельда, П. Гогенбихлера.*
- **Альфельда** — удлинение выходящего из половой щели отрезка пуповины в последовом периоде.
- **Гогенбихлера** — при неотделившейся плаценте во время сокращения матки свисающая из половой щели пуповина может вращаться вокруг своей оси вследствие перенаполнения пупочной вены кровью.
- **Довженко** — роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки.

## ПРИЗНАКИ

- **Кляйна** — отсутствие удлинения наружного отрезка пуповины при сильной потуге роженицы.
- **Кюстнера—Чукалова** — при нажатии ребром ладони над лобковым симфизом пупочный канатик не втягивается в половую щель роженицы.
- **Микулича—Радецкого** — позыв на потуги у роженицы после отделения последа.
- **Шредера** — увеличение высоты стояния дна матки над лобковым симфизом с отклонением его вправо от средней линии; признак отделения плаценты.
- **Штрассмана** — при не отделившейся плаценте поколачивание по дну матки передается наполненной кровью пупочной вене. Эту волну можно ощутить пальцами руки, расположенными на пуповине выше места лигатуры (зажима). Если плацента отделилась от стенки матки, этот симптом отсутствует.
- **соответствия головки плода и таза** — см. *П. Вастена, П. Цангенмейстера*
- **Вастена (Хенкеля—Вастена)** — характер соотношения размеров головки плода и малого таза роженицы, определяемый по положению фиксированной во входе в таз головки относительно симфиза ручными акушерскими приемами в лежащем положении роженицы; п. считают положительным при выступании головки над уровнем симфиза — роды через естественные родовые пути невозможны; при прощупывании головки на уровне симфиза — п. считают «вровень»; при прощупывании наиболее выступающих частей головки ниже плоскости симфиза п. считают отрицательным — прогноз родов хороший.
- **Хенкеля—Вастена** — см. *П. Вастена*.
- **Цангемейстера** — измеряемое тазомером расстояние от верхней точки крестцового ромба до наиболее выступающей точки головки плода при полном раскрытии шейки матки; используют для оценки соотношений размеров головки плода и малого таза роженицы. Расстояние от головки до надкрестцовой ямки должно быть на 3—4 см меньше наружной конъюгаты; при равной величине несоответствие небольшое, прогноз родов сомнительный.
- **Шатца—Унгербергера** — расположение контракционно-го кольца на 10 см выше лона в конце периода раскрытия. Признак позволяет судить о степени раскрытия ма-

точного зева (на сколько см над лоном находится контракционное кольцо, на столько же см открыт маточный зев).

### ПРИКРЕПЛЕНИЕ

- плаценты плотное — см. *Плацента приросшая.*
- пуповины — см. *Плацента: прикрепление пуповины.*
  - краевое — см. *Плацента: прикрепление пуповины.*
  - оболочечное — см. *Плацента: прикрепление пуповины.*
  - центральное — см. *Плацента: прикрепление пуповины.*

**ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ ИСТИННОЕ** — см. *Плацента: приращение.*

**ПРОАКРОЗИН** — предшественник фермента акросомы сперматозоида — акрозина.

**ПРОАКЦЕЛЕРИН** — см. *Фактор плазменный свертывания крови V.*

### ПРОБА

- дексаметазоновая
  - большая — прием дексаметазона по 2 мг, через 6 ч в течение 18 ч. Эта доза уменьшает более чем на 50% экскрецию 17-КС при гиперплазии коры надпочечников и не изменяется при опухоли коры надпочечников, т.к. секреция гормонов в опухолях происходит автономно независимо от стимуляции АКТГ.
  - малая — прием дексаметазона 0,5 мг через 6 ч в течение 48 ч. Эта доза угнетает секрецию кортикостероидов у здоровых людей и выделение 17-КС более, чем на 50%, и не изменяется при гиперплазии коры или опухоли надпочечников.
- **Квика** — см. *П. протромбиновая.*
- **Клейхауэра** — метод определения количества фетальной крови, попавшей в организм матери при плодово-материнском кровотечении. Основана на микроскопическом исследовании мазка материнской крови для подсчета в нем фетальных эритроцитов. Фетальные эритроциты более устойчивы к кислой среде, поэтому при обработке мазка кислым реагентом материнские эритроциты, в отличие от фетальных, разрушаются. Подсчет производится по формуле [Кровотечение (мл) = кол-во фетальных эритроцитов/20].
- **Кумбса** (антиглобулиновый тест) — п. основана на модифицированном феномене агглютинации, определяет неполные антиэритроцитарные АТ, фиксированные на эри-

троцитах (прямая проба Кумбса) или циркулирующие в плазме (непрямая проба Кумбса).

- **непрямая** — используется для обнаружения циркулирующих неполных АТ. Методика идентифицирует анти-Rh IgG (женщины с вероятной Rh-сенсibilизацией и риском гемолитической болезни плода). Тестируемую сыворотку инкубируют с соответствующими Rh-положительными эритроцитами, клетки отмывают и добавляют антиглобулиновый реагент. Если в сыворотке присутствовали анти-Rh АТ и они были связаны Rh-положительными эритроцитами, то наступит агглютинация клеток. Пробу выполняют с рядом кратных разведений сыворотки (1:2, 1:4 и т.д.). Результат пробы — максимальное разведение (титр сыворотки), при котором еще сохраняется агглютинация.
- **прямая** — выполняется при эритробластозе плода и аутоиммунной гемолитической анемии для обнаружения АТ, фиксированных на эритроцитах. Тестируемые эритроциты отмывают от сыворотки и неспецифически связанных АТ и добавляют к отмывтой клеточной суспензии антиглобулиновую сыворотку, например, кроличьи АТ к Ig человека. Это вызывает образование мостиков между эритроцитами, несущими неполные АТ, и агглютинацию клеток.
- **метабисульфитная** — метод выявления Hb серповидно-клеточных эритроцитов (HbS); дезоксигенация клеток, содержащих HbS, усиливается при добавлении к крови метабисульфита натрия, вызывая появление серповидно-клеточных эритроцитов, выявляемых микроскопически.
- **на серповидные эритроциты** — в анаэробных условиях влажного препарата, содержащего равные объемы крови и 2% раствора бисульфита натрия, эритроциты, содержащие HbS, принимают серповидно-клеточную форму. Определяют число серповидных эритроцитов на 1000 эритроцитов.
- **на скрытую кровь** — качественная п. на скрытую кровь в кале; определяется по пероксидазной активности Hb; тестовый набор можно использовать дома, а образцы посылать в лабораторию на анализ.
- **протромбиновая** (Квика проба, протромбиновый тест) — определение протромбина крови, основывающееся на

времени свертывания плазмы крови в присутствии оксалатов, тромбопластина и хлорида кальция.

- **с задержкой дыхания** — задержка дыхания на выдохе приводит к увеличению ЧСС плода на 8–10 уд./мин.
- **с уксусной кислотой** — 3% либо 0,5% раствор кислоты. Основан на кратковременном отеке эпителия, набухании клеток, сокращении подэпителиальных сосудов, анемизации ткани, кольпоскопически проявляющееся в виде изменения цвета. Проба позволяет четко дифференцировать многослойный плоский эпителий от цилиндрического эпителия; самые незначительные изменения плоского эпителия проявляются в виде побеления различной интенсивности и длительности. Нормальные сосуды при обработке уксусом, как правило, кратковременно исчезают, атипичные — не изменяются. Четкие контуры белого эпителия, интенсивность цвета и способность длительно сохранять бело-серый цвет свидетельствует о возможной атипии. Белым может стать атрофический, метапластический эпителий, при этом их контуры будут расплывчатыми, а процесс побеления будет слабым и кратковременным.
- **с физической нагрузкой** — выполнение беременной женщиной дозированной физической нагрузки вызывает учащение сердечных сокращений плода на 10–15 уд./мин. Если состояние плода нарушено, реакции при выполнении отличаются от нормальных, извращены или отсутствуют.
- **термическая** — заключается в определении сердечной деятельности плода после термического воздействия (холода или тепла) на кожу беременной. В норме наблюдается увеличение ЧСС на 8–10 уд./мин.
- **толерантности к лактозе пероральная** — выявление дефицита лактозы: изменение уровня глюкозы в плазме на пероральную нагрузку лактозой оценивается аналогично пероральному тесту толерантности к глюкозе.
- **Шиллера** — обработка 2–3% раствором Люголя (йод — 1 г, калий/йод — 2–4 г, дистиллированная вода 300 г), основанная на выявлении не содержащих гликогена участков шейки матки, которые могут представлять начальные стадии карциномы; такие участки не удастся окрасить раствором йода в темно-коричневый цвет. Под действием раствора окрашиваются зрелые клетки поверхностного слоя, богатые гликогеном, в темно-корич-



невый цвет. Измененная ткань окрашивается по-разному, в зависимости от вида повреждения, степени зрелости и ороговения тканей. Слабо окрашиваются цилиндрические, метапластические, атрофический эпителий, участки с локальным воспалением, контуры образований при этом, обычно, не четкие. Четко очерченные зоны йод-негативного эпителия являются подозрительными на атипию и требуют дальнейшего обследования и наблюдения.

— **Шуварского—Симса—Хунера** — исследование оплодотворяющих свойств спермы, основанное на определении способности сперматозоидов проникать в слизь шейки матки.

**ПРОБКА СЛИЗИСТАЯ** — слизь с примесью крови, в небольшом количестве выделяющаяся из цервикального канала незадолго перед началом родов — предвестник родов.

**ПРОБОДЕНИЕ** (перфорация) — образование сквозного отверстия в стенке полого органа вследствие его заболевания или травмы (например, прободение матки).

**ПРОВОДНАЯ ЛИНИЯ ТАЗА** — см. *Ось таза*.

**ПРОГЕСТЕРОН** — (4-прегнен-3,20-дион) активное начало желтого тела яичника, секретируется преимущественно во второй половине овариально-менструального цикла, выделяется из желтого тела и плаценты или получают синтетическим путем при стимуляции ЛГ или ХГТ. Используют для нормализации менструального цикла.

**ПРОГЕСТИНЫ** — синтетические или натуральные препараты с эффектами прогестерона.

**ПРОЛАКТИН** (лактогенный гормон, лактотропин) — гормон передней доли гипофиза. Стимулирует секрецию молока и рост молочной железы во время беременности. Синтезируется и выделяется из гипофиза при раздражении соска молочной железы, во время сна, полового акта, во вторую фазу фолликулинового цикла, в период беременности и лактации, при приеме некоторых лекарственных средств и др. По химической структуре сходен с гормоном роста.

**ПРОЛАКТИНОМА** — см. *Аденома пролактин-секретирующая*.

**ПРОЛАКТОЛИБЕРИН** (пролактин-высвобождающий фактор, пролактин-высвобождающий гормон) — вещество, синтезируемое гипоталамусом, стимулирует высвобождение пролактина.

**ПРОЛАКТОСТАТИН** — пролактин-ингибирующий фактор.

**ПРОЛИФЕРАЦИЯ** — разрастание, размножение клеток, тканей путем их новообразования. Может быть физиологической (например, нормальная пролиферация молочной железы при беременности) и патологической (например, опухоли).

**ПРОМЕЖНОСТЬ** — кожно-мышечно-фасциальная пластинка, расположенная между задней спайкой больших половых губ и копчиком. Фасции и мышцы промежности составляют тазовое дно.

**ПРОПИОНАЦИДЕМИЯ** — недостаточность пропионил-КоА карбоксилазы проявляется избытком пропионовой кислоты в крови; характеризуется рвотой, летаргией, гипотонией, умственной отсталостью, кетоацидозом, гипераммониемией, гипогамма-глобулинемией, лейкопенией, тромбоцитопенией.

**ПРОРЕЗЫВАНИЕ ГОЛОВКИ** — время, когда головка плода после окончания потуги не скрывается в родовом канале.

**ПРОСТАЦИКЛИН** (простагландин  $I_2$ ) — производное простагландина, природный ингибитор агрегации тромбоцитов, вазодилататор.

**ПРОСТАГЛАНДИНЫ** — физиологически активные вещества, присутствующие во многих тканях; действуют как сосудорасширяющие, стимуляторы ГМК матки, антагонисты гормонов, регулирующих липидный обмен; химически представляют собой простаноидную кислоту с различными боковыми цепями.

- $E_1$  — вазодилататор, применяемый у новорожденных с врожденными пороками сердца.
- $E_2$  — стимулятор родовой деятельности.
- $F_2$  — стимулятор родовой деятельности.
- $I_2$  — см. *Простациклин*.

## ПРОСТРАНСТВО

- **дугласово** — углубление прямокишечно-маточное.
- **околоматочное** — см. *Параметрий*.

**ПРОТЕИНУРИЯ** — выделение белка с мочой при нарушении деятельности почек (нефрит, острые инфекции, отравления и т.д.), гестозе. Иногда наблюдается у здоровых людей, например после тяжелой физической работы.

**ПРОТОК** (канал) — трубчатая структура, выводящая секрет железы или любую жидкость.

- **аранциев** (венозный) — продолжение пупочной вены плода, проходящее через печень к нижней полой вене.

## ПРОТООНКОВЕН

- **артериальный** (боталлов) — сосуд плода, соединяющий левую легочную артерию с нисходящей аортой; после рождения облитерируется, превращаясь в фиброзный тяж — артериальную связку. В редких случаях неполной облитерации возникает сердечно-сосудистая недостаточность, корректируемая хирургическим путем.
- **боталлов** — см. *П. артериальный*.
- **венозный** — см. *П. аранциев*.
- **Вольфов** (первичной почки, мезонефральный, первичный мочеточник) — п., дренирующий первичную почку эмбриона. У мужчин впоследствии становится семявыносящим п., у женщин облитерируется.
- **женский** — см. *П. Мюллеров*.
- **мезонефральный** — см. *П. Вольфов*.
- **Мюллеров** (парамезонефральный, женский, Мюллеров канал, Мюллеров ход) — эмбриональная трубочка, тянущаяся вдоль первичной почки почти параллельно мезонефральному п. и открывающаяся в клоаку. У женщин впоследствии образует маточные трубы и часть влагалища, у мужчин редуцируется в предстательную железу и придаток яичка.
- **парамезонефральный** — см. *П. Мюллеров*.
- **парауретральный** — см. *П. Скина*.
- **первичной почки** — см. *П. Вольфов*.
- **Скина** (парауретральные) — непостоянные протоки по обеим сторонам женской уретры, выводящие слизистый секрет парауретральных желез в преддверие влагалища.

**ПРОТООНКОВЕН** — ген нормального генома человека, участвует в регуляции пролиферации клеток. Продукты экспрессии п. во многих случаях важны для нормальной дифференцировки клеток, межклеточных взаимодействий. В результате соматических мутаций п. может стать онкогенным. К имени п. может быть добавлена приставка (с-) или (v-) соответственно от *cellular* — клеточный или от *viral* — вирусный, например:

- экспрессия *c1-2* предупреждает развитие запрограммированной гибели клеток (апоптоз), в т.ч. вызванной вирусной инфекцией;
- экспрессия *c-fos* предшествует запрограммированной гибели клеток;

*c-mpl* активирует ген *c-Mpl*, кодирующий рецептор тромбозина;

продукт экспрессии *c-mos* входит в состав цитостатического фактора;

*MDM-2* связывается с белком *p53*, блокируя активацию транскрипции этим главным супрессором опухолей;

экспрессия *tus* предшествует развитию апоптоза;

экспрессия *p53* в клетках с поврежденной ДНК предшествует апоптозу.

**ПРОФИЛАКТИКА** — (греч.: prophylaktikos — предохранительный, предупредительный) комплекс мероприятий, направленных на обеспечение высокого уровня здоровья людей, их творческого долголетия, устранение причин заболеваний, в т.ч. улучшение условий труда, быта и отдыха населения, охраны окружающей среды.

**ПРОФИЛЬ** — (франц.: profil, итал.: profilo — очертание) 1) вид лица или предмета сбоку; 2) совокупность основных, типичных черт, характеризующих профессию, специальность, деятельность.

— **биохимический** — серия биохимических анализов при госпитализации больного.

— **биофизический плода** — оценка внутриутробного состояния плода. Основан на данных УЗИ и регистрации сердечной деятельности плода. Включает оценку шести параметров: данные нестрессового теста — НСТ, объем околоплодных вод — ООВ, дыхательные движения плода — ДДП, двигательная активность плода — ДА, тонус плода — Т, степень зрелости плаценты — СЗП (см. Приложение 4).

**ПСЕВДОГЕРМАФРОДИТИЗМ** (ложный) — состояние, отчасти сходное с истинным гермафродитизмом, при котором индивидуум является представителем одного из полов, обладающим либо яичками, либо яичниками, несмотря на то, что имеет вторичные половые признаки обоих полов.

**ПСЕВДОПАРАЛИЧ ПАРРО** — проявление врожденного сифилиса у детей первых месяцев жизни: отсутствие активных движений в конечностях и болезненность пассивных движений, обусловленное образованием гумм в эпиметафизах длинных трубчатых костей, склонность к переломам.

**ПСЕВДОЭНЦЕФАЛИТ** — см. *Энцефалопатия*.

**ПСЕВДОЭРОЗИЯ** — распространение однослойного цилиндрического эпителия шеечного канала за пределы наружно-

## ПУБЕРТАТНЫЙ

го зева на эктоцервикс, в норме покрытый многослойным плоским эпителием. В происхождении п. играют роль не столько воспалительные, сколько гормональные сдвиги.

По этиопатогенезу: врожденная, приобретенная, рецидивирующая. По клиническому течению: неосложненная, осложненная (сочетающаяся с воспалительным процессом шейки матки или влагалища). По гистологическому строению: железистая, папиллярная, эпидермизирующая. При осмотре в зеркалах: ярко-красная зернистая или бархатистая поверхность вокруг наружного зева, легко травмирующаяся, различной величины.

Цилиндрический эпителий обычно выстилает железы и выделяет большое количество слизи, которая является причиной упорных белей. Кольпоскопический диагноз п. — эктопия — участок эктоцервикса, покрытый цилиндрическим эпителием. После обработки 3% раствором уксусной кислоты, контуры сосочков более отчетливые, их поверхность бледнеет. Раствором Люголя цилиндрический эпителий окрашивается кратковременно в светло-коричневый цвет, но вскоре опять розовеет.

**ПУБЕРТАТНЫЙ ПЕРИОД** — см. *Период пубертатный.*

**ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС** (хорионаденома) — поликистозная ткань с множеством мелких пузырей, образующаяся при пролиферации трофобласта, с гидропической дистрофией и отсутствием сосудов в ворсинах хориона. П.з. может захватывать весь хорион (полный п.з.) или же его часть (частичный п.з.). Предполагается инфекционный, гормональный, генетический генез данного заболевания. Обычно наблюдается у женщин в возрасте 20–30 лет. Отмечается задержка менструаций на 2–3 мес и более, на фоне которой появляются кровавистые выделения, вызванные отторжением пузырьков заноса. Характерно несоответствие размеров матки сроку предполагаемой беременности (размеры матки превышают его). Матка приобретает тугоэластическую консистенцию. При увеличении размеров матки, соответствующих сроку беременности более 20 нед, наличие плода в матке установить не удастся. Существует риск последующего развития хорионэпителиомы. Биологические и иммунологические реакции на беременность резко положительные не только с цельной, но и с разведенной мочой вследствие высоких титров хорионического гонадотропина. Диагноз в начале заболевания не-

редко бывает ошибочным. Для уточнения диагноза используют ультразвуковое исследование.

**ПУНКЦИЯ** — прокол стенки какой-либо полости тела, сустава, сосуда, органа, нормальной или патологической ткани с лечебной или диагностической целями.

**ПУПОВИНА** (пупочный канатик) — шнуровидное образование, соединяющее плод с плацентой и обеспечивающее фетоплацентарное кровообращение. П. имеет серовато-голубоватый цвет, глянцевую поверхность, спирально скручена, длина ее при доношенной беременности составляет обычно 50—60 см, диаметр у пупочного кольца 1,5—2 см. Чаще п. прикрепляется в центре плаценты (центральное прикрепление), реже эксцентрично (боковое прикрепление) или у края плаценты (краевое прикрепление). В пуповине проходят две пупочные артерии и одна пупочная вена, вдоль которых располагаются нервные волокна. Сосуды и нервы п. окружает студнеобразное вещество (вартонова студень). Снаружи п. покрыта амнионом. В п. наблюдаются узлоподобные утолщения (ложные узлы), возникновение их вызвано утолщением артерий, варикозным расширением вен, скоплениями вартоновой студени.

Во внутриутробном периоде функционируют протоки — желточный и мочевой, которые входят в состав пупочного канатика. Желточный проток, соединяя кишечник с желточным мешком, служит для питания плода; по мочевому протоку осуществляется отток мочи в околоплодные воды. В дальнейшем эти протоки подвергаются обратному развитию, вплоть до полной облитерации. Неполная облитерация желточного и мочевого протоков сопровождается образованием врожденных свищей или кист пупка.

По пупочным артериям кровь плода поступает в плаценту, где она обогащается кислородом и питательными веществами, освобождается от углекислого газа и продуктов обмена. Затем кровь возвращается к плоду по пупочной вене. П. участвует также в обмене веществ между кровью плода и околоплодными водами. После рождения плода п. пережимают зажимами, пересекают и на участок, прилежащий к пупочной области новорожденного, накладывают металлическую скобку Роговина или лигатуру. У ребенка на месте отпадения п. образуется пупок. В III периоде родов рождается оставшаяся часть п. вместе с плацентой и плодными оболочками.

## ПУПОК

Ультразвуковое исследование позволяет обнаружить обвитие п. вокруг шеи, туловища и конечностей плода, ее предлежание.

— **предлежание и выпадение** — возникают при отсутствии пояса соприкосновения (поперечное положение плода, тазовое предлежание его, узкий таз). Предлежание п. характеризуется нахождением ее рядом (или ниже) с крупной предлежащей частью плода при целом плодном пузыре. Расположение п. ниже крупной предлежащей части плода после излития околоплодных вод называют выпадением п. Предлежание и особенно выпадение пуповины опасны для плода из-за возможности возникновения внутриутробной асфиксии. При головном предлежании и выпавшей пуповине необходимо попытаться ее заправить за головку. При тазовом предлежании прижатие выпавшей петли пуповины представляет меньшую опасность для плода, так как мягкий тазовый конец меньше сдавливает пуповинные сосуды.

— **грыжа эмбриональная** — редкая патология п., при которой часть органов брюшной полости плода (например, кишечные петли) располагается под оболочками пуповины. Часто грыжа п. сочетается с другими пороками развития. Диагноз не представляет трудностей, но при небольших размерах грыжи ее иногда не замечают и, перевязывая п., захватывают прилежащую петлю кишечника. Во избежание этого необходим тщательный осмотр пупочной области новорожденного и прилежащего отрезка п., особенно при широком ее основании. Лечение эмбриональной грыжи п. оперативное.

**ПУПОК** — углубление в средней части брюшной стенки, образующееся при рубцевании тканей в месте отпадения пуповины. Снаружи п. представляет собой рубцово-измененную кожу, частично спаянную с краями пупочного кольца. С внутренней стороны он представлен частью внутрибрюшинной фасции, волокна которой, вплетаясь в задние стенки влагалищ прямых мышц живота, закрывают и укрепляют пупочное кольцо — отверстие в апоневрозе белой линии живота, через которое кровеносные сосуды, желчный и мочевой протоки проникают в брюшную полость плода. Недоразвитие внутрибрюшинной фасции или ее участка, соответствующего пупочному кольцу, создает благоприятные условия для образования пупочных грыж.

**ПУПОЧНАЯ ОБЛАСТЬ** — часть брюшной стенки, ограниченная горизонтальными линиями, сверху соединяющими концы X ребер, снизу верхние передние подвздошные ости, с боков — вертикальными линиями, проходящими через середину паховых (пупартовых) связок. В пупочной области на месте отпадения пуповины расположен пупок.

В пупочной области встречаются доброкачественные и злокачественные опухоли, а также метастазы злокачественных опухолей. Лечебная тактика в этих случаях зависит от характера опухоли.

**ПУПОЧНОЕ КОЛЬЦО** — отверстие в середине белой линии живота, через которое у плода проходит пупочный канатик, а после рождения заполненное его облитерированными остатками; место выхождения пупочных грыж.

**ПУПОЧНЫЙ КАНАТИК** — см. *Пуповина*.

**ПЬЕРА РОБЕНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Пьера Робена*.

## Р

**РАДИОИММУНОАНАЛИЗ** — иммунологический метод, основанный на включении меченого радиоактивного изотопа в АГ, реагирующего со специфической антисывороткой; параллельно равный объем той же сыворотки предварительно смешивают с исследуемым образцом; специфические вещества (например, гормоны), содержащиеся в исследуемом образце, реагируют с АГ, в результате чего высвобождается большее количество свободного меченого АГ по сравнению с референс-сывороткой.

### РАЗМЕР

#### — головки плода

- **большой косой** — расстояние от подбородка до самой отдаленной точки на затылке — равен 13,5 см. Окружность головки составляет 39–41 см.
- **малый косой** — расстояние от подзатылочной ямки до середины большого родничка — равен 9,5 см. Окружность головки составляет 32 см.
- **средний косой** — расстояние от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка — равен 10,5 см. Окружность головки составляет 33 см.



## РАЗМЕР

- **большой поперечный** — расстояние между теменными буграми — равен 9,5 см.
- **малый поперечный** — расстояние между наиболее удаленными друг от друга точками венечного шва — равен 8 см.
- **вертикальный (отвесный)** — расстояние от подъязычной кости до середины большого родничка — равен 9,5 см. Окружность головки составляет 32–33 см.
- **отвесный** — см. *Р. головки плода вертикальный*.
- **прямой** — расстояние от переносицы до затылочного бугра — равен 12 см. Окружность головки составляет 34 см.
- **плечиков плода** — поперечный размер плечиков равен 12–12,5 см. Длина окружности составляет 34–35 см.
- **таза**
  - **левый косой плоскости входа в таз** — расстояние от левого крестцово-подвздошного соединения до правого подвздошно-лобкового возвышения (*eminentia iliopubica*) — 12–12,5 см.
  - **поперечный плоскости входа в таз** — расстояние между наиболее отдаленными точками дугообразных линий — 13–13,5 см.
  - **поперечный плоскости выхода таза** — расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров — 11 см.
  - **поперечный плоскости узкой части полости таза** — расстояние между остями седалищных костей — 10,5 см.
  - **поперечный плоскости широкой части полости таза** — расстояние между серединами вертлужных впадин — 12,5 см.
  - **правый косой плоскости входа в таз** — расстояние от правого крестцово-подвздошного соединения до левого подвздошно-лобкового возвышения (*eminentia iliopubica*) — 12–12,5 см.
  - **прямой (conjugate externa, наружная конъюгата)** — расстояние от середины верхненаружного края симфиза до надкрестцовой ямки, находящейся между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня — 20–21 см.
  - **прямой входа в малый таз (conjugata vera, истинная конъюгата)** — расстояние от внутренней поверхности

симфиза до мыса крестца; для определения истинной конъюгаты из размеров наружной конъюгаты вычитают 9 см. Норма истинной конъюгаты — 11 см.

- **прямой плоскости выхода таза** — расстояние от верхушки копчика до нижнего края симфиза — 9,5 см. При отхождении копчика кзади во время родов — 11,5 см.
- **прямой плоскости узкой части полости таза** — расстояние от крестцово-копчикового соединения до нижнего края симфиза — 11–11,5 см.
- **прямой плоскости широкой части полости таза** — расстояние от соединения II и III крестцовых позвонков до середины внутренней поверхности симфиза — 12,5 см.
- **ягодиц** — поперечный размер равен 9–9,5 см. Длина окружности составляет 27–28 см.

### РАЗРЕЗ

- **Керра–Гусакова** — р. матки при аборте, производимый по несокращающейся части матки (нижний сегмент) параллельно пучкам ГМК, располагающийся сразу за пузырно-маточной складкой брюшины.
- **Пфанненштиля** — лапаротомия в надлобковой области, при которой кожу, подкожную клетчатку и передние листки влагалища прямых мышц живота рассекают в поперечном направлении, мышцы разъединяют или отсепааровывают вдоль мышечных волокон, париетальную брюшину рассекают продольно.
- **Сангера** — продольный р. на передней поверхности матки, применяемый при кесаревом сечении.
- **Селлхайма** — р. матки при кесаревом сечении, начинающийся с нижнего сегмента и продолжающийся на тело матки.

**РАЗРЫВ** — механическое повреждение мягких тканей (мышц, связок, сухожилий, фасций и др.) или органов (например, желудка, мочевого пузыря) с нарушением их анатомической целостности; возникает в результате действия на ткани силы, превышающей пределы их эластичности.

- **влагалища** — чаще всего являются продолжением р. промежности, но могут наблюдаться и изолированные р. влагалища (см. *Разрыв промежности*).
- **матки** — тяжелейшее осложнение беременности и родов. Возникают при пространственном несоответствии между предлежащей частью плода и тазом (узкий таз, попе-

речное положение плода), разгибательные и асинклитические вставления головки (крупный плод, рубцовые сужения мягких тканей родового канала, опухоли малого таза, препятствующие естественному родоразрешению). Р. матки наблюдаются также при патологических изменениях ее стенки в связи с воспалительными и дистрофическими процессами, а также по рубцу после кесарева сечения или операции удаления узлов фибромы.

- **насильственный** — р., возникающий под влиянием постороннего вмешательства.
- **начавшийся** — р., матки которому свойственны симптомы угрожающего разрыва с присоединением признаков, указывающих на надрыв маточной стенки: появление кровянистых выделений из влагалища, примесь крови в моче, асфиксия плода.
- **неполный** — р., захватывающий эндометрий и миометрий, в то время как периметрий остается неповрежденным.
- **самопроизвольный** — р., возникающий без внешнего воздействия.
- **свершившийся** — р., сопровождающийся типичной клинической картиной и обычно не вызывает затруднений в диагностике. В момент разрыва роженица ощущает сильную боль в животе, родовая деятельность прекращается, появляются признаки шока. Плод быстро погибает внутриутробно, появляются метеоризм, симптом Щеткина—Блюмберга, из влагалища выделяется кровь. При выходе плода в брюшную полость живот приобретает неправильную форму, через переднюю брюшную стенку отчетливо пальпируются мелкие части плода.
- **полный** — р., захватывающий все оболочки стенки матки.
- **по рубцу** — р., характеризующийся истончением и локальной болезненностью рубца в области намечающегося разрыва. Большое значение для диагностики имеют указания в анамнезе на осложненное течение послеоперационного периода со вторичным заживлением раны передней брюшной стенки.
- **угрожающий** — р., протекающий клинически различно в зависимости от механизма разрыва. При простран-

ственном несоответствии размеров плода и таза на фоне бурной родовой деятельности после излития околоплодных вод появляются признаки перерастяжения нижнего маточного сегмента; матка вытягивается в длину, контракционное кольцо располагается высоко (на уровне пупка) и косо, контуры матки напоминают песочные часы, круглые маточные связки напряжены и болезненны. При пальпации нижнего маточного сегмента определяются напряжение и болезненность. Плод почти целиком расположен в перерастянном нижнем сегменте матки. Роженица беспокойна, мечется, кричит, пытается тужиться при высоко расположенной предлежащей части плода. Быстро наступает внутриутробная асфиксия плода. Клиническая картина у.р. матки, обусловленного патологическими изменениями маточной стенки, менее характерна, поэтому он труднее диагностируется. Родовая деятельность слабая, схватки болезненные, несмотря на отсутствие регулярной родовой деятельности. Появляется непроизвольная и малоэффективная потужная деятельность при высоко стоящей головке над входом в малый таз. Образуется выпячивание над лоном в результате отека паравезикальной клетчатки и перерастяжения мочевого пузыря. Нижний маточный сегмент менее перерастян и болезнен, чем при угрожающем разрыве, вследствие пространственного несоответствия между размерами плода и таза.

— **маточной трубы** — см. *Беременность трубная*.

— **промежности** — р., наблюдающиеся при ригидных тканях, особенно у пожилых первородящих, при высокой промежности, наличии рубцов, при родах крупным плодом, быстрых родах, разгибательных предлежаниях головки, влагалищных акушерских операциях, неправильном оказании акушерского пособия. Разрывы промежности могут быть самопроизвольными (возникают независимо от внешних воздействий) и насильственными (возникающие вследствие неправильного ведения родов или в связи с родоразрешающими операциями). Различают три степени р. промежности: I — нарушается целостность только задней спайки; II — нарушаются кожа промежности, стенки влагалища и мышцы тазового дна, кроме наружного

сфинктера прямой кишки; III — кроме вышеперечисленных образований, происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки. Диагноз ставят на основании результатов осмотра: выпячивании промежности, ее цианоз, отек, затем побледнение.

- **шейки матки** — возникает во время родов, чаще патологических. Причины: воспалительные и дистрофические процессы, ригидность шейки матки, роды крупным плодом, быстрые роды, оперативные роды (щипцы, вакуум-экстракция плода, плодоразрушающие операции), длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза, нерациональное ведение II периода родов, ранняя потужная деятельность. Различают 3 степени р. шейки матки: I — р. с одной или двух сторон не более 2 см; II — р. более 2 см, но не достигающие сводов влагалища; III — р., доходящие до боковых сводов влагалища и переходящие на них. Р. шейки матки могут быть самопроизвольные (возникают при родах без оперативных пособий) и насильственные (при оперативных вмешательствах, вызванных патологическими родами). Обычно сопровождаются кровотечением, начинающимся вслед за рождением ребенка. Вытекающая кровь алого цвета. Кровотечение продолжается и после рождения последа, несмотря на хорошее сокращение матки. Диагноз подтверждается осмотром шейки матки с помощью влагалищных зеркал.

**РАСТВОР** — однородные системы (главным образом жидкости), состоящие из двух или более веществ (компонентов). Обычно преобладающий по концентрации компонент называется растворителем, остальные — растворенными веществами. Раствор, в котором концентрация одного из компонентов максимальна при данных условиях, называется насыщенным раствором по данному компоненту. Все компоненты растворов равномерно распределены в его объеме в виде молекул и ионов. Важное свойство растворов — способность сохраняться как однородная смесь веществ в определенных пределах изменения состава. По существу все вещества, считающиеся чистыми, представляют собой растворы, так как содержат примеси. Растворы широко распространены в природе и используются практически во всех областях техники. Исключительная роль водных растворов во всех биологических процессах.

- **гипертонический** — любой р., осмотическое давление которого превышает осмотическое давление плазмы крови, например 10% р. NaCl.
- **изотонический** — р., осмотическое давление которого равно осмотическому давлению плазмы крови, например, 0,9% водный р. NaCl.
- **Люголя** — (J.G.A.Lugol, франц. врач) раствор, содержащий йод, йодид калия и воду в отношении 1:2:17; используется в лабораторных исследованиях и как лекарственное средство.
- **Рингера** — р., сходный с сывороткой крови по солевому составу: 8,6 г NaCl, 0,3 г KCl и 0,33 г CaCl<sub>2</sub> в каждом 1000 мл дистиллированной воды; обычно используют для в/в инфузий; солевой р., применяемый в сочетании с естественными веществами организма (например, сывороткой крови, тканевыми экстрактами) и питательными растворами для культивирования клеток.

— **физиологический** — изотонический (0,9%) водный р. NaCl.

**РАСШИРИТЕЛЬ ГЕГАРА** (Хегара) — акушерский инструмент, представляющий металлический стержень; предназначен для расширения канала шейки матки; номер инструмента соответствует его диаметру в мм (от 3 до 24).

**РАТКЕ КАРМАН** — см. *Гипофизарный карман*.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ** — (позднелат.: *rehabilitatio* — восстановление) комплекс мер, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма и трудоспособности больных и инвалидов.

**РЕАКЦИЯ** — (лат.: *re* — возврат, *actio* — действие) действие, состояние, процесс, возникающие в ответ на какое-либо воздействие.

— **Борде—Жангу** — см. *Р. связывания комплемента*.

— **Вассермана** — (A.Wassermann, нем. иммунолог) метод серодиагностики сифилиса, представляющий собой разновидность реакции связывания комплемента.

— **Кумбса** (антиглобулиновый тест, Кумбса проба) — реакция на наличие АТ: прямая р. для выявления сенсibilизированных эритроцитов при эритробластозе плода и приобретенной гемолитической анемии; сенсibilизированные эритроциты обнаруживаются по наличию неполных или одновалентных АТ на эритроцитах; непрямая р. на выявление специфических АТ, связывающих антиге-

## РЕАНИМАЦИЯ

ны донорских эритроцитов в перекрестных реакциях крови при изучении трансфузионных реакций.

- **латекс-агглютинации** (латекс-фиксации) — р. пассивной агглютинации, при которой антигены адсорбируются на частицах латекса; затем частицы агрегируют в присутствии АТ, специфических к адсорбированным антигенам.
- **латекс-фиксации** — см. *Латекс-агглютинации*.
- **Е-розеткообразования** — метод выявления Т-лимфоцитов путем инкубации лимфоцитов крови человека с сывороткой и эритроцитами барана; образуются розетки, состоящие из эритроцитов вокруг Т-лимфоцитов.
- **связывания комплемента** (Борде—Жангу) — иммунологический тест на определение специфического антигена или АТ при наличии одного из них; основан на факте фиксации комплемента к комплексу антиген-антитело; последующая оценка активности комплемента в гемолитической системе в этом случае будет указывать на снижение его содержания.
- **торможения миграции** — метод диагностики гиперчувствительности замедленного типа *in vitro*: в присутствии специфического антигена макрофаги сенсibilизированного животного не мигрируют из капилляров; р. применяют также при изучении образования лимфокинов активированными лимфоцитами.

**РЕАНИМАЦИЯ** — (лат.: *re* — возврат., *animatio* — оживление) восстановление резко нарушенных или утраченных жизненно важных функций организма. Проводится при терминальных состояниях, в том числе при клинической смерти (в первые 4–6 мин с момента прекращения дыхания и кровообращения; позже появляются необратимые изменения в центральной нервной системе и наступает биологическая смерть). Р. включает массаж сердца, искусственное дыхание, нагнетание крови в артерии и другие меры.

**РЕБЕНОК НЕДОНОШЕННЫЙ** — см. *Недоношенный ребенок*.

**РЕГЕНЕРАЦИЯ** — восстановление организмом утраченных или поврежденных органов и тканей.

**РЕЗЕКЦИЯ** — (лат.: *resectio* — отсечение) хирургическая операция — удаление (обычно частичное) больного органа.

**РЕЗИСТЕНТНОСТЬ** — (лат.: *resistentia* — сопротивление, противодействие) устойчивость организма к воздействию

различных повреждающих факторов. Различают неспецифическую и специфическую резистентность. Под неспецифической резистентностью понимают способность организма противостоять воздействию разнообразных по своей природе факторов. Специфическая резистентность характеризует высокую степень противодействия организма воздействию определенных факторов или их близких групп.

**РЕЗИСТЕНТНЫХ ЯИЧНИКОВ СИНДРОМ** — см. *Синдром резистентных яичников.*

**РЕЗОРБЦИЯ** — 1) всасывание; 2) рассасывание.

**РЕЗУС-ФАКТОР** — антиген, содержащийся в эритроцитах макака-резуса (отсюда название) и людей. Открыт К. Ландштейнером и американским ученым А. С. Винером в 1940 г. По наличию или отсутствию резус-фактора выделяют резус-положительные (около 85 % людей) и резус-отрицательные (около 15 %) организмы. У резус-положительного плода при беременности женщины с резус-отрицательной кровью возможны иммунные осложнения (например, гемолитическая болезнь новорожденных). Для предупреждения осложнений вводят антирезус-гамма-глобулин. Учет резус-фактора, как и группы крови, обязателен при переливании крови.

**РЕЙФЕНШТЕЙНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Рейфенштейна.*

**РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЯ** — выздоровление.

**РЕЛАКСИН** (фактор релаксации матки) — полипептидный гормон, секретируемый желтым телом яичника во время беременности. Облегчает процесс родов, вызывая размягчение и расширение лобкового симфиза и шейки матки; ингибирует сокращения матки. В виде лекарственного средства используют для лечения дисменореи.

— **Н1** — релаксин.

— **Н2** — выделен из ткани яичников при беременности. Первичная структура пептида отличается от релаксина Н1.

**РЕМИССИЯ** — временное ослабление (неполная ремиссия) или исчезновение (полная ремиссия) проявлений болезни.

**РЕПРОДУКТИВНАЯ СИСТЕМА** — см. *Система репродуктивная.*

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ** — см. *Здоровье репродуктивное.*

**РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ** — см. *Синдром респираторный дистресс.*



## РЕФЛЕКС

**РЕФЛЕКС** — (лат.: reflexus — повернутый назад, отраженный) реакции организма, осуществляемые при участии нервной системы в ответ на действие внешних и внутренних раздражителей. «Все акты сознательной и бессознательной жизни по способу происхождения суть рефлексы». Врожденные р. называются безусловными, р., вырабатываемые в течение жизни — условными.

— **выделения молока** — выделение молока из груди после тактильного раздражения соска. Аfferентный путь проходит от соска к гипоталамусу, эfferентное звено вызывает выброс окситоцина из нейрогипофиза в кровеносное русло. Сокращение миоэпителиальных клеток в молочной железе, вызванное окситоцином, продвигает молоко в выводные протоки.

— **испуга** — см. *Р. Моро*.

— **миокардиальный** — увеличение частоты сердцебиения плода более чем на 15 уд/мин (по сравнению со средней частотой) и продолжающееся более 30 с. Учащение сердечного ритма связано с движениями плода. Один из показателей кардиотокографии.

— **Моро (испуга, объятий)** — при резком внезапном покачивании стола, на котором лежит младенец, он, вздрагивая, выбрасывает перед собой руки, как бы раскрывая объятия; вызывается еще двумя способами: хлопком в ладони над ребенком (при отсутствии рефлекса можно заподозрить врожденную тугоухость), внезапным резким подергиванием за ножки ребенка.

— **объятий** — см. *Р. Моро*.

— **Фергюсона** — сокращение матки после раздражения шейки.

**РЕЦЕПТОР** — 1) окончание чувствительных нервных волокон или специализированные клетки (сетчатки глаза, внутреннего уха и др.), преобразующие раздражения, воспринимаемые извне (экстерорецепторы) или из внутренней среды организма (интерорецепторы) в нервное возбуждение, передаваемое в центральную нервную систему; 2) белковая молекула на поверхности клетки, в цитоплазме или ядре, специфически связывающая вещества (гормоны, антигены, нейромедиаторы, факторы роста, цитокины).

— **адренергические (адренорецепторы)** — реактивные элементы эффекторных тканей, большая часть которых иннервируется адренергическими постганглионарными не-

рвными волокнами симпатической нервной системы; могут быть активированы норадреналином, адреналином и другими адренергическими препаратами; делятся на  $\alpha$ - и  $\beta$ -рецепторы в зависимости от типа активирующих (адреномиметики) и блокирующих (адреноблокаторы) агентов.

- **$\alpha$ -адренергические** — адренергические р. в эффекторных тканях, способные селективно активироваться и блокироваться.
- **$\beta$ -адренергические** — адренергические р. эффекторных тканей, селективно активируемые и блокируемые; физиологическими эффектами их активации являются увеличение скорости и силы сердечных сокращений ( $\beta_1$ ), расслабление ГМК ( $\beta_2$ ).
- **гормона роста** — относится к семейству рецепторов факторов гемопозза; одна молекула СТГ связывается одновременно с 2 молекулами р.
- **допаминовый** — мембранный белок, лигандом которого являются допамин (дофамин), а также его агонисты и антагонисты. Различают 4 типа рецепторов в зависимости от кинетики связывания с лигандами (клозапин, раклоп-рид, эмонаприд, спиперон).
- **инозитол 1, 4, 5-трифосфат** — семейство мембранных белков, тетрамеры которых формируют  $\text{Ca}^{2+}$ -канал в мембране внутриклеточных  $\text{Ca}^{2+}$ -депо при взаимодействии со вторым посредником (инозитол 1, 4, 5-трифосфат); модулируются цАМФ-зависимым фосфорилированием.
- **опиатные** — рецепторы нервных клеток, способные связывать морфин. Расположены вдоль сильвиева водопровода и в срединном центре таламуса.
- **пролактина** — относится к семейству р. факторов гемопозза, связывает как пролактин, так и соматотропин.
- **стероидные** — цитоплазматические и ядерные р., лигандами которых являются стероидные гормоны; конечный эффект состоит в изменении спектра транскрибируемых генов, некоторые стероидные р. — онкопротеины.
- **ядерные** — семейства ядерных гормональных р., факторы транскрипции, взаимодействуют со специфическими последовательностями ДНК.

**РЕЦИДИВ** — (лат.: *recidivus* — возвращающийся) возврат, повторение какого-либо явления после кажущегося его исчезновения. Например, возврат болезни после ремиссии.

## РЕЦИПИЕНТ

**РЕЦИПИЕНТ** — человек, которому пересаживают орган, ткань или клетки другого организма с лечебной целью (переливание крови).

**РИСК ГЕНЕТИЧЕСКИЙ** — вероятность появления определенной наследственной патологии у обратившегося за консультацией или у его потомков. Определяется путем расчетов, основанных на анализе генетических закономерностей, или с помощью эмпирических данных. Возможность рассчитать генетический риск зависит от точности диагноза и полноты генеалогических данных. Риск до 5 % оценивается как низкий; от 6 до 20 % принято считать средним; риск более 20 % считается высоким.

**РОДИЛЬНИЦА** — женщина в послеродовом периоде.

**РОДИЛЬНЫЙ ДОМ** — лечебно-профилактическое учреждение, предназначенное для оказания стационарной и амбулаторной помощи женщинам во время беременности, родов и при гинекологических заболеваниях, а также медицинской помощи новорожденным до момента выписки из родильного дома. Основными задачами родильного дома являются оказание женщинам стационарной акушерской помощи в период беременности, родов и после родов; обеспечение надлежащего выхаживания новорожденных и квалифицированной лечебно-диагностической помощи заболевшим и недоношенным детям; оказание лечебно-диагностической помощи гинекологическим больным; работа по гигиеническому воспитанию, пропаганде здорового образа жизни; перевод больных по показаниям в другие лечебно-профилактические учреждения; осуществление реабилитационных мероприятий и выдача рекомендации по их проведению после выписки из акушерского стационара. В состав Р. д. входят: женская консультация, стационарное отделение, лаборатории, лечебно-диагностические кабинеты и административно-хозяйственные помещения.

**РОДНИЧОК** — не окостеневший участок свода черепа.

— **большой** — см. *Р. передний*.

— **задний** (затылочный, малый) — р., расположенный между затылочной чешуей и теменными костями. Закрывается в конце внутриутробного периода или в первые недели после рождения.

— **затылочный** — см. *Р. задний*.

— **клиновидный** (крыловидный) — парный р., расположенный в месте соединения теменной, лобной, клиновидной

и височной костей. Закрывается в конце внутриутробного периода или вскоре после рождения.

— **крыловидный** — см. *Р. клиновидный*.

— **лобный** — см. *Р. передний*.

— **малый** — см. *Р. задний*.

— **передний** (большой, лобный, ромбовидный) — р. ромбовидной формы, расположенный между лобными и теменными костями. Закрывается на втором году жизни.

— **ромбовидный** — см. *Р. передний*.

— **сосцевидный** — парный р., расположенный между височной, теменной и затылочной костями. Закрывается в конце внутриутробного периода или в первые месяцы после рождения.

**Родовая деятельность** — сочетанные сокращения матки и (позже) брюшного пресса во время родов.

— **аномалии** — к основным их видам относят слабость р.д., чрезмерно сильную р.д. и дискоординированную р.д. (см.).

**Родовая опухоль** — отек и мелкие кровоизлияния в области предлежащей части (чаще головки) плода, образующиеся в результате длительного сдавления во время родов.

**Родовозбуждение** — искусственное вызывание родовой деятельности с помощью лекарственных, в т.ч. гормональных, средств механического воздействия.

**Родовой канал** — см. *Родовые пути*.

**Родовспоможение** — комплекс медико-социальных и лечебно-профилактических мероприятий, проводимых женщинам во время беременности, в родах и в послеродовом периоде.

**Родовые пути** (родовой канал) — канал, образуемый костями малого таза и расположенными в нем мягкими тканями, через который перемещается плод в процессе родов.

**Родовые изгоняющие силы** — схватки и потуги (см.).

**Роды** — сложный физиологический процесс, при котором из матки через естественные родовые пути происходит изгнание: плода, последа, околоплодных вод. Обычно р. наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39–40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию. Такие р. называются своевременными. Р. определяются следующими периодами:

первый — период раскрытия шейки матки;

## РОЖЕНИЦА

- второй — потужный период, начинающийся с полного раскрытия шейки и заканчивающийся рождением ребенка; третий — послеродовой период, начинающийся с рождения ребенка и завершающийся изгнанием плаценты (см.).
- **быстрые** — р. длительностью от 3 до 5 ч.
  - **запоздалые** — р., наступившие после 42-й недели беременности.
  - **ложные** — появление схваток при нормальном сроке беременности, затем внезапно прекращающихся на неопределенное время.
  - **патологические** — р., протекающие с отклонениями от нормального течения, например, при аномалиях таза, неправильном вставлении головки плода, слабости родовых сил.
  - **предвестники** — см. *Предвестники родов.*
  - **преждевременные** — р., наступившие между 28-й и 37-й неделями беременности.
  - **угрожающие** — возникновение нерегулярной родовой деятельности на 28—38-й неделях беременности.
  - **самопроизвольные (спонтанные)** — р., закончившиеся без медикаментозного или оперативного вмешательства.
  - **своевременные** — срочные р.
  - **в «сорочке»** — р., при которых предлежащая часть плода окутана плодными оболочками.
  - **спонтанные** — самопроизвольные р.
  - **срочные** — р., наступившие на 39—41-й неделе беременности.
  - **стремительные** — р., завершающиеся быстрым (от 1 до 3 ч) изгнанием плода.

**РОЖЕНИЦА** — (parturiens) женщина, у которой происходят роды.

**РОЗЕОЛА ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ** — см. *Краснуха.*

**РОКИТАНСКОГО—КЮСТЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Рокитанского—Кюстера.*

## РОМБ

- **крестцовый** — см. *Р. Михаэлиса.*
- **Михаэлиса** — углубление в крестцовой области, имеющее вид ромбовидной площадки. Ограничен сверху и снаружи выступающими краями больших спинных мышц, а снизу и снаружи — выступающими краями ягодичных мышц. На основании формы и размеров ромба можно судить о строении костного таза, обнаружить его суже-

ние и деформации, что имеет большое значение в определении тактики ведения родов. При нормальном тазе форма ромба приближается к квадрату. Его размеры: горизонтальная диагональ — 10—11 см, вертикальная — 11 см.

**РУБЕЦ** — плотная соединительная ткань, развивающаяся на месте бывших ран, язв, гнойников и т.п. Образование рубца — конечный этап восстановительного процесса при нарушении целостности тканей.

— **Робинсона—Фурнье** — р. кожи вокруг рта на месте диффузных папулезных инфильтратов при раннем врожденном сифилисе.

**САЛЬПИНГОФОРИТ** — воспаление маточной трубы и яичников. Относится к числу самых частых воспалительных заболеваний органов таза. Вызывается патогенными и условно-патогенными микроорганизмами. Воспалительный процесс начинается со слизистой оболочки трубы, где развиваются гиперемия, расстройства микроциркуляции, экссудация, образование периваскулярных инфильтратов. В последствии воспалительный процесс распространяется на мышечную оболочку, в результате чего маточная труба утолщается и удлиняется, становится отечной, резко болезненной при пальпации. Далее микробы вместе с содержимым маточной трубы проникают через ее абдоминальный конец и поражают серозный покров трубы, покровный эпителий яичника и близлежащей брюшины. После разрыва фолликула инфицируется гранулезная оболочка фолликула и воспалительный процесс возникает в яичнике. Вследствие склеивания фимбрий и развития спаек в ампулярной области трубы возникают мешотчатые «опухоли» с серозным (гидросальпинкс) или гнойным (пиосальпинкс) содержимым.

— **острый** — с., характеризующийся повышением температуры тела, ухудшением общего состояния, болью внизу живота, дизурическими явлениями, ознобом при нагноительном процессе. Живот напряжен, болезнен при пальпации, гинекологическое исследование усиливает боль.

Придатки увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В картине крови — сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, повышение С-реактивного белка, преобладание глобулиновых фракций. Диагностика основывается на данных анамнеза (патологические роды, аборты, диагностическое выскабливание и др.), характере жалоб, результатах объективного, лабораторных и инструментальных исследований. Внедрение лапароскопии значительно сократило частоту ложных диагнозов. С.о. может закончиться полным выздоровлением, или может приобрести характер подострого или хронического процесса.

— **послеродовый** — воспаление придатков матки после родов; чаще всего является осложнением эндомиометрита. Возбудители инфекции — микробы септической группы. Инфекция распространяется лимфогенно или по маточным трубам (интраканаликулярно). Воспалительный процесс вначале захватывает маточные трубы, затем переходит на яичники, образуя единый конгломерат.

Заболевание развивается на 8–10-й день после родов, сопровождается ухудшением общего состояния, повышением температуры до 38–39 °С, ознобом, тахикардией, сильной болью в животе, тошнотой, метеоризмом, перитонеальными симптомами. При влагалищном исследовании определяют признаки эндомиометрита и пастозность придатков матки с одной или двух сторон. Придатки матки резко болезненны при пальпации. При гиперергическом течении процесса возможно нагноение (пиосальпинкс, пиоовар) с угрозой развития диффузного гнойного перитонита.

— **хронический интерстициальный** — с., при котором все оболочки фаллопиевой трубы фиброзируются или инфильтрируются мононуклеарными клетками. Характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологических функций слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами, образованием спаек, иногда полной непроходимостью маточных труб. Клинические проявления связаны преимущественно с неврозом, который наблюдается при частых рецидивах заболевания. Основные жалобы — болевые ощущения внизу

живота тупого, ноющего характера (усиливающиеся при охлаждении, перед менструациями), нарушение менструального цикла, болезненный коитус, снижение либидо. При продолжительном течении и частых рецидивах в патологический процесс постепенно вовлекаются нервная, эндокринная, сосудистая системы, и заболевание приобретает характер полисистемного процесса. С.х. является частой причиной бесплодия.

— **хронический паренхиматозный** — см. *С. хронический интерстициальный*.

**САЛЬПИНГОЛИЗИС** — восстановление проходимости маточных труб (хирургическая операция)

**САЛЬПИНГОСТОМИЯ** — создание отверстия в маточной трубе, соединяющей ее полость с брюшной полостью; производится при атрезии брюшного отверстия маточной трубы с целью восстановления ее проходимости (хирургическая операция).

**САЛЬПИНГЭКТОМИЯ** (тубэктомия) — операция удаления маточной трубы. Показания: трубная беременность, пиосальпингс, лечение прервавшейся трубной беременности при присоединении массивного кровотечения.

Этапы операции:

1. Адекватное обезболивание.
2. Обработка операционного поля.
3. Лапаротомия нижнесрединным или надлобковым разрезом по Пфанненштилю.
4. Выведение матки в рану и фиксация ее лигатурой.
5. Наложение двух зажимов на измененную маточную трубу: один — на трубу у угла матки, другой на мезосальпингс со стороны ампулярного отдела.
6. Отсечение трубы над зажимами, участки мезосальпингса под зажимами прошивают рассасывающимся шовным материалом и перевязывают.
7. Перитонизация культи маточной трубы за счет круглой связки.

**САНАЦИЯ** — целенаправленные лечебно-профилактические меры по оздоровлению организма (например, санация полости рта).

**САНФИЛИППО СИНДРОМ** — см. *Синдром Санфилиппо*.

**САПРОФИТЫ** — микроорганизмы, использующие в качестве источников питания субстраты из неживых объектов.



Как правило, непатогенны, однако некоторые микробы могут быть патогенны для человека и при нарушении иммунитета могут вызывать различные заболевания.

**САРКОМА** — опухоль соединительной ткани, обычно высококачественная, образуется в результате пролиферации клеток мезенхимного генеза.

- **матки** — редкое заболевание, встречается во всех возрастных группах, преимущественно от 40 до 60 лет. Опухоль может возникать из мышечных клеток — лейомиосаркома, из клеток стромы эндометрия — эндометриальная стромальная с.; из остатков эмбриональных тканей — смешанная мезодермальная опухоль. С. матки чаще растет диффузно, реже имеет узловатый или полипозный вид. Опухоль может выступать в канал шейки матки и во влагалище. Симптомы с. матки при внутриполостном расположении: обильные слизистые с примесью крови выделения, маточные кровотечения, боли в низу живота. Опухоль в толще миометрия, как правило, бессимптомна. Объективными признаками озлокачествления являются быстрый рост опухоли, появление болей в низу живота, ухудшение общего состояния, анемия, повышение СОЭ. Для диагностики с. матки используют раздельное выскабливание слизистой оболочки тела и канала шейки матки с последующим гистологическим исследованием соскоба. При интрамуральном или субсерозном расположении опухоли элементы ее в соскобе эндометрия могут отсутствовать, в этих случаях вспомогательными методами диагностики являются ультразвуковое исследование, компьютерная томография и тазовая ангиография.
- **ботрионидная** (гроздевидная, смешанная мезодермальная опухоль) — полиповидная форма рабдомиосаркомы, которая встречается у детей, чаще в мочеполовых путях. Характеризуется образованием скоплений опухолевой ткани в виде виноградной грозди, состоящей из рабдомиобластов, веретенообразных структур, звездчатых клеток, лежащих в миксоматозной строме.
- **гроздевидная** — см. *С. ботрионидная*.
- **Капоши** — множественная опухоль из малодифференцированной сосудистой ткани, встречается в коже (иногда в лимфатических узлах или внутренних органах), состоит из веретенообразных клеток и мелких сосудистых полостей,

часто содержащих макрофаги, нагруженные гемосидерином. Клинические проявления: кожные поражения (от пурпурно-красных до темно-синих) — макулы, бляшки, узелки.

**СВЕТОЛЕЧЕНИЕ** — см. *Фототерапия*.

**СВОДЫ ВЛАГАЛИЩА** — пространство между стенкой влагалища и влагалищной частью шейки матки. Различают передний, боковые и задний с.в.

**СВИЩ** — отсутствующий в норме патологический канал, выстланный грануляционной тканью или эпителием, и соединяющий очаг заболевания (гнойник, опухоль) с поверхностью или какой-либо полостью тела, а также полые органы между собой. Может быть врожденным, в результате воспалительного процесса и др.

- **брюшностеночно-маточный** — наружный с. матки, проходящий через переднюю брюшную стенку; редкое осложнение абдоминального кесарева сечения.
- **влагалищный** — общее название с., посредством которых влагалище сообщается с полостью какого-либо соседнего органа, например, мочевого пузыря, прямой кишки.
- **кишечно-пупочный** — врожденный кишечный с., открывающийся в области пупка; результат незаращения желточного протока.
- **маточно-влагалищный** — с., посредством которого просвет канала шейки матки сообщается с полостью влагалища в области его свода (возникает, например, при травмах и опухолях).
- **маточно-пузырный** — с., посредством которого полость матки сообщается с полостью мочевого пузыря (возникает, например, при травмах и опухолях).
- **маточно-ректальный** — с., посредством которого полость матки сообщается с просветом прямой кишки (возникает, например, при травмах и опухолях).
- **прямокишечно-влагалищный** — влагалищный с., открывающийся в просвет прямой кишки (возникает, например, при парапроктитах и опухолях).
- **пузырно-влагалищный** — влагалищный с., открывающийся в полость мочевого пузыря (возникает, например, при травмах и опухолях).
- **пузырно-влагалищно-ректальный** — с., посредством которого сообщаются между собой полости мочевого пузыря

## СВЯЗКИ

и влагалища, а также просвет прямой кишки (возникает, например, как осложнение ампутации матки).

- **сальпинго-пузырный** — с., посредством которого просвет маточной трубы сообщается с полостью мочевого пузыря (возникает, например, при травмах и опухолях).
- **уретро-вагинальный** — с., посредством которого мочеиспускательный канал сообщается с влагалищем (возникает, например, как осложнение патологических родов).

**СВЯЗКИ** — плотные соединительнотканые тяжи и пластины, соединяющие кости скелета или отдельные органы. Располагаясь преимущественно в области суставов, укрепляют их, ограничивают или направляют движения в суставах.

- **воронкотазовая** — с., подвешивающая яичник.
- **гребешковая** (куперова) — толстый крепкий фиброзный тяж, проходящий латеральнее лакунарной связки вдоль гребешковой линии лобка.
- **кардинальная матки** (*ligamentum cardinalia*) — пучки соединительнотканых волокон, идущие от шейки матки и бокового отдела свода влагалища к боковым стенкам малого таза и вплетающиеся в адвентициальную оболочку сосудов малого таза.
- **круглая матки** (*ligamentum teres uteri*) — фиброзно-мышечный тяж, начинающийся с обеих сторон матки, спереди и ниже от маточных труб; проходит через паховый канал к большим половым губам.
- **куперова** — см. *С. гребешковая*.
- **подвешивающая яичник** (*ligamentum suspensorium ovarii*) — дубликатура брюшины между яичником и боковой стенкой таза, в толще которой проходят яичниковые сосуды и нервы.
- **пупочная латеральная** — облитерированная пупочная артерия; проходит от пупка к боковой стенке мочевого пузыря, а затем к внутренней подвздошной артерии.
- **симмонартовы** — сращения, образующиеся при резко выраженном маловодии между кожей и амнионом, которые по мере роста плода приобретают характер нитей и тяжей. В ряде случаев возможно обвитие тяжами частей плода и пуповины, что приводит к обезображиванию или ампутации конечностей.
- **широкая матки** (*ligamentum latum uteri*) — дубликатура брюшины, соединяющая боковые края матки со стенками малого таза.

— **яичника собственная** (*ligamentum ovarii proprium*) — с., состоящая из соединительной ткани и ГМК, соединяющая матку и маточный конец яичника; расположена между листками широкой связки матки

**СДВИГ ЛЮТЕОПЛАЦЕНТАРНЫЙ** — изменение в секреции эстрогена и прогестерона, характерное для беременных женщин; после шести недель беременности плацента может синтезировать достаточное количество гормонов для предотвращения выкидыша.

### СЕГМЕНТЫ ГОЛОВКИ ПЛОДА

— **большой** — та наибольшая окружность головки, которой она в процессе родов проходит через различные плоскости малого таза.

— **малый** — наименьшая часть головки, которая проходит через плоскость входа в малый таз при данном вставлении.

**СЕНИЛЬНЫЙ** — старческий.

**СЕПСИС** — тяжелое инфекционное заболевание, развивающееся вследствие заражения крови микробами, преимущественно гноеродными (стафилококки, стрептококки). Выражается тяжелым общим состоянием, лихорадкой, помрачением сознания, образованием гнойников в органах (см. *Септицемия*, *Септикопиемия*). В акушерской практике с. в 90 % случаев связан с инфекционным очагом в матке и развивается в результате истощения антиинфекционного иммунитета. К развитию с. предрасполагает осложненное течение беременности (гестоз, ЖДА, вирусные инфекции), длительное течение родового акта с безводным промежутком, превышающим 24 ч, травмы мягких родовых путей, оперативное родоразрешение, кровотечения и др. Диагноз ставят при наличии очага инфекции, высокой лихорадки с ознобами, обнаружении возбудителя в крови. При с. угнетаются функции ЦНС, появляются одышка, тахикардия, склонность к гипотензии, серость кожных покровов. В крови: снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов, высокий лейкоцитоз или лейкопения с резким сдвигом формулы влево, лимфоцитопения, анэозинофилия, токсическая зернистость в нейтрофилах, гипо- и диспротеинемия, гипогликемия, гипонатриемия, гиповолемия, гиперосмолярность.

— **послеродовый** — развивается в различные дни послеродового периода. Характерно: острое начало, тяжелое состоя-

## СЕПТИКОПИЕМИЯ

ние больной, высокая температура постоянного или гектического типа, повторный озноб, частый пульс, затемненное сознание, септическая картина крови, бактериемия. Из внутренних органов наиболее часто поражаются легкие (септическая пневмония). Тяжелое поражение почек приводит к острой почечной недостаточности. В дальнейшем клиническая картина заболевания определяется локализацией гнойных очагов (тромбофлебит, диффузный перитонит и др.). Диагноз основывается на клинической картине заболевания, данных анализа крови, результатах посевов крови (следует брать на высоте озноба).

**СЕПТИКОПИЕМИЯ** (гнилогноекровие) — форма сепсиса, при которой наряду с явлениями интоксикации организма происходит образование метастатических абсцессов в различных тканях и органах.

**СЕПТИЦЕМИЯ** (гнилокровие) — форма сепсиса, при которой наличие патогенных микроорганизмов в крови не сопровождается образованием метастатических очагов гнойного воспаления. Бактерии и их токсины в течение длительного времени периодически (волнообразно) поступают в общий ток крови либо из раны, либо из нарушенных зон микроциркуляции, где резко замедлен кровоток.

**СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК** — см. *Шок септический*.

**СЕРКЛЯЖ ШЕЙКИ МАТКИ** — наложение циркулярного шва на шейку матки.

**СИМПТОМ** — (греч.: *symptoma* — совпадение, признак) признак какой-либо болезни. Различают симптомы субъективные (основаны на описании больным своих ощущений, например, боли) и объективные (получены при обследовании больного).

— **банана** — патологически измененная форма мозжечка с уплощением задней поверхности вследствие облитерации большой цистерны (признак *spina bifida* по УЗИ).

— **борозды** — плотные увеличенные и фиксированные лимфатические узлы над и под паховой связкой; вдоль самой связки при этом образуется углубление (борозда). Характерен для венерической лимфогранулемы.

— **Блюмберга** (Щеткина—Блюмберга) — усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с брюшной стенки после легкого надавливания (признак перитонита).

- **Гейгера** — притупление перкуторного звука при перкуссии передневерхних остей подвздошных костей. Наблюдается при патологии внебрюшинного пространства области таза (параметрит, паратифлит, гематома широкой связки, флегмона таза).
- **зрачка** — отражает изменения в слизи шейки матки. Под влиянием эстрогенов в шейке матки накапливается прозрачная стекловидная слизь, что обуславливает расширение наружного отверстия шейки матки. Максимальное количество слизи наблюдается в предовуляторные дни цикла, наружное отверстие становится темным, напоминает зрачок. Во вторую фазу цикла под влиянием прогестерона количество слизи уменьшается или же она полностью исчезает. Слизь имеет глыбчатое строение. Различают три степени с.з.: +, ++, +++.
- **лимона** — деформация лобных бугров, которые придают париетальным костям заостренную форму (признак *spina bifida* по УЗИ).
- **Промтова** — боль при тракциях за шейку матки. Характерен при картине «острого живота».
- **Труссо** — тоническая судорога кисти или «кисть акушера» при скрытой тетании или спазмофилии. Выявляется при сдавлении в области плеча при наложении турникета или манжетки для измерения АД.
- **флюктуации** — ощущение толчков ладонью, приложенной к боковой поверхности живота, при наличии свободной жидкости в брюшной полости. Врач прикладывает ладонь к боковой поверхности живота больной, затем другой рукой производит короткие толчки по боковой поверхности противоположной половины живота.
- **Хвостека** (лицевой феномен) — сокращение мышц лица в ответ на удар молоточком в области прохождения лицевого нерва (при тетании, одностороннем спазме мышц).
- **Щеткина** — см. *С. Блюмберга*.

**СИНДАКТИЛИЯ** (синфалангия) — сращение или слияние пальцев любой степени выраженности (обычно при аутосомно-доминантном наследовании).

**СИНДРОМ** — (греч.: *syndrome* — скопление) закономерное сочетание симптомов, обусловленных единым патогенезом. Рассматривается как самостоятельное заболевание или как стадия (форма) каких-либо заболеваний.

## СИНДРОМ

- **Абдерхальдена—Фанкони** — см. *Цистиноз*.
- **адреногенитальный** — группа расстройств, вызванная адренокортикальной гиперплазией или злокачественной опухолью, проявляется маскулинизацией, феминизацией или преждевременным половым развитием. Типична чрезмерная или аномальная секреция стероидов коры надпочечников.
- **алкогольный плода** — специфический тип порока развития плода с нарушением роста, аномалиями черепа и лицевого скелета, дефектами конечностей; микроцефалия, дисфункции мозга (умственная отсталость появляется позже), характерными изменениями лица (недоразвитые носогубная борозда и верхняя губа), расстройствами роста (как плода, так и в последующем новорожденного).
- **антифосфолипидный (АФС)** — приобретенное полисистемное заболевание, сопровождающееся циркуляцией антифосфолипидных антител, гиперкоагуляцией, тромботическими расстройствами, выраженность которых в большей степени определяет доминирование тех или иных клинических проявлений. Занимает ведущее место в структуре причин тромботических состояний. Хроническая приобретенная тромбофилия, связанная с наличием АФС, может являться фоновым состоянием, присоединение к которому пускового фактора может вызвать декомпенсацию системы гемостаза. АФС может быть условно классифицирован на первичную и вторичную формы. Первичная форма является наиболее часто встречаемой и определяется в отсутствие других заболеваний, которые могли бы быть причиной образования аутоиммунных антифосфолипидных антител. Развитие вторичного АФС связано с присутствием большого спектра состояний, включающих аутоиммунные расстройства (СКВ, системный васкулит), злокачественные новообразования, инфекционные процессы, заболевания печени, клапанов сердца, хроническую почечную недостаточность и др. Отдельно следует выделить ятрогенную форму АФС, нередко ассоциированную с применением таких широко используемых лекарственных препаратов, как хинидин, гидралазин, интерферон. Следует отметить, что до 2% здорового населения (без отягощенного тромботического анамнеза) имеют определяемые циркулирующие анти-

фосфолипидные антитела, а у 0,2% эти антитела выявляются в высоких титрах. Отсутствие отягощенного тромботического анамнеза говорит о достаточной компенсации системы гемостаза. Основной характеристикой АФС является наличие лабораторно определяемых уровней циркуляции антифосфолипидных антител. По определению ВОЗ, диагноз АФС правомочно ставить при наличии серологически определяемых антифосфолипидных антител с промежутком не менее 8 недель и наличия в существующем статусе анамнестически одного или более случаев сосудистого тромбоза и/или патологии беременности. АФС характеризуется полисистемными проявлениями, включающими неврологические, кожные, сосудистые, гастроинтестинальные, почечные и др. АФС рассматривается в качестве одной из основных причин синдрома потери плода, который включает в себя и привычное невынашивание беременности, и рецидивирующую антенатальную гибель плода во втором/третьем триместрах беременности. Антифосфолипидные антитела влияют практически на каждый основной этап развития плода: на имплантационный период, ранние эмбрионические стадии, плацентарный период.

— **катастрофический АФС** — наиболее тяжелая, редкая форма АФС, проявляющаяся множественными тромбозами жизненно важных органов на фоне высоких титров антифосфолипидных антител. Характерно: клинические проявления вовлечения в патологический процесс множества органов в короткий период времени; гистологические проявления множественной окклюзии сосудов малого калибра (нарушение микроциркуляции); серологически подтвержденная циркуляция антифосфолипидных антител (высокие титры) и/или циркуляция волчаночного антикоагулянта. Для развития синдрома, как правило, необходимы дополнительные триггеры (инфекция).

Клиническая картина во многом напоминает декомпенсированную форму ДВС-синдрома, сепсис, септический шок, и может сопровождать их. Развивается у женщин чаще (2:1), чем у мужчин, течение и исходы хуже у мужчин; смертность, несмотря на терапию, достигает почти 50%. Синдром является угрожающим



жизни, трудно диагностируется, требует неотложной терапии.

- **Арнольда—Киари** — перемещение вниз мозжечка и продолговатого мозга с расстройствами динамики ликвора и гидроцефалией: мозжечковые расстройства с атаксией и нистагмом, параличи черепных нервов, приступы судорог, диплопия, гемианопсия; может сочетаться с расщеплением позвоночника.
- **Ашермана** — сращения в полости матки, приводящие к аменорее и бесплодию.
- **Барде—Бидла** — умственная отсталость, пигментный ретинит, полидактилия, ожирение и гипогонадизм.
- **Бернара—Сулье** — врожденная тромбоцитопатия, проявляющаяся кровоточивостью, легкостью образования синяков, кровоизлияниями в коже, слизистых оболочках и внутренних органах, наличием гигантских тромбоцитов, увеличением времени кровотечения. В тромбоцитах отсутствует гликопротеин, отвечающий за взаимодействие между фактором фон Виллебранда и мембраной тромбоцита, что приводит к нарушению адгезии тромбоцита к коллагену. Различают три формы: легкую, тяжелую (необходима гемотрансфузия), летальную.
- **Блума** — телеангиэктазии лица у детей, карликовый рост, гипогонадизм, физическая и умственная отсталость. На первом году жизни появляется эритема на лице в форме бабочки, усиливающаяся под влиянием солнечных лучей, а также кистях и предплечьях; узкое лицо, долихоцефалия.
- **Бюргера—Грютца** — гиперлипопротеинемия типа IA.
- **внутриутробной задержки развития плода** — сложный системный комплекс, обусловленный неблагоприятными воздействиями на плод в период его внутриутробной жизни, проявляющийся задержкой его роста и развития. Различают две формы ВЗРП: симметричную и асимметричную. Степени тяжести: I степень — отставание на 2 нед., II степень — от 2 до 4 нед., III степень — более 4 нед. Причины: заболевания плода (пренатальные вирусные инфекции: краснуха, цитомегалия, токсоплазмоз), хромосомные аномалии и наследственные нарушения обмена, врожденные уродства без хромосомных аномалий, врожденная гиподисплазия щитовидной железы, воздействие

неблагоприятных факторов окружающей среды (ионизирующая радиация, лекарственные препараты); поражения плаценты (гестоз, поражение сосудов плаценты, многоплодная беременность, небольшие размеры плаценты, тонкая пуповина, краевое ее прикрепление, предлежание плаценты), особенности состояния организма матери (пороки сердца с недостаточностью кровообращения, анемия, гипертоническая болезнь, васкулиты и артерииты, инфекции мочевой системы, интоксикации, связанные с употреблением беременной алкоголя, наркотиков и с курением, а также возраст женщины (юная или старшего возраста), недостаточное питание (низкое по калорийности и содержанию белка) и плохие социально-экономические условия жизни, проживание в условиях высокогорья). Следствие — недостаточное снабжение плода кислородом, энергетическими и пластическими веществами, что способствует неравномерному развитию его функциональных систем.

Определение недостаточной прибавки массы тела беременной и высоты стояния дна матки, содержания эстриола, плацентарного лактогена, эхография помогают в диагностике нарушения функции плаценты и фетоплацентарного комплекса, ВЗРП. Гипотрофия I степени — отставание массы тела от должной на 15–20 %, II степени — на 21–30 %, III степени — более 30 %.

У детей с гипотрофией наблюдаются нарушение трофики кожи (мацерация, сухость, пергаментный вид, желтушное окрашивание), истончение подкожного жирового слоя, лабильность температуры, повышение нервно-рефлекторной возбудимости, изменение деятельности функциональных систем.

- **асимметричная форма** — наблюдается значительный дефицит массы при нормальной длине тела и окружности головы для данного гестационного возраста. Эта форма ВЗРП наблюдается у тех детей, условия внутриутробного развития которых были особенно неблагоприятными в III триместре беременности.
- **симметричная форма** — наблюдается при сочетании значительного дефицита массы, длины тела и окружности головы в сравнении с должными величинами для данного гестационного возраста. Наблюдается при

## СИНДРОМ

серьезных нарушениях внутриутробного развития, начиная со II триместра беременности.

- **гидантоиновый плод** — отставание в росте и умственном развитии, дисморфические черты лица, расщепленные нёбо и верхняя губа, пороки сердца, дефекты развития гениталий. Может развиваться, если мать принимала фенитоин при беременности.
- **гиперстимуляции яичников** — увеличение яичников с множественными фолликулярными кистами, большим кистозным желтым телом и отеком стромы (развивается после лечения бесплодия гормонами).
- **гипоталамический** — симптомокомплекс, выражающийся в полигландулярной дисфункции с нарушением обменных, трофических процессов, менструального цикла, нарушением сердечно-сосудистой и нервной систем. Чаще всего возникновению с. способствуют хронические интоксикации, инфекции, тяжелые эмоциональные стрессы, черепно-мозговые травмы. Развивается вследствие нарушений на уровне гипоталамо-гипофизарной области. Основные клинические проявления — ожирение, нарушенное физическое и половое развитие, трофические поражения кожи, патологический рост волос на лице и теле, стрии, нарушение менструальной функции, лабильность АД, различная вегетативная симптоматика.
- **Гирке—ван Крёвельда** — см. *Гликогеноз 1-го типа*.
- **Дайемонда—Блекфэна** — врожденная гипопластическая анемия.
- **Дауна** — обусловлен трисомией по 21-й паре хромосом в некоторых или во всех клетках. Проявляется задержкой умственного развития, замедленным ростом, плоским недоразвитым лицом с коротким носом (монголоидное лицо), эпикантусом, маленькими круглыми ушами с выдающимся противозавитком, широкими руками и ногами и поперечными складками на ладонях. С возрастом увеличивается вероятность развития лейкоза и болезни Альцгеймера.
- **ДВС** — см. *С. диссеминированного внутрисосудистого свертывания*.
- **Денди—Уокера** — гидроцефалия у детей, сочетающаяся с атрезией отверстия Мажанди.
- **диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС)** — общепатологическая неспецифическая реакция орга-

низма (относится к вторичным нарушениям гемостаза). Является важнейшим звеном в патогенезе акушерских осложнений, в том числе геморрагического шока. Этиопатогенез: повреждение клеток крови, в результате чего из них освобождаются фосфолипиды и происходит активация внутрисосудистого свертывания; поражение тканей и поступление за счет этого в кровоток тканевого тромбопластина; поражение эндотелия сосудистой стенки при активации фактора Хагемана; гемодинамические нарушения, сопровождающие шок, макро- и микроциркуляторные нарушения в тканях с развитием в них гипоксии. Может развиваться при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, разрывах матки, эмболии околоплодными водами, гестозах, гипоксии, оперативных вмешательствах, сепсисе и т.д. Специфичных симптомов не существует, поскольку они неотделимы от клинических признаков основных акушерских осложнений. Наиболее частые проявления: кровотечение, шок, тромбозы, нарушение функции жизненно важных органов, признаки микрогемолита. Клиника зависит от скорости развития (острая, подострая, хроническая формы), распространенности (локальная, генерализованная формы), выраженности компенсаторных реакций (компенсированная и декомпенсированная формы) и стадии процесса.

- **Дубина—Джонсона** (желтуха негемолитическая конституциональная с липохромным гепатозом) — частая внутрисемейная повторяемость умеренной желтухи; наследуемый по аутосомно-рецессивному типу с., сопровождающийся умеренным повышением прямого билирубина, увеличением печени, увеличением экскреции с мочой копропорфиринов, дефицитом каналикулярной секреции диглюкоронидбилирубина, нормальной экскрецией желчных солей. Зуда нет. При биопсии наблюдаются коричнево-черные гранулы в печени, напоминающие меланин.
- **дыхательных расстройств** — патологическое состояние, возникающее у новорожденных в первые часы после рождения вследствие резкого снижения синтеза сурфактанта и незрелости структуры легочной ткани. Дефицит сурфактанта приводит к спадению альвеол на выдохе, снижению площади газообмена в легких, развитию гипоксемии и гиперкапнии. Степень тяжести зависит от степени недоно-

шенности, наличия внутриутробных инфекций, гипоксии плода. Клинические признаки появляются в первые 4–6 ч после рождения: одышка, экспираторные шумы, западение грудной клетки на вдохе, втягивание мечевидного отростка грудины, надключичных ямок, межреберий, напряжение крыльев носа, приступы апноэ, хрипы в легких, цианоз кожных покровов, вялость. В целях пренатальной диагностики используются тесты определения фосфолипидного состава околоплодных вод, «пенный тест» (см).

- **истощенных яичников** — комплекс патологических симптомов, возникающих у женщин обычно до 35 лет и характеризующийся вегетативно-сосудистыми нарушениями, «преждевременным климаксом», «преждевременной менопаузой», гипергонадотропной аменореей, бесплодием, нормальным развитием вторичных половых признаков, снижением функции яичников, высоким уровнем гонадотропинов, а также нормальным менструальным циклом и функционированием репродуктивной системы в прошлом. Основными диагностическими критериями являются: значительное повышение уровня гонадотропинов, особенно ФСГ, резкое снижение содержания эстрогенов, уменьшение размеров яичников и матки, отсутствие фолликулов в яичниках, отрицательные пробы, направленные на стимуляцию функции яичников. Прогноз в отношении восстановления менструальной и репродуктивной функции не благоприятный. Больные подлежат диспансерному наблюдению, проведению заместительной гормональной терапии до возраста естественной менопаузы. Деторождение возможно с помощью ЭКО донорской яйцеклеткой.
- **исчезновения двойни** — гибель одного плода в I триместре при многоплодной беременности.
- **Иценко–Кушинга** — симптомокомплекс, развивающийся вследствие гиперпродукции глюкокортикоидов гормонально-активной опухолью надпочечника, редко встречающейся липидоклеточной опухолью яичника или вследствие стимуляции надпочечников АКТГ-подобными веществами, вырабатываемыми опухолями, исходящими из клеток АПУД-системы, — алудомами. При гормонально-активной опухоли надпочечника (доброкачественной —

глюкостерома или глюкоандростерома или злокачественной — аденокарцинома), вызывающей с. И.-К., избыток кортизола подавляет секрецию АКТГ гипофизом, и второй надпочечник подвергается атрофии. С. И.-К., обусловленный апудомой, часто наблюдается у больных мелкоклеточным раком легкого, раком поджелудочной железы, кишечника, вилочковой и щитовидной желез и др. Избыток АКТГ в этих случаях приводит к двусторонней гиперплазии надпочечников. Клинические проявления (см. *Болезнь Иценко—Кушинга*). Диагноз устанавливают на основании определения автономного источника избыточной продукции глюкокортикоидов или АКТГ. Наличие гиперкортицизма подтверждается высокой концентрацией кортизола и его метаболитов в крови и моче. Определение концентрации АКТГ в крови позволяет обнаружить опухоль надпочечника, при которой низкая концентрация АКТГ сочетается с высоким содержанием в крови кортизола, или апудом, при которой в крови отмечается очень высокая концентрация и кортизола и АКТГ. Исследование суточного ритма выброса в кровь АКТГ и кортизола при с. И.-К. позволяет установить монотонную гиперсекрецию кортизола, особенно в тех случаях, когда в утренние часы концентрация гормона в крови незначительно повышена или находится в норме. Для топической диагностики опухоли надпочечника используются компьютерная томография, ЯМР-томография, УЗИ.

- **Картагенера** — полная инверсия внутренних органов (*situs viscerum inversus*) в сочетании с бронхоэктазами и хроническим синуситом.
- **Киари—Фроммеля** — характеризуется аменорей, галактореей, атрофией или гипотрофией половых органов. Может наблюдаться и у нерожавших, небеременных женщин. В настоящее время симптоматика объединяется под общим названием — гиперпролактинемия (см.). В основе синдрома — повышение выделения пролактина. Релизинг-фактор, тормозящий выделением пролактина — дофамин. Нарушение его выделения ведет к гиперпролактинемии. Пролактин регулирует процессы лактации, участвует в расцвете желтого тела. При повышении секреции пролактина, тормозится выделение ФСГ и ЛГ, что приводит к нарушению менструального цикла. Эстрогены не

выделяются, что приводит к гипотрофии половых органов.

- **климактерический** — патологическое состояние, возникающее у части женщин в климактерическом периоде и характеризующееся нервно-психическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-трофическими расстройствами.
- **Клиппеля—Фейля** (короткой шеи) — врожденный дефект, проявляющийся короткой шеей, обширным слиянием шейных позвонков и аномалиями ствола мозга и мозжечка.
- **Кляйнфельтера—Райфештейна—Олбрайта** — фенотипически евнухоидные мужчины с дисгенезией семенных канальцев, повышенной экскрецией гонадотропинов, гинекомастией. В генотипе 47 хромосом (половые хромосомы — XXУ, встречается мозаицизм).
- **Коккейна** — карликовость, преждевременное появление старческой внешности, пигментная дегенерация сетчатки глаза, атрофия зрительного нерва, глухота, чувствительность к солнечному свету и умственная отсталость.
- **Колмена** — гипогонадизм.
- **короткой шеи** — см. *С. Клиппеля—Фейля*.
- **Криглера—Найяра** (гипербилирубинемия негемолитическая с ядерной желтухой) — недостаточное образование билирубинглюкуронида (прямой билирубин) вследствие недостаточности билирубинглюкуронидглюкуронозилтрансферазы, проявляется наследуемой негемолитической желтухой, при тяжелых формах развиваются поражения мозга по типу ядерной желтухи.
- **Кушинга** — См. *С. Иценко—Кушинга*.
- **Леша—Найена** (мегалобластическая анемия, гиперурикемия) — наследственный дефект образования гипоксантингуанинфосфорибозилтрансферазы, проявляющийся повышенной экскрецией мочевой кислоты, камнями из мочевины, хореоатетозом, умственной отсталостью, спастическими центральными парезами, приступами агрессивного поведения с членовредительством (например, пальцев и губ).
- **липких тромбоцитов** — генетическая форма тромбофилии. Дисфункция тромбоцитов, сопровождающаяся артериальными и венозными тромбозами, наследуемая аутосомно-доминантным путем. Клинически может проявляться как острый инфаркт миокарда, транзиторными цереб-

ральными ишемическими атаками, инсультом, тромбозом сетчатки, периферическими артериальными и венозными тромбозами. Может проявляться во время беременности.

- **Лоренса—Муна** — наследственная болезнь в виде умственной отсталости, пигментной ретинопатии, спастической параплегии, гипогенитализма.
- **лютеинизации неовулировавшего фолликула** — преждевременная лютеинизация предовуляторного фолликула без овуляции с циклическими изменениями секреции прогестерона и несколько запоздалой секреторной трансформацией эндометрия. Основное клиническое проявление — бесплодие. Для установления диагноза наиболее информативными являются УЗИ в течение менструального цикла и лапароскопия, производимая во вторую фазу менструального цикла.
- **Люцея—Дрисколла** — гипербилирубинемия новорожденных (негемолитическая транзиторная).
- **Майера—Рокитанского—Кюстера—Хаузера** — см. *С. Рокитанского—Кюстера*.
- **Мак Кьюна—Олбрайта** — фиброзная дисплазия костей, сопровождающаяся коричневой пятнистой кожной гиперпигментацией и эндокринными расстройствами (в особенности ранним половым созреванием девочек), тиреотоксикоз, гипофизарный гигантизм.
- **Марото—Лами** (мукополисахаридоз VI типа, цикнодизостоз) — наследуемый дефект обмена мукополисахаридов: выделение хондроитинсульфата В с мочой, отставание в росте, поясничный кифоз, выпячивание грудины, часто гепатоспленомегалия, умственная отсталость не регистрируется.
- **Марфана** — врожденное нарушение развития мезодермальных и эктодермальных тканей, скелета (арахнодактилия, излишне длинные конечности, разболтанность суставов), двусторонняя эктопия хрусталика и дефекты сосудов (чаще аневризма аорты).
- **Мендельсона** — пневмония, развившаяся после аспирации кислого желудочного содержимого.
- **Менкеса** — см. *Болезнь Курчавых волос*.
- **метаболический** — патологический процесс, оказывающий сильное влияние на развитие и прогрессирование атеро-



## СИНДРОМ

- склеротического процесса. Характерно: абдоминальная форма ожирения, дислипидемия, повышение АД, инсулинорезистентность и/или нарушение толерантности к глюкозе, высокая активность сосудистого воспаления, предрасположенность к тромбозам. Нередко развивается у женщин с с. поликистозных яичников (см.), после наступления менопаузы.
- **Моркио** (мукополисахаридоз типа IV) — наследуемая патология обмена мукополисахаридов: секреция кератансульфата с мочой, серьезные деформации позвоночного столба, грудной клетки, длинных трубчатых костей (при обычной длине имеются дефекты головок), вялый связочный аппарат, низкий рост (82—115 см у взрослых).
  - **Морриса** — см. *С. тестикулярной феминизации*.
  - **неподвижных ресничек** — наследуемая патология в виде рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей и легких, стерильности у мужчин, пониженной фертильности у женщин. Развивается из-за отсутствия движений ресничек эпителия, в том числе эпителия маточной трубы. При сочетании с *situs viscerum inversus* называют с. Картагенера (см).
  - **обратной артериальной перфузии близнецов** — специфическая патология при многоплодной беременности, характеризующаяся сосудистыми анастомозами между плодами, полным или частичным отсутствием сердца и рядом пороков развития и аномалий.
  - **остаточного яичника** — симптомокомплекс, возникающий при неполном удалении тканей яичника после двусторонней овариэктомии. Проявления сходны с симптомами новообразования органов малого таза: боли в низу живота и в боку, обусловленные обструкцией мочеточника вследствие его пережатия тканью яичника.
  - **поликистоза яичников** (Штейна—Левенталя, склерокистозная болезнь яичников) — клинический симптомокомплекс, характеризующийся нарушением менструального цикла по типу олиго- или аменореи, эндокринными сдвигами в виде повышения уровня ЛГ, андростендиона и тестостерона на фоне нормального или сниженного содержания ФСГ в плазме крови. Нередко проявляется гирсутизмом, ожирением, бесплодием и увеличением яичников. Вызвана врожденной или приобретенной недоста-

точностью ферментных систем: превращение андрогенов в эстрогены с повышением уровня первых (см. *С. Штейна—Левенталя*).

- **посткастрационный** — комплекс патологических симптомов (нервно-психических, вегето-сосудистых и обменно-эндокринных), возникающих после субтотальной или тотальной овариэктомии. Важную роль в развитии с. играет повышение секреции гонадотропинов, преморбидный фон и функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы. В более поздние сроки после операции наблюдаются атрофический кольпит, цисталгии, ожирение, остеопороз, изменение кожного и волосяного покрова, гепатохолецистит. Нарушения гормонального гомеостаза обуславливают изменение липидного обмена, свертываемости крови, ферментных систем, обмена витаминов и микроэлементов, нарушение метаболизма сосудистой стенки и развитие атеросклероза.
- **Прадер—Вилли** — врожденный с., характеризующийся малым ростом, уменьшенных размеров конечностями, психической заторможенностью, полифагией с заметным ожирением и сексуальным инфантилизмом.
- **предменструальный** (предменструального напряжения, циклический) — сложный патологический симптомокомплекс, возникающий в предменструальные дни и проявляющийся нейропсихическими, вегетативно-сосудистыми и обменно-эндокринными нарушениями. Симптомы ПМС возникают, обычно, за 2—10 дней до менструации и исчезают сразу после начала менструации или в первые ее дни. Чаще ПМС наблюдается у женщин умственного труда. ПМС может возникать после родов или аборт, особенно патологических, после различных инфекционных заболеваний, в том числе нейроинфекции, а также после стрессовых ситуаций. ПМС чаще наблюдается у женщин с заболеваниями ЦНС, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и других органов и систем.

Выделены четыре основные клинические формы ПМС: нервно-психическая (раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность); отечная (нагрубание и болезненность молочных желез, отечность лица, голеней и пальцев рук, вздутие живота, раздражительность,

слабость, зуд кожи, потливость); цефалгическая (головная боль, раздражительность, тошнота и рвота, повышенная чувствительность к звукам и запахам, головокружение, депрессия, боль в области сердца, потливость, онемение рук, нагрубание молочных желез, отеки при положительном диурезе); кризовая (преобладают симпатико-адреналовые кризы, начинающиеся с повышения АД, чувства сдавления за грудиной, появления страха смерти, сопровождаются похолоданием и онемением конечностей, сердцебиением при неизменной ЭКГ, возникают обычно вечером или ночью). Выделяют 3 стадии ПМС: компенсированную (симптомы болезни с годами не прогрессируют, появляются во второй фазе менструального цикла и с наступлением менструации прекращаются); субкомпенсированную (тяжесть заболевания с годами усугубляется, симптомы ПМС исчезают только с прекращением менструации); декомпенсированную (симптомы ПМС продолжаются в течение нескольких дней после прекращения менструации, причем «светлые» промежутки между прекращением и появлением симптомов постепенно сокращаются). При нервно-психической форме ПМС необходима консультация невропатолога и психиатра. Из дополнительных методов исследования назначают краниографию и ЭЭГ. При отечной форме ПМС следует измерять диурез и количество выпитой жидкости в течение 3–4 дней в обе фазы цикла, исследование выделительной функции почек, определение показателей остаточного азота, креатинина и др. При цефалгической и кризовой формах ПМС выполняют ЭЭГ, РЭГ сосудов мозга, изучают состояние глазного дна и периферических полей зрения; производят рентгенографию черепа, турецкого седла и шейного отдела позвоночника; рекомендуется консультация невропатолога, терапевта, окулиста, аллерголога, показано измерение диуреза и АД. В предменструальные дни ухудшается течение большинства имеющихся хронических заболеваний, что нередко ошибочно расценивается как ПМС. В таких случаях показана диагностика *ex juvantibus*.

- **Пьера Робена** — врожденные микрогнатия и патологическое уменьшение языка, часто с расщеплением нёба и двусторонним дефектом зрения с высокой степенью миопии,

врожденной глаукомой и отслойкой сетчатки; часто стридор, рвота, асфиксия при западении языка и аспирации пищи (аномалии развития в виде микрогнатии, микроглоссии, расщепления нёба, пороков сердца, косолапости).

- **резистентных яичников** — комплекс патологических симптомов, возникающих у женщин обычно до 35 лет и характеризующийся аменореей, бесплодием, нормальным развитием вторичных половых признаков, высоким уровнем гонадотропинов. Макро- и микроскопически яичники не изменены, но не чувствительны (рефрактерны) к гонадотропной стимуляции, возможно за счет присутствия антител, блокирующих гонадотропные рецепторы яичников при аутоиммунных заболеваниях. Поражение яичников может быть вызвано ятрогенными причинами (радиотерапия, оперативные вмешательства на яичниках) или заболеваниями (туберкулез, паротит, саркоидоз, актиномикоз и др.). Основные критерии с.: аменорея первичная или вторичная, эпизодические менструально-подобные выделения, отсутствие вазомоторных нарушений (или эпизодические нерезко выраженные приливы), высокий уровень ФСГ и ЛГ, умеренно низкий уровень эстрогенов в плазме крови (соответствует ранней стадии пролиферации). Положительная первая проба с прогестероном, в последующем — отрицательная, положительная проба с эстроген-гестагенами, размеры матки и яичников не изменены или несколько уменьшены, в биоптатах яичников обнаруживаются примордиальные и преантральные фолликулы. Прогноз в отношении менструально-детородной функции сомнителен, однако имеются единичные сообщения о наступлении беременности, возникшей на фоне лечения эстрогенами и завершившейся родами.

- **Рейфенштейна** — семейная форма мужского псевдогермафродитизма: фенотипическая неопределенность гениталий, гипоспадия, постпубертатная гинекомастия, стерильность в связи со склерозом семенных канальцев.

- **респираторный дистресс-синдром (РДС) новорожденных** — симптомокомплекс тяжелой дыхательной недостаточности, возникающий, как правило, в первые часы жизни ребенка в связи со снижением содержания сурфактанта в альвеолах и развитием пневмопатий — ателектазов лег-

ких, гиалиново-мембранной болезни, отечно-геморрагического синдрома. В основном наблюдается у недоношенных и незрелых новорожденных, у родившихся путем кесарева сечения и у детей, матери которых больны сахарным диабетом. Провоцирующими факторами могут быть также аспирация (например, околоплодных вод), транзиторное тахипноэ, апноэ, гипотермия, гиповолемия (напр., вследствие разрыва пуповины при рождении, кровотечения из пересеченной пуповины, скопления крови в плаценте до перерезки пуповины). Эти факторы могут приводить к формированию гиалиновых мембран и развитию отечно-геморрагического синдрома без предшествующего образования ателектазов легких. Расстройство дыхания может наблюдаться с момента рождения (при первичных ателектазах легкого) или спустя несколько часов (при образовании гиалиновых мембран). Первым признаком является раздувание крыльев носа и щек при дыхании. Обычно к концу первых суток жизни состояние ухудшается, при вдохе отмечаются втяжение межреберных промежутков, мечевидного отростка грудины и опускание подбородка, выдох становится затрудненным, «стоноющим», нарушается синхронность движений верхней части грудной клетки и мышц живота, появляется цианоз. Иногда наблюдаются срыгивание и рвота. Возможны дыхательная аритмия, учащение дыхания (свыше 60 в 1 мин), периоды апноэ до 10 с и более, приступы асфиксии. При аускультации определяется ослабленное или усиленное (при гиалиново-мембранной болезни) дыхание, часто выслушиваются влажные или рассеянные крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс учащен до 160—180 уд/мин. Постепенно нарастают гиподинамия, гипорефлексия. Развитие отечно-геморрагического синдрома характеризуется отеками мягких тканей и легких (появляются обильные пенистые выделения на губах, нередко окрашенные кровью), петехиальной сыпью на коже, явлениями повышенной кровоточивости (например, длительными кровотечениями из проколов кожи); возможны кровоизлияния во внутренние органы (легкие, головной мозг), легочное кровотечение, сопровождающееся коллапсом, резким цианозом, падением уровня гемоглобина и гематокрита.

- **Рокитанского—Кюстера** — первичная аменорея, отсутствие матки и влагалища (иногда имеется влагалищный карман, тонкие, соединительнотканые шнуры) при нормальном кариотипе и наличии яичников.
- **Санфилиппо** — наследуемая патология обмена мукополисахаридов: выделение гепарансульфата с мочой, гепатомегалия, серьезная умственная отсталость, костный скелет без изменений или с умеренными дефектами типа наблюдаемых при с. Хюрлер.
- **Суайера** — врожденная дисгенезия яичников, проявляющаяся, как правило, во время наступления половой зрелости. Отмечается полная стерильность; известен у женщин с половыми хромосомами XY либо с фрагментами Y-хромосомы и обусловлен активностью локуса TDF (детерминирующий развитие семенников фактор).
- **тестикулярной феминизации** — клинический симптомокомплекс, проявляющийся недоразвитием репродуктивных органов, вторичных половых признаков и аменореей. Образуются как андрогены, так и эстрогены, но рецепторы в значительной степени рефрактерны к андрогенам. У больных нет полового хроматина, они имеют нормальный мужской кариотип (XY).
- **токсического шока** — стафилококковая эндотоксиновая инфекция, возникающая наиболее часто в период менструаций у женщин, использующих сорбирующие тампоны. Проявляется высокой температурой, рвотой, поносом, скарлатиноподобной сыпью с последующей десквамацией и снижением артериального давления с развитием шока, который может привести к смерти.
- **триметадионовый плода** — клинический симптомокомплекс, проявляющийся задержкой развития, V-образными бровями, эпикантом, низким расположением ушей (складка завитка обращена кпереди), патологией нёба, неровностью зубов — результат приема матерью триметадиона на ранних сроках беременности.
- **Фанкони** — наследственная болезнь, характеризующаяся гипоплазией костного мозга, панцитопенией, аномалиями развития кожи (гиперпигментация), костной системы (недоразвитие I пястной или лучевой кости) и/или внутренних органов (почек, селезенки). Наследуется по ауто-сомно-рецессивному типу.

## СИНДРОМ

- **Фарбера** — липогранулематоз диссеминированный врожденный.
- **Фиц—Хью—Кертиса** — перигепатит у женщин, перенесших гонококковый или хламидийный сальпингит.
- **Форбса—Олбрайта** — опухоль гипофиза без акромегалии, секретирующая избыточное количество пролактина и вызывающая постоянную лактацию.
- **HELLP** — H (hemolysis) — гемолиз; EL (elevated liver enzymes) — повышение уровня ферментов печени; LP (low platelet count) — тромбоцитопения.

**Гемолиз** характеризуется наличием в мазке крови сморщенных и деформированных эритроцитов, их разрушенных фрагментов и полихромазией. При разрушении эритроцитов освобождаются фосфолипиды, приводящие к постоянной внутрисосудистой коагуляции (хронический ДВС-синдром). Повышение уровня печеночных ферментов вызвано блокадой кровотока во внутривенных синусоидах из-за отложения в них фибрина, что приводит к дегенерации печеночных клеток. **Тромбоцитопения** вызвана истощением тромбоцитов вследствие образования микротромбов при нарушении сосудистого эндотелия. В развитии с. имеют значение аутоиммунные реакции. Этапы: аутоиммунное поражение эндотелия, гиповолемия со сгущением крови, образование микротромбов с последующим фибринолизом. Как правило, возникает в III триместре. Тромбоцитопения и нарушение функций печени достигают максимума спустя 24 ч после родоразрешения. Клиника характеризуется агрессивным течением и стремительным нарастанием симптомов. Первоначальные проявления неспецифичны, включают головную боль, утомление, недомогание, тошноту, рвоту, боли в животе. Наиболее характерны желтуха, рвота с примесью крови, кровоизлияния в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность, судороги, кома. Возможен разрыв печени с кровотечением в брюшную полость. В послеродовом периоде наблюдаются профузные маточные кровотечения, в следствие нарушения свертывающей системы крови.

- **Шерешевского—Тернера** — отсутствие в кариотипе у женщин одной из X-хромосом. Характерны недоразвитие первичных и вторичных половых признаков, латеральные

вертикальные кожные складки на шее (птеригиум-синдром), коарктация аорты, карликовость.

— **Шиена** — клинический симптомокомплекс, наблюдаемый при поражении гипофиза в виде некротических изменений. Массивное кровотечение в родах и в послеродовом периоде, и послеабортном периоде, послеродовом и послеабортном сепсисе. Чаще возникает у женщин с недоразвитием репродуктивной системы, многорожавших, при присоединении во время беременности гестоза. Гипофиз имеет своеобразную систему кровоснабжения (портальную — крови притекает больше, чем оттекает). Во время беременности гипофиз гипертрофируется вследствие большой нагрузки. Если с. возникает после септических заболеваний в послеродовом периоде или после аборта, то имеет место заброс септических эмболов. Играет роль нарушение свертываемости, которое, сопровождается массивное кровотечение в родах (ДВС синдром в портальной системе гипофиза). В случае тотального некроза гипофиза женщин спасти не удастся. Если происходит частичный некроз, нарушаются гормональные функции (гипогалактия, алактия, снижение функции яичников, надпочечников, щитовидной железы), нарушается углеводный обмен. Позднее развивается атрофия наружных и внутренних половых органов.

— **Штейна—Левенталя** — см. *С. поликистозных яичников*. Основным макроскопическим признаком является двустороннее увеличение яичников (в 2—6 раз) с множеством кистозно-атретических фолликулов. Поверхность яичников сглаживается, уплотняется, утолщается, на капсуле имеются древовидно ветвящиеся сосуды (утолщенная капсула не дает яичникам овулировать).

**СИНЕХИЯ** (греч.: synescheia — непрерывность, связанность) — спайка, комиссура.

**СИНТРОФОБЛАСТ** — см. *Синцитий трофобластический*.

**СИНФАЛАНГИЯ** — см. *Синдактилия*.

**СИНЦИТИЙ** (соклетие) — сетевидная структура, состоящая из клеток, контактирующих друг с другом цитоплазматическими отростками.

— **трофобластический** (синтрофобласт, синцитий трофобластический, синцитий хориальный) — поверхностный слой трофобласта зародыша человека, представляющий



## СИСТЕМА

собой симпласт с гигантскими и фрагментированными ядрами. Выполняет функцию всасывания питательных веществ из крови матери и вырабатывает гистолитические ферменты, способствующие внедрению ворсин хориона в ткани матки.

— **хориальный** — см. *Синцитий трофобластический*.

**СИСТЕМА** — совокупность элементов, находящихся между собой в определенной связи и образующих целостную функциональную структуру.

— **мать—плацента—плод** — с., отражающая направленное взаимодействие материнского и плодового организма.

— **репродуктивная** — с., обеспечивающая репродуктивный процесс. Состоит из определенных структур гипоталамуса и гипофиза, гонад, органов-мишеней, обеспечивающих реализацию детородной функции. Элементы р.с. связаны между собой информационными сигналами, позволяющими ей функционировать как единое целое.

**СИФИЛИД ПОПУЛЕЗНЫЙ ВЕГЕТИРУЮЩИЙ** — см. *Кондилома широкая*.

**СИФИЛИС** — общее инфекционное заболевание, склонное к хроническому рецидивирующему течению с характерной периодизацией клинических симптомов. Возбудитель с. — бледная трепонема (*Treponema pallidum*). Инфицирование происходит преимущественно половым путем, но возможна передача интраплацентарно (врожденный с.), при бытовых контактах (бытовой с.), при переливании крови (гемотрансфузионный с.).

**СКЛАДКА ВЕКОНОСОВАЯ** — см. *Эпикантус*.

**СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ** (гипоактивность, инертность) — аномалия родовой деятельности, при которой интенсивность, продолжительность и частота схваток недостаточны, вследствие чего сглаживание шейки матки, раскрытие шейного канала и продвижение плода при его соответствии размерам таза происходят замедленными темпами.

— **вторичная** — слабость родовой деятельности, которая развивается после периода длительной хорошей родовой деятельности. Причины: см. причины первичной слабости, а также утомление роженицы в родах, клинически узкий таз, гидроцефалия, неправильное вставление головки, опухоли в малом тазу, тазовое предлежание плода, ригидность шейки матки, стеноз влагалища, бессистемное на-

значение препаратов, стимулирующих роды, несвоевременное вскрытие плодного пузыря и др. Характерно: большая длительность родового акта (в основном за счет периода изгнания), роженица утомлена, схватки становятся слабыми и короткими, вплоть до их полного прекращения, паузы между схватками увеличиваются, продвижение плода по родовому каналу замедляется или прекращается, увеличивается риск восходящей инфекции и внутриутробной гибели плода. Диагноз ставят на основании клинической картины, данных кардиотокографии, гистерографии, партограммы.

- **первичная** — слабость родовой деятельности, которая возникает с самого начала родов и может продолжаться как во 2-м, так и в 3-м периоде родов. Причины: перенапряжение функции ЦНС, эндокринопатии, предшествовавшие расстройства менструального цикла, инфантилизм, нарушения обмена веществ, пороки развития матки, воспалительные процессы в половых органах, перерастяжение матки (многоводие, многоплодие, крупный плод), пожилой возраст первородящей, перенашивание и др. Развитию первичной слабости схваток способствует до родовое излитие околоплодных вод.

Схватки могут быть очень редкими, но удовлетворительной силы, или достаточно частыми, но слабыми и короткими. Это приводит к затяжному течению родов, гипоксии плода, развитию восходящей инфекции (хориоамнионит), образованию свищей, кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах и повышению частоты послеродовых заболеваний. Диагноз ставят на основании динамического наблюдения за характером родовой деятельности — слабые, короткие схватки (чаще), длительные паузы между ними, замедленное раскрытие шейки матки, медленное поступательное продвижение предлежащей части плода, утомление роженицы, нередко внутриутробное страдание плода. Из дополнительных методов исследования используют кардиотокографию, наружную гистерографию.

- **потуг** — слабость, которая выражается в удлинении периода изгнания. Может наблюдаться при слабости мускулатуры брюшного пресса, ожирении, инфантилизме, дефектах брюшной стенки, миастении, при повреждениях

## СМЕРТНОСТЬ

позвоночника, страхом перед родами, при переполнении мочевого пузыря, желудка и кишечника, при утомлении роженицы, после перенесенных истощающих экстрагенитальных заболеваний, рефлекторно при сильных болях. Потуги становятся кратковременными, слабыми, редкими, малоэффективными. Продвижение подлежащей части плода приостанавливается. Высокий риск развития асфиксии и гибели плода. В диагнозе помогают данные клинической картины и гистерографии.

**СМЕРТНОСТЬ** — убыль населения в связи со смертью; оценивается по коэффициентам смертности.

- **антенатальная** — с. жизнеспособного плода до начала родовой деятельности у матери.
- **детская ранняя** (неонатальная) — с. детей на первом месяце жизни.
- **интранатальная** — с. жизнеспособных плодов во время родов.
- **неонатальная** — см. *С. детская ранняя*.
- **перинатальная** — с. жизнеспособных плодов и новорожденных детей. Включает антенатальную, интранатальную и постнатальную с.
- **постнатальная** — с. детей на первой неделе жизни.

**СНОШЕНИЕ ПЛОВОЕ** — см. *Контус*.

**СОВОКУПЛЕНИЕ** — см. *Контус*.

**СОКЛЕТИЕ** — см. *Синцитий*.

**СОКРАЩЕНИЯ БРЕКСТОНА—ГИКСА** — ритмические сокращения миометрия во время беременности.

**СОМАТОЛИБЕРИН** — пептидный гормон гипоталамуса, стимулирующий синтез соматотропина.

**СОМАТОМАММОТРОПИН** — пептидный гормон, близкий по биологическим свойствам к гормону роста, синтезируется нормальной плацентой и некоторыми опухолями. Может быть определен в сыворотке с 6-й недели беременности. Его содержание постоянно возрастает в течение I и II триместров; быстро исчезает после родов. Вызывает липолиз и увеличивает содержание в плазме жирных кислот (энергетический резерв), подавляет утилизацию глюкозы и глюконеогенез у беременной, повышает в плазме содержание инсулина. Определение концентрации СМТ используют для исследования функции плаценты.

**СОМАТОМЕДИНЫ** — см. *Фактор инсулиноподобный роста*.

**СОНОГРАФИЯ** — см. *Ультразвуковая диагностика*.

**СПАЙКИ** (синехии) — фиброзные тяжи, посредством которых органы, покрытые серозной оболочкой, сращиваются между собой и со стенкой полости. Как правило, являются следствием воспалительного процесса. С. ограничивают нормальную подвижность органов, вызывают их смещение, нарушают их нормальное функционирование. Образование большого количества с. может привести к облитерации полости.

**СПЕКТРОФОТОМЕТРИЯ** — метод идентификации и количественного анализа веществ. В основе — зависимость оптической плотности раствора определенного вещества от длины волны проходящего через него света.

**СПЕРМА** (семенная жидкость) — (греч.: spermata — семя) жидкость, выделяемая при эякуляции. Состоит из жидкой части (собственно семенной жидкости, или спермоплазмы), представляющей собой смесь секретов мужских половых желез — предстательной (30–35%), семенных пузырьков (60–65%), куперовых и придатка яичка (1–5%) — и сперматозоидов.

**СПЕРМАТОЗОИД** — живое вещество, мужская половая клетка. Содержит одинарный набор хромосом. С. имеет головку, шейку и хвост (жгутик), с помощью которого передвигается.

**СПЕРМАТОЦИД** (спермицид) — вещество, разрушающее сперматозоиды.

**СПЕРМИЦИД** — см. *Сперматоцид*.

**СПЕРМОГРАММА** — анализ спермы, включающий изучение объема спермы, ее цвета, запаха, степени разжижения, подвижности сперматозоидов и количество жизнеспособных сперматозоидов в единице объема.

**СПЛАНХНОПТОЗ** (висцероптоз) — опущение органов брюшной полости. Может быть конституциональным (у лиц астенического телосложения вследствие врожденной слабости связок и брыжейки, фиксирующих органы к задней стенке брюшной полости; слабости мускулатуры брюшной стенки и таза) и приобретенной (у много рожавших женщин, вследствие растяжения и ослабления мускулатуры брюшной стенки и таза; при резком похудении).

**СПЛАНХНОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия*.

**СПОНДИЛОТОМИЯ** — (греч.: spondylo — позвоночник, tome — разрез, рассечение) акушерская плодоразрушающая

## СПОСОБЫ

операция при запущенном поперечном положении плода, заключающаяся в рассечении его позвоночника.

### СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- **Абуладзе** — после опорожнения мочевого пузыря переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в продольную складку, чтобы обе прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами. Роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед легко рождается вследствие устранения расхождения прямых мышц живота и значительного уменьшения объема брюшной полости.
- **Гентера** — врач встает сбоку от роженицы, лицом к ее ногам. Матка переводится в срединное положение. Руки, сжатые в кулак, тыльной поверхностью основных фаланг кладут на дно матки в области трубных углов. Приступают к выжиманию последа. Вначале слабо, а затем постепенно усиливая давление, надавливают на матку в направлении книзу и кнутри. Послед при этом рождается из половой щели. Это травматичный способ и выполнять его следует с большой осторожностью.
- **Креде—Лазаревича** — способ, который используют, если послед не родился после применения способа Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря отклоненную вправо матку смещают к средней линии. Производят круговой массаж дна матки, чтобы вызвать ее сокращение, так оказывать давление на вялую расслабленную матку нельзя из-за возможного ее выворота. Матку обхватывают рукой так, чтобы большой палец лежал на передней поверхности матки, ладонь — на дне матки, а четыре пальца — на задней ее поверхности. Одновременно надавливая на матку всей кистью в двух взаимно перекрещивающихся направлениях (пальцами спереди назад и ладонью сверху вниз в направлении к лобку) добиваются рождения последа.

**SPINA BIFIDA** — срединный дефект дорсальных дуг позвонков, сопровождающийся обнажением содержимого спинномозгового канала. Наследуется по многофакторному типу. Может быть частью генетических синдромов (с изолированным мутантным геном) или хромосомных аномалий (трисомии по 13-й и 18-й парам хромосом, триплоидия, несбалансированная транслокация либо кольцевая хромосома), результатом воздействия на плод тератогенных факторов в период

органогенеза. Часто сочетается с гидроцефалией, врожденными пороками сердца и мочеполовой системы.

— **cystica** — кистозная форма спинномозговой грыжи с образованием грыжевого мешка, содержащего оболочки мозга и/или вещество мозга.

— **occulta** — скрытая форма не сопровождающаяся образованием грыжевого выпячивания.

**СТАЦИОНАР АКУШЕРСКИЙ** — лечебное учреждение по оказанию квалифицированной стационарной помощи женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, по уходу за новорожденными. Основные отделения стационара: приемно-пропускной блок, физиологическое отделение, отделение патологии беременных, обсервационное отделение, отделение реанимации, отделение для новорожденных (в составе физиологического и обсервационного отделений).

**СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ** — к., реализующие себя через замещение гибнущих дифференцированных клеток потомками недифференцированных ранних предшественников по механизму, аналогичному клеточному генезу. Обладают низкой антигенной активностью; практически всегда есть возможность получить аутогенные к.с., используются различные пути введения к.с. в организм; можно искусственно вызвать дифференцировку к.с. в нужный тип клеток; к.с. способны дольше сохраняться *in vitro*, чем целые органы.

К.с. подразделяются по дифференцировочному потенциалу на тотипотентные — способные полностью воссоздать органы и ткани организма, плюрипотентные — дающие начало клеткам экто-, эндо-, мезодермального происхождения, мультипотентные, производными которых могут быть различные типы клеток единой линии дифференцировки, а также с более ограниченными возможностями (би- и монопотентные). К.с. также подразделяются на эмбриональные (плюрипотентные, способные к неограниченному самообновлению, спонтанной и индуцируемой направленной дифференцировке *in vitro* с образованием различных типов соматических к.) и региональные (способные к длительному пребыванию в покоящемся состоянии, а при их стимуляции — к самовоспроизведению с сохранением мультипотентности, либо к ассиметричному делению, когда одна из дочерних к. остается стволовой, а другая коммитирует и входит в диффе-

## СТЕРИЛИЗАЦИЯ

ренцировку. Различают гемопоэтические, мезенхимальные, миогенные, нейрональные, печеночные и др. типы региональных к.с.). Жизнеобеспечение к.с. и контроль над ними осуществляются специфическим тканевым микроокружением. К.с. является перспективным направлением научных исследований, а также практического использования в тех случаях, когда другие методы бесполезны или малоэффективны.

**СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПОЛОВАЯ** — лишение способности к воспроизводству потомства при сохранении эндокринной функции половых желез. С.п. следует отличать от кастрации, при которой устраняется и эндокринная функция половых желез. Лучевая с.п., т.е. угнетение сперматогенеза или овогенеза путем воздействия на половые железы ионизирующего излучения, в клинической практике не используется, т.к. сопровождается значительным нарушением эндокринной функции этих желез. С.п. осуществляется по строгим медицинским показаниям и при обязательном согласии пациента. Варианты: вазэктомия, перевязка маточных труб.

**СТЕРОИДЫ** — класс органических соединений, широко распространенных в природе. К ним относятся витамины группы Д, половые гормоны, гормоны надпочечников (кортикостероиды). Входят в состав молекул стероидных гликозидов, в том числе сердечных гликозидов. Многие стероиды получают химическим и микробиологическим синтезом.

**СТРАТЕГИЯ РИСКА** — выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагинетальной патологией.

**СТРОМАЛЬНЫЙ ТЕКАМАТОЗ ЯИЧНИКОВ** — гиперплазия межуточной ткани яичников и появление в ней групп гипертрофированных эпителиоидных клеток, формирующих очаги различного размера вне всякой связи с фолликулами. Текаматозные очаги обладают высокой андрогенпродуцирующей активностью. Как правило, заболевание развивается у женщин в репродуктивном возрасте. Клинически может напоминать синдром Штейна—Левенгаля, но, в отличие от него, уровень ЛГ и ФСГ находится в пределах нормы или, возможно, повышение ЛГ при соотношении ЛГ/ФСГ < 3. Главный критерий при постановке диагноза — характер морфологических изменений в яичниках.

**СУАЙЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Суайера*.

**СУБИНВОЛЮЦИЯ МАТКИ** — замедленное уменьшение размеров матки после родов или аборта.

**СУРФАКТАНТ** — природный комплекс фосфолипидов и специфических протеинов. Наиболее важным липидом с. является дипальмитоилфосфатидилхолин, который составляет около половины общего количества липидов с. и обуславливает очень малое поверхностное натяжение, возникающее на границе раздела воздуха и жидкости, обеспечивая механическую стабильность альвеол во время дыхания. С. начинает вырабатываться в легких плода с 20–24-й недели беременности, и к 36-й неделе система, обеспечивающая его синтез, полностью созревает. В момент родов синтез с. резко возрастает, что облегчает первичное расправление и стабилизацию альвеол новорожденного. При преждевременных родах, особенно при родах до 36-й недели беременности, легкие незрелые, количество с. недостаточно для полноценного расправления альвеол, чем и объясняется высокая частота развития РДС-синдрома (см.) у недоношенных детей: тяжелый РДС-синдром, развивающийся у недоношенных детей с массой тела менее 1500 г, носит название синдрома Вильсон–Микити. Содержание с. в альвеолах снижается также при острой гипоксии плода во время родов и асфиксии после рождения, надпочечниковой недостаточности, гипотиреозе, ацидозе различного генеза у новорожденного, родоразрешении путем кесарева сечения, сахарном диабете у беременной.

**СУСТЕНТОЦИТ** — см. *Клетки Сертоли*.

**СХВАТКИ** — периодически повторяющиеся болезненные сокращения матки в родах. С. возникают произвольно, независимо от желания женщины. Промежутки между с. называются паузами. Вначале с. чередуются каждые 10–15 мин и длятся по 10–15 с. Впоследствии с. учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов с. возникают каждые 3–4 мин и длятся по 40–45 с.

- **дискоординированные** — с., характеризующиеся одновременным возбуждением адренергической и холинергической медиаторных систем, что приводит к одновременному сокращению всех слоев матки (продольных и циркулярных), дискоординированным, болезненным схваткам, замедлению или прекращению раскрытия шейки матки.
- **координированные** — с., характеризующиеся не только синхронным сокращением мышц дна и тела матки, но и



обязательным активным расслаблением всех циркулярных (поперечно расположенных) пучков, преобладающих в нижнем сегменте и шейке матки.

— **судорожные** — см. *Тетанус матки*.

**СХЕМА ПИНКУСА** — метод гормонального гемостаза — прием таблеток монофазных контрацептивных препаратов (содержание этинилэстрадиола  $\geq 0,03$  мг, например ригевидон) через равные промежутки времени по следующей схеме: 1-й день — 6 таб., 2-й день — 5 таб., 3-й день — 4 таб., 4-й день — 3 таб., 5-й день — 2 таб., с 6-го по 21-й день — по 1 таб. (16 дней). Для подростков схема начинается с 4 таблеток.

# Т

**ТАБЕС** — хроническое заболевание нервной системы, позднее проявление сифилиса. Вследствие поражения спинного мозга возникают расстройства мышечно-суставного чувства, походки, стреляющие боли, трофические нарушения.

**ТАЗ ЖЕНСКИЙ (pelvis)** — костное кольцо (со своими связками), расположенное в нижней части туловища, сформировано двумя тазовыми костями (лобковая кость, подвздошная и седалищная кости) спереди и по бокам и крестцом и копчиком — сзади. Отличия от мужского: кости ж.т. более тонкие, гладкие, менее массивные; плоскость входа в малый таз имеет поперечно — овальную форму (у мужчин — форма карточного сердца), ж.т. ниже, шире и больше в объеме, лобковый симфиз короче мужского; крестец ж.т. шире, крестцовая впадина умеренно вогнута, полость приближается к цилиндру, лобковый угол шире, чем у м.т., копчик ж.т. выдается кпереди меньше, седалищные кости идут параллельно друг другу.

— **анатомически узкий** — хотя бы один из размеров т. уменьшен более, чем на 1,5 см, по сравнению с принятой в акушерстве нормой.

— **андройдный** — анатомически узкий т. мужского или воронкообразного типа с полостью в виде высокого усеченного конуса и более острым лобковым углом.

- **антропоморфный** — т. с удлиненным переднезадним размером и укороченным поперечным диаметром (похожий по форме на т. обезьяны).
- **большой** — таз, ограниченный с боков крыльями подвздошных костей, сзади — последними поясничными позвонками. Спереди не имеет костных стенок. Границей между большим и малым тазом является плоскость входа в малый таз.
- **воронкообразный** — анатомически узкий т., характеризующийся нарастающим уменьшением прямых размеров в направлении от входа к выходу таза.
- **гипопластический** — разновидность общеравномерносуженного т. (по Г. Г. Гентеру — «общеравномерносуженный т. чистого типа»). Отличается от нормального только сравнительной миниатюрностью; очертания же, как и взаимоотношение между составляющими его костями такие же, как и при нормальном т.
- **детский** — см. *Таз инфантильный*.
- **инфантильный** — симметричный анатомически узкий т., характеризующийся признаками, присущими детскому возрасту: узким крестцом, высоким стоянием мыса, более острым лобковым углом, круглой или продольно-овальной формой входа в таз.
- **карлиц** — высшая степень общеравномерносуженного таза. Состоит из отставших в развитии костей, но не обезображенных и не деформированных. Носительницы такого т. имеют пропорционально развитое туловище. Иногда уменьшение т. непропорционально небольшому туловищу.
- **кифотический** — изгиб назад поясничного отдела позвоночника вызывает уменьшение размеров таза.
- **клинически узкий** — по своим размерам и форме представляет препятствие для прохождения плода в родах. Клинически узкий таз может быть при анатомически узком тазе, а также при нормальных размерах таза, но при крупном плоде, неправильных вставлениях и предлежаниях головки (задний асинклитизм, лобное предлежание и др.). Течение родов зависит от степени несоответствия между размерами головки и таза. Осложнения: преждевременное или раннее излитие околоплодных вод; выпадение петли пуповины; слабость родовой деятельности; затяж-

ные роды; восходящая инфекция в родах (хориамнионит); гипоксия и внутричерепная травма плода; разрыв матки; мочеполовые свищи; расхождение и разрыв лонного сочленения.

- **кососуженный** — анатомически узкий т. с неодинаковым сужением его половин, наблюдают, например, при искривлениях позвоночника, кокситов.
- **малый** — костная часть родового канала. Форма и размеры м.т. имеют большое значение в течении родов и определении тактики их ведения. Задняя стенка м.т. образована крестцом и копчиком, боковые — седалищными костями, передняя — лобковыми костями и симфизом. В м.т. различают вход, полости (широкая и узкая) и выход.
- **мужского типа** — разновидность общеравномерносуженного т. Встречается у высоких женщин с массивными костями скелета, крепкого телосложения. Крылья подвздошных костей стоят круто, лонная дуга узкая, мыс стоит очень высоко. Иногда крестец удлиннен благодаря срастанию с ним V поясничного или I копчикового позвонка, поэтому полость таза является высокой и нередко воронкообразной.
- **Негеле** — кососуженный и анкилозированный с одной стороны (обычно проявляется задержкой развития боковой части крестца, реже анкилозом крестцово-подвздошного сустава той же стороны и отклонением лобкового симфиза в противоположную сторону).
- **общеравномерносуженный** — анатомически узкий т., все размеры которого уменьшены практически на одну и ту же величину. d.s. — 23 см, d.c. — 26 см, d.t. — 29 см, с.е. — 18 см. Внутренние размеры плоскости входа: поперечный — 11 см, косые — 10 см, прямой — 9 см.
- **остеомалятический** — анатомически узкий т., деформированный остеомалязией, лобковый симфиз которого клювовидно выступает вперед, а выход из малого таза резко уменьшен в связи со смещением внутрь обоих седалищных бугров (боковое давление головок бедренных костей) и нижней части крестца и копчика.
- **поперечно-суженный** — анатомически узкий т., у которого уменьшены все поперечные размеры.
- **плоский** — анатомически узкий т. с уменьшенными одним или несколькими прямыми размерами при нормаль-

ных поперечных и косых размерах. Плоские тазы возникают в результате смещения крестцовой кости вперед к лонному сочленению.

- **плоский простой** — разновидность плоского т. Характеризуется более глубоким вдвиганием крестца в т. без изменения формы и кривизны крестца; вследствие этого крестец ближе обычного придвинут к передней стенке т. и все прямые размеры как входа, так и полости и выхода, умеренно укорочены. Благодаря такому строению простой плоский т. кажется уплощенным спереди назад, вход его имеет отчетливую форму овала, расположенного своим длинником поперек. d.s. — 25 см, d.c. — 28 см, d.t. — 31 см, с.е. — 17 см. Внутренние размеры плоскости входа: поперечный — 13 см, косые — 12 см, прямой — 8 см.
- **плоско-рахитический** — деформированный, уменьшенный т. (часто плоский), являющийся результатом рахитического размягчения костей в раннем детстве. При этом заболевании окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих отдельные костные участки, замедляется; хрящевые прослойки утолщаются. В костях уменьшается количество извести. В связи с этим давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводят к деформации таза. Особенности: прямой размер входа в таз укорочен вследствие глубокого вдвигания крестца в таз — мыс резко выступает в полость таза; иногда наблюдается второй, «ложный» мыс; крестец уплощен и повернут кзади вокруг оси, верхушка крестца далеко отстоит от нижнего края лонного сочленения; кобчик часто притянут седалищно-крестцовыми связками вместе с последним крестцовым позвонком кпереди; крылья подвздошных костей слабо развиты, плоские, гребни развернуты, разница между d.s и d.c. или меньше по сравнению с нормой, или оба размера равны друг другу. Проводная ось таза — ломаная линия. Размеры выхода больше обычных. d.s. — 26 см, d.c. — 27 см, d.t. — 31 см, с.е. — 17 см.
- **плоский с уменьшенным прямым размером плоскости широкой части полости малого таза** — разновидность плоского т., характеризуется резким уплощением крестцовой впадины, увеличением длины крестца, уменьшением прямого размера широкой части полости, отсутствием различий в прямых размерах всех плоскостей таза. В плане

диагностики наиболее информативно измерение лобково-крестцового размера: ножки тазомера устанавливаются на середине лобкового сочленения и на месте соединения II и III крестцовых позвонков. В норме этот размер равен 21,8 см. Уменьшение его на 2,5 см свидетельствует об уменьшении прямого размера широкой части полости т.

- **расщепленный** — т. без лобкового сочленения, тазовые кости при этом разделены (сочетается с выворотом мочевого пузыря).
- **Рокитанского** — см. *Т. спондилолистический*.
- **сколиотический** — кососуженный т., возникающий при сколиозе в поясничном отделе позвоночника.
- **спондилолистетический (Рокитанского)** — анатомически узкий т. с уменьшенным прямым размером входа из-за соскальзывания V поясничного позвонка с основания крестца.
- **узкий** — см. *Т. анатомически узкий* и *Т. клинически узкий*.
- **широкий** — аномалия анатомического строения костного таза. Чаще встречается у высоких и крупных женщин, отличающихся хорошим телосложением.

Осложнения: разгибательное вставление головки и низкое поперечное стояние стреловидного шва вследствие отсутствия должного противодействия головки, продвигающейся по родовому каналу; тяжелые повреждения мягких родовых путей и внутричерепная травма плода, происходящая в связи с быстрым в ряде случаев продвижением плода. В большинстве случаев благоприятствует физиологическому течению родов. При влагиалищном исследовании: удлинение диагональной конъюгаты (конец среднего пальца не достигает мыса), седалищные бугры далеко отстоят друг от друга, далеко отстоит от внутренней поверхности крестца и копчика нижний край лонного сочленения. d.s. — 28–29 см, d.c. — 30–32 см, d.t. — 33–34 см, с.e. — 22–23 см. Внутренние размеры плоскости входа: поперечный — 11 см, косые — 10 см, прямой — 9 см.

**ТАЛАССЕМИЯ** (гемолитическая анемия) — одно из нескольких наследуемых по рецессивному типу расстройств обмена Нв (снижен синтез глобина без изменений в его структуре, но транскрибируются гены разных глобинов). Клинические признаки варьируют от едва заметных гематологических нарушений до смертельной анемии.

**ТЕКАФОЛЛИКУЛОМА** — см. *Опухоль гранулезотека-клеточная.*

**ТЕКОМА**

- **гранулезоподобная** — см. *Опухоль гранулезотека-клеточная.*
- **плеоморфная** — см. *Опухоль гранулезотека-клеточная.*

**ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИЯ** — стойкое, обычно неравномерное расширение просвета мелких поверхностных кровеносных или лимфатических сосудов кожи или слизистых оболочек.

**ТЕЛО**

- **белое** — участок рубцово-перерожденной ткани яичника на месте желтого т. после инволюции последнего.
- **губчатое женской уретры** — подслизистая основа женской уретры, содержит венозную сеть между мышечными слоями.
- **желтое (corpus luteum)** — железа, формирующаяся в яичнике на месте зрелого фолликула немедленно после овуляции; при наступившей беременности превращается в ж.т. беременности, затем подвергается инволюции, в противном случае образуется менструальное ж.т., быстро регрессирующее с образованием белого т.
- **пещеристое клитора** — парное цилиндрическое образование из эректильной ткани.

**ТЕЛЬЦА**

- **Каля—Экснера** — небольшие, заполненные жидкостью пространства между гранулезными клетками фолликулов яичника, встречаются также при опухолях яичника; способны образовывать розетковидные структуры.
- **молочивые** — большие секреторные клетки, содержащие многочисленные жировые включения.

**ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА** — одна из основных физиологических констант организма, обеспечивающая в нем оптимальный уровень протекания биологических процессов.

- **базальная** — измеряемая т.т. утром после сна до приема пищи в прямой кишке. При овуляторном менструальном цикле т.б. повышается в лютеиновую фазу на 0,4—0,6 °С и держится в течение всей второй фазы. В день менструации или за день до нее т.б. снижается. При беременности повышение т.б. объясняется возбуждением терморегулирующего центра гипоталамуса под влиянием прогестерона.

**ТЕМПЕРАТУРНЫЕ КРИВЫЕ** — графическое изображение колебаний температуры при измерении в динамике.

## ТЕМПЕРАТУРНЫЙ

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ** — медицинский документ, предназначенный для графической регистрации суточных колебаний температуры тела больных.

**ТЕНЕЗМЫ** — мучительные позывы на дефекацию или мочеиспускание, обусловленные спазмом мускулатуры прямой кишки или мочевого пузыря при различных их заболеваниях.

**ТЕРАТОГЕН** — фактор или агент, вызывающий аномальное развитие плода.

**ТЕРАТОЛОГИЯ** — раздел эмбриологии, изучающий образование, структуру и классификацию аномалий развития плода.

**ТЕРАТОМА** (тератоидная эмбриоцитома, дермоидная киста) — опухоль, состоящая из различных тканей, включая те, которые в норме в этом органе не обнаруживаются.

— **кистозная** — см. *Киста дермоидная*.

— **кожного типа** — см. *Киста дермоидная*.

**ТЕСТ** — проба, исследование, метод проведения проверки.

— **активности плода** — см. *Т. бесстрессовый*.

— **антиглобулиновый** — см. *Реакция Кумбса*.

— **арборизации** — см. *Т. «напоротника»*.

— **Ашхайм—Цондека** — т. для выявления наступившей беременности; повторные инъекции небольших доз мочи забеременевшей женщины неполовозрелой самке мыши вызывают кровоизлияния в фолликулы яичника мыши и формирование желтого тела (в настоящее время не применяется).

— **бесстрессовый** (активности плода) — метод определения состояния плода по его активности; заключается в регистрации реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на его собственные движения с помощью кардиотокографии. В норме плод реагирует на движения учащением ЧСС на 15 ударов в минуту или более по сравнению с исходной частотой (по крайней мере, дважды за 20 мин или трижды за 30 мин).

— **гонозим** — твердофазный иммунный анализ для выявления гонококковых АГ.

— **кислородный** — основан на определении сердцебиения и движений плода после вдыхания беременной кислорода. Замедление сердцебиения плода и уменьшение его двигательной активности в ответ на вдыхание кислорода свидетельствует о снижении компенсаторных возможностей плода и нарушении его состояния.

- **Клейхауэра—Бетке** — позволяет выявить наличие эритроцитов плода в крови матери, при этом гемоглобин, отличный по строению от HbF, элиминируется из эритроцитов с помощью раствора рН 3,3 и высушивается на специальных пластинках.
- **кристаллизации шейечной слизи** — см. *Т. «папоротника»*.
- **маммарный** — немедикаментозный т., основанный на появлении эндогенного окситоцина при раздражении сосков и ареол у беременной. Регистрация ответной реакции производится с помощью кардиотокографа. М.т. оценивается положительно, если сокращение матки появляется в первые 3 мин от начала раздражения сосков и в течение 10 мин наблюдаются 3 схватки.
- **Марчетти** (Маршалла—Марчетти, поднятия шейки мочевого пузыря) — при покашливании или натуживании больной производят мануальное смещение (подъем) шейки мочевого пузыря, что позволяет выявить степень неудержания мочи.
- **Маршала—Марчетти** — см. *Т. Марчетти*.
- **Q-наконечника** (прямого катетера) — помогает выявить подвижность и угол наклона уретры; используют при неудержании мочи.
- **на кислую фосфатазу** — определение содержания кислой фосфатазы в пробах, взятых из мест, куда предположительно произошла эякуляция; основан на том, что концентрация кислой фосфатазы в семенной жидкости значительно больше, чем в других физиологических и инородных жидкостях.
- **окситоциновый** — специальная проба для определения реактивности миометрия на внутривенное введение пороговой дозы окситоцина, способной вызывать сокращение матки. Реактивность матки к окситоцину по мере прогрессирования беременности постепенно нарастает и становится максимальной накануне родов. Перед проведением пробы обследуемая женщина в течение 15 мин должна находиться в горизонтальном положении в состоянии полного эмоционального и физического покоя, чтобы исключить возможность сокращения матки под влиянием других факторов. Раствор окситоцина готовят непосредственно перед проведением окситоцинового теста (0,01 ЕД окситоцина в 1 мл изотонического раствора на-



трия хлорида). Затем набирают в шприц 10 мл приготовленного раствора и вводят его внутривенно «толчкообразно»: по 1 мл с интервалами в 1 мин. Введение раствора прекращают при появлении сокращения матки, регистрируемого гистерографически или пальпаторно. Нельзя вводить более 5 мл раствора или 0,05 ЕД окситоцина. Тест считается положительным, если сокращение матки в ответ на введение окситоцина появляется в течение первых 3 мин. Положительный окситоциновый тест указывает на возможность спонтанного наступления родов в течение ближайших 1–2 сут.

- **«папоротника»** (арборизации, кристаллизации шейечной слизи) — определение эстрогенной активности, при усилении синтеза эстрогенов, например при овуляции; кристаллизуясь, цервикальная слизь образует структуры, напоминающие листья папоротника.
- **«пенный»** — проводится для прогнозирования развития синдрома дыхательных расстройств. К 0,5 мл желудочного содержимого новорожденного в первые минуты, часы жизни добавляют 0,5 мл 96 % спирта. Пробирку встряхивают в течение 15 с, через 15 мин оценивают результат теста. При наличии одиночного или двойного кольца пузырьков тест считается положительным — вероятность развития мала. В отсутствие пузырьков тест отрицательный — вероятность развития СДР 60 % и более. Слабо положительным считается тест при наличии мелких пузырьков, заполняющих  $\frac{1}{3}$  окружности — вероятность развития СДР 20 %.
- **поднятия шейки мочевого пузыря** — см. *Т. Марчетти*.
- **продувания маточных труб** — см. *Т. Рубина*.
- **протромбиновый** — см. *Проба протромбиновая*.
- **прямого катетера** — см. *Т. Q-наконечника*.
- **Рубина** (продувания маточных труб) — т. на раскрытие фаллопиевых труб при использовании двуокиси углерода, пропускаемой через канюлю в цервикальный канал; при раскрытых трубах прохождение газа в брюшную полость проявляется высокими переливающимися звуками, выслушиваемыми при аускультации.
- **сократительный стрессовый** — определение маточно-плацентарной функции, заключающееся в изучении реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращение

матки при внутривенном введении окситоцина (0,01 ЕД в 1 мл 5% раствора глюкозы или физиологического раствора) или вызыванием рефлекса с молочной железы (см. *Тест окситоциновый, маммарный*). Если возникают поздние замедления ЧСС, Т. положительный.

- **стрессовый** — кардиотокографическое исследование реакции сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сокращения матки.
- **толерантности к глюкозе** — определение наличия диабета с использованием способности здоровой печени поглощать и сохранять излишнее количество глюкозы в виде гликогена: после приема 100 г глюкозы у здоровых лиц происходит быстрое и устойчивое нарастание уровня сахара крови, опускающееся затем до нормы в течение 2 ч, у больных диабетом увеличение более выражено, а возвращение к норме затягивается.
- **тройной скрининговый** — определение содержания АФП, ХГТ и эстриола в сыворотке крови женщины.
- **Фридмана** — определение ранних сроков беременности; при введении в ушную вену крольчихи мочи беременной женщины, содержащийся в моче ХГТ вызывает изменения в яичниках крольчихи, в т.ч., овуляцию и геморрагии.

**ТЕСТИКУЛЯРНАЯ ФЕМИНИЗАЦИЯ** (синдром Морриса) (лат.: testiculus — мужское яичко, femina — женщина) — наследственный вариант мужского псевдогермафродитизма, при котором больные имеют мужской генотип (46 XY), но женский фенотип.

**ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ФЕМИНИЗАЦИИ СИНДРОМ** — см. *Синдром тестикулярной феминизации*.

**ТЕСТОСТЕРОН** — мужской половой гормон, наиболее сильный природный андроген, синтезируется интерстициальными клетками яичек, а также, яичниками и корой надпочечников; может образовываться в нежелезистых тканях из предшественников, таких, как андростендион, используется при лечении гипогонадизма, крипторхизма, некоторых опухолей и меноррагий.

**ТЕТАНУС МАТКИ** (фибриляция матки, судорожные схватки) — состояние матки в родах, при котором она судорожно сокращена и не расслабляется. Длительные сокращения маточной мускулатуры, которые следуют одно за другим, пауз между ними не наблюдается. Частота схваток увеличивает-

## ТИРЕОТРОПИН

ся, их интенсивность прогрессивно уменьшается, быстро нарастает гипертонус из-за неполного расслабления мышц. Гипертонус матки наблюдается длительное время, схватки при этом практически не определяются. Затем тонус матки медленно снижается до нормального уровня. Интенсивность схваток увеличивается по мере снижения тонуса матки. Причины: клиническое несоответствие, преждевременная отслойка плаценты, повторные попытки акушерского поворота, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец, вмешательства без обезболивания, производимые безуспешно из-за отсутствия акушерских условий или знания техники операции, при передозировке сокращающих и других медикаментозных средств. Клиника: непрекращающиеся распирающие боли в животе, чувство давления на низ, боли в крестцово-поясничной области, беспокойство роженицы, отсутствие расслабления матки, жалобы на тенезмы мочевого пузыря и прямой кишки, учащение пульса. Матка болезненна, каменной плотности, форма ее изменена, маточно-плацентарное кровообращение и газообмен у плода нарушается, наблюдается гипоксия плода, сердцебиение плода обычно не прослушивается. Роды прекращаются.

**ТИРЕОТРОПИН (ТТГ)** — гликопротеиновый гормон передней доли гипофиза, стимулирующий функцию щитовидной железы. Определение ТТГ в крови используется в диагностике первичного и вторичного гипотиреоза, гипертиреоза.

**ТИРОКСИН (Т<sub>4</sub>)** — активное йодированное соединение, вырабатываемое в щитовидной железе и экстрагируемое из нее для терапевтического использования; получают также синтетическим путем.

**ТИРОЛИБЕРИН** — тиреотропин-высвобождающий гормон.

**ТОКИ БЕРНАРА** — диадинамические токи.

**ТОКОЛИЗ** — ослабление сокращений матки, вызываемое лекарственными средствами.

**ТОКОЛИТИК** — (греч.: tokos — роды, lysis — расслабление) лекарственные средства, ослабляющие сократительную активность миометрия. Применяются при угрожающем выкидыше и для предупреждения преждевременных родов.

**ТОКСИКОЗ** — болезненное состояние, обусловленное действием на организм экзогенных (из внешней среды) токсинов

(например, микробов), или вредных веществ эндогенного (внутри организма) происхождения (например, при токсикозе беременных).

— **беременных ранних** — т., возникающий в I триместре беременности. Существуют многочисленные теории, объясняющие их развитие (аллергическая, токсическая, иммунологическая, нейрорефлекторная, гуморальная и др.). Наиболее частая клиническая форма р.т. — рвота беременных. Реже встречаются слюнотечение, дерматозы, бронхиальная астма, желтуха беременных. Рвота беременных нередко наблюдается на фоне слюнотечения, сопровождается тошнотой, снижением аппетита, изменением вкусовых ощущений. Легкая форма не отражается отрицательно на общем состоянии беременной. При токсикозе средней тяжести отмечаются слабость, похудание, снижение диуреза, потеря аппетита. Наиболее тяжелая форма токсикоза — неукротимая рвота. Рвота возникает до 20 и более раз в сутки, часто независимо от приема пищи. Беременные резко худеют, снижается АД, учащается пульс, повышается температура тела, наступает выраженное обезвоживание, в моче определяется ацетон.

**ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА СИНДРОМ** — см. *Синдром токсического шока.*

**ТОКСОПЛАЗМОЗ** — заболевание, обусловленное инфицированием *Toxoplasma gondii*. Проявления многообразны, но общими являются хориоретинит и увеит. При пренатальном заражении возможны значительные поражения головного мозга и глаз или смертельный исход, может развиваться острая форма заболевания, особенно у лиц с иммунодефицитами, приводящая к генерализации инфекции. Диагностика: выявление возбудителя в нативном или окрашенном по Романовскому—Гимзе препарате осадка спинномозговой жидкости после центрифугирования, в периферической крови, моче, мокроте; проведение серологических проб.

— **врожденный** — развивается вследствие передачи паразита инфицированной матерью *in utero* плоду. Т. может сопровождаться эндометритом, поражением плаценты, угрозой прерывания беременности, задержкой внутриутробного роста плода. Передача инфекции происходит трансплацентарно. Исход внутриутробной инфекции зависит от срока инфицирования беременной. В ранние сроки беремен-

## ТОЛЕРАНТНОСТЬ

ности инфицирование эмбриона нередко заканчивается его гибелью, возможны аномалии развития: анэнцефалия, анофтальмия, микроцефалия, расширение верхней губы, челюсти и нёба (волчья пасть). При заражении в более поздних стадиях развитие плода, при его рождении может быть выявлена триада симптомов: гидроцефалия, хориоретинит, менингоэнцефалит. При заражении незадолго до родов, у плода возникают симптомы висцерального генерализованного т.: гепатоспленомегалия, интерстициальная пневмония, миокардит и энцефалит. Внутриутробное поражение фетоплацентарного комплекса устанавливается по УЗИ: большая толщина плаценты или развитие отечного синдрома, гепатоспленомегалия.

- **острый** — в большинстве органов имеются очаги некрозов с сопутствующей лихорадкой, желтуха, энцефаломиелит, пульмонит, кожные высыпания, патологические изменения глаз, гепатомегалия и спленомегалия.
- **подострый** — большинство очагов поражения заживает или кальцифицируется, кроме очагов, локализованных в головном мозге и глазах.
- **хронический** — обычно не распознается в период новорожденности, хориоретинит и поражения мозга выявляются позже.

**ТОЛЕРАНТНОСТЬ** — (лат.: *toler* — терпение) 1) иммунологическое состояние организма, при котором он не способен синтезировать антитела в ответ на введение определенного антигена при сохранении иммунной реактивности к другим антигенам. Проблема толерантности имеет значение при пересадке органов и тканей; 2) способность организма переносить неблагоприятное влияние того или иного фактора среды; 3) терпимость, в том числе к чужим мнениям, поведению и т.д.

**ТОМОГРАФИЯ** — (греч.: *tomos* — кусок, слой; *grapho* — писать, изображать) метод послойного исследования органов человеческого тела с помощью средств лучевой диагностики. Различают методы Т. с использованием ионизирующего излучения, т.е. с облучением пациентов (обычная рентгеновская, или так называемая классическая, компьютерная рентгеновская и радионуклидная, или эмиссионная компьютерная, Т.), и не связанные с ним (ультразвуковая и магнитно-резонансная Т.). За исключением обычной рентгеновской,

при всех видах томографии изображение получают с помощью встроенных в аппараты ЭВМ (компьютеров).

— **компьютерная** — т., основанная на получении послойного рентгеновского изображения органа с помощью компьютера. Просвечивание рентгеновским лучом тела пациента осуществляется вокруг его продольной оси, благодаря чему получают поперечные «срезы». Изображение поперечного слоя исследуемого объекта на экране полутонного дисплея обеспечивается с помощью математической обработки множества рентгеновских изображений одного и того же поперечного слоя, сделанных под разными углами в плоскости слоя. Высокая разрешающая способность (контрастное разрешение примерно в 10 раз превышает эту величину при обычной рентгеновской т.) позволяет дифференцировать структуры почти одинаковой плотности (например, органы брюшной полости и забрюшинного пространства) без дополнительного контрастирования. К.т. применяется при исследовании практически всех областей тела человека. Она дает возможность точно установить локализацию и распространенность патологического процесса, оценить результаты лечения, а также проводить топометрию при планировании лучевой терапии, осуществлять прицельные пункции, биопсии, дренирования.

**ТОРАКОПАГИ** — два близнеца, сросшихся в области грудной клетки.

**ТОЧКА**

— **вращения** — см. *Т. фиксации.*

— **проводная** — точка на предлежащей части плода, первой опускающаяся во вход таза, идущая впереди во время внутреннего поворота и первой показывающаяся из половой щели.

— **фиксации (вращения)** — точка опоры, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки

**ТРАНСКОРТИН** (кортикостероид-связывающий глобулин) — глобулин крови, связывающий кортизол и кортикостерон.

**ТРАНСЛОКАЦИЯ** — структурные изменения хромосом в результате обмена двумя сегментами между негомологичными хромосомами.

**ТРАНСПОЗИЦИЯ** — перенос с одного места на другое; расположение после переноса, противоположное нормальному,

## ТРИАДА

например, органа относительно сагиттальной плоскости; внутренняя (внутрихромосомная) транслокация.

- **магистральных сосудов** — разновидность врожденной сосудистой патологии: анатомическая т. основных сосудов; аорта выходит из правого желудочка, а легочная артерия — из левого; ассоциированный дефект межжелудочковой перегородки либо незаращение боталлова протока опосредует смешивание крови обоих кругов кровообращения.

## ТРИАДА

- **Хатчинсона** — симптомокомплекс, наблюдающийся при врожденном сифилисе: интерстициальный диффузный кератит, глухота и зубы (резцы) с полулунной выемкой Хатчинсона.
- **Цангемейстера** — признаки нефропатии беременных: артериальная гипертензия, отеки, протеинурия.

**ТРИМЕСТР** — одна треть длительности нормальной беременности (период из 3 месяцев).

**ТРИМЕТАДИОНОВЫЙ ПЛОДА** — см. *Синдром триметадионовый плода.*

**ТРИПЛОИДИЯ** — наличие полных трех гаплоидных наборов хромосом вместо двух в соматических клетках; приводит к смерти плода или новорожденного.

**ТРИХОГЕНЫ** — препараты, усиливающие рост волос (см. *Гиперандрогения ятрогенная*).

**ТРИХОПОЛИОДИСТРОФИЯ** — см. *Болезнь курчавых волос.*

**ТРОМБОКСАН** — простаноевая кислота, в которой группа  $\text{COOH}$  восстановлена до  $-\text{CH}_2$  и между углеродами 11 и 12 имеется атом кислорода.

**ТРОМБОФЛЕБИТ** — воспаление стенки вены с образованием тромба, закупоривающего ее просвет. Может возникнуть при варикозном расширении вен, как осложнение после родов, операций, некоторых инфекционных болезней.

- **послеродовой** — воспалительный процесс, который может возникать в поверхностных венах конечностей, венах матки, тазовых венах или глубоких венах нижних конечностей. Тромбофлебиты поверхностных вен нижних конечностей обычно протекают на фоне варикозного расширения вен. Характерно: напряжение воспаленных вен, болезненность при пальпации, гиперемия кожи над пораженным участком, субфебрильная температура, небольшая тахикардия. Тромбофлебит вен матки характеризу-

ется симптомами субинволюции матки, длительными кровянистыми выделениями из влагалища, повышением температуры, учащением пульса. При влагалищном исследовании можно обнаружить извитые тяжи (вены) на поверхности матки. Тромбофлебит вен таза (метротромбофлебит) развивается в конце 1-й недели после родов, сопровождается высокой температурой, учащением пульса, ознобом при плохом общем состоянии. При влагалищном исследовании на боковых стенках малого таза определяются извитые и болезненные вены. Пальпировать следует осторожно из-за опасности отрыва тромба. Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей возникает на 2-й неделе послеродового периода. Начало заболевания острое, сопровождается болью в ноге, появлением отека, повышенной температурой, бывает озноб, пульс значительно учащен (более 120 уд/мин). При объективном исследовании обнаруживается сглаженность паховой складки пораженной конечности: пальпация в области бедренного (скарповского) треугольника при тромбофлебите глубоких вен бедра болезненна. Отмечается также болезненность по ходу крупных сосудистых стволов бедра и голени. Продолжительность заболевания до 6—8 нед.

**ТРОМБОЦИТОПАТИИ** — (лат. thrombocyt — тромбоциты, греч. pathos — страдание, болезнь) группа геморрагических диатезов, обусловленных качественной (функциональной) неполноценностью тромбоцитов при нормальном или умеренно сниженном содержании их в крови. При т. нарушена способность тромбоцитов к адгезии, агрегации и формированию в поврежденных кровеносных сосудах тромбов. Различают наследственные и приобретенные (вторичные) формы. При наследственных т. отмечается кровоточивость, начиная с детского возраста (часто она бывает и у других членов семьи). Нередко кровоточивость сочетается с иммунной недостаточностью, о чем свидетельствуют рецидивирующие инфекции, с нарушениями пигментации (например, альбинизм при болезни Хержманского—Пудлака), аномалиями развития скелета, повышенной растяжимостью кожи и связок («резиновая» кожа, гиперкинез суставов, привычные вывихи и др.), пролабированием клапанов сердца и другими мезенхимальными дисплазиями.



## ТРОМБОЦИТОПЕНИИ

**ТРОМБОЦИТОПЕНИИ** — (лат.: thrombocyt — тромбоциты, греч. penia — недостаток) уменьшение числа кровяных пластинок в единице объема крови. Следствие т. — склонность к кровоточивости.

**ТРОФОБЛАСТ** — наружный слой клеток зародыша млекопитающих, возникающий на стадии бластоцисты. Обеспечивает контакт зародыша с материнским организмом, участвует в имплантации зародыша в матку и образовании плаценты.

**ТРОФОБЛАСТОМА** — см. *Хориокарцинома*.

## ТРУБА

— **маточная** — труба, проходящая с обеих сторон дна матки к верхненааружному концу яичника, состоит из воронки, ампулы, перешейка и маточной части (см. *Маточные трубы*).

— **фаллопиева** — см. *Маточные трубы*.

**ТРУБКА НЕРВНАЯ ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ** — формируется на ранних стадиях эмбриогенеза из нервной пластинки, в последующем из нее образуется спинной и головной мозг.

**ТУБЕРКУЛЕЗ** — (лат.: tuberculum — бугорок) болезнь, вызываемая микобактериями туберкулеза. Наиболее часто поражаются органы дыхания, среди других органов и систем — преимущественно мочеполовая система, периферические лимфатические узлы, кожа, глаза, кости и суставы. Возбудителями т. являются кислотоустойчивые микобактерии, открытые немецким бактериологом Кохом (R. Koch) в 1882 г. — микобактерии туберкулеза.

**ТУБЭКТОМИЯ** — см. *Сальпингэктомия*.

**ТЯЖ ПОЛОВОЙ** — парная складка в каудальной части полости целома, содержащая мезонефральный (вольфов) и парамезонефральный (мюллеров) протоки.

## У

**УГЛУБЛЕНИЕ ПРЯМОКИШЕЧНО-МАТОЧНОЕ** (дугласово пространство, дугласов карман) — складка брюшины между прямой кишкой и маткой.

**УГОЛ НАКЛОНЕНИЯ ТАЗА** — у., образованный плоскостью входа в малый таз и линией горизонта.

### УГРИ

- **обыкновенные** — см. *Акне*.
- **юношеские** — см. *Акне*.

### УЗЕЛ

- **пуловины**
  - **истинный** — перекручивание пуповины, возникающий, как правило, при чрезмерной ее длине и высокой двигательной активности плода. В этом случае происходит сдавление сосудов пуповины (особенно если недостаточно развит вартонов студень (см.), оказывающий амортизирующее действие на стенки сосудов пуповины), гипоксия, асфиксия плода (см.).
  - **ложный** — локальное увеличение длины или варикоз пупочной вены, вызывающие ее перекручивание.
  - **синцитиальный** — локальное скопление ядер синцитиотрофобласта в ворсинах плаценты в раннем периоде беременности.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА** (ультрасонография, эхография, сонография) — распознавание патологических изменений органов и тканей организма с помощью ультразвука. Основана на принципе эхолокации — приеме отраженного сигнала от поверхностей раздела тканевых сред, обладающих различными акустическими свойствами. Ультразвуковое исследование (УЗИ) относится к неионизирующим методам исследования. Благодаря простоте, безвредности, высокой информативности получило широкое распространение в клинической практике. С достаточно высокой точностью выявляются различные объемные образования как внутренних органов, так и поверхностно расположенных тканей. Использование эффекта Доплера, заключающегося в изменении частоты отраженной ультразвуковой волны пропорционально скорости движения исследуемого объекта, позволило разработать приборы для исследования направления и скорости кровотока (доплерография).

В акушерстве и гинекологии исследование проводят как трансабдоминальным, так и трансвагинальным способом. Использование последнего значительно расширяет возможности у д. и позволяет более четко визуализировать органы малого таза, особенно у женщин с ожирением и спаечным процессом, не требует наполнения мочевого пузыря. УЗИ позволяет получить информацию о наличии, характере и

сроке беременности, распознать беременность в ранние ( $2\frac{1}{2}$ —3 нед.) сроки, дает возможность установить неразвивающуюся беременность (фрагментация или нечеткость контуров, уменьшение размеров плодного яйца, отсутствие сердечной деятельности и двигательной активности плода), пузырный занос (множественные эхопозитивные структуры в полости матки, напоминающие губку), внематочную беременность (признаки плодного яйца за пределами матки, гематомы в позадиматочном пространстве). Можно определить пол, пороки развития и заболевания плода (анэнцефалию, гидроцефалию, спинно- и черепно-мозговые грыжи, пороки сердца, диафрагмы, асцит, гидроторакс, гепато- и спленомегалию при гемолитической болезни плода, гидронефроз, поликистоз почек, водянку яичка и др.), а также его гипотрофию.

УЗИ успешно используется при лечении бесплодия, применяется для динамического наблюдения за ростом доминантного фолликула, эффективностью стимуляции овуляции. Под контролем ультразвукового сканирования производят пункцию фолликула при заборе яйцеклеток для экстракорпорального оплодотворения. Важная информация может быть получена при заболеваниях матки и яичников. В норме матка при продольном сканировании имеет грушевидную, при поперечном — овоидную форму. Внутри матки определяется небольшое количество эхопозитивных структур. При миоме отмечаются увеличение и неровность контуров органа, в миометрии — округлые образования с пониженной эхогенностью. В первой фазе менструального цикла полость матки не выявляется, во второй фазе на эхограммах в центре матки регистрируется повышение акустической плотности в виде срединного эхосигнала, ширина которого в норме не превышает 0,6 см; деформация эхосигнала свидетельствует о субмукозной миоме, расширение — о гиперплазии эндометрия или злокачественной опухоли (для последней особенно характерно одновременное расширение и деформация срединного эхосигнала). Выявление признаков полостей в миометрии указывает на возможность внутреннего эндометриоза.

Методы у.д. используются также при диагностических и лечебных чрескожных прицельных пункциях, что позволяет избегать повреждения жизненно важных органов.

- **абсцесс** — чаще бывает округлой или неправильной формы, контур может быть недостаточно четкий из-за реактивных изменений в окружающих тканях. Стенки а., как правило, неравномерно утолщены, внутренняя структура сниженной эхогенности, может иметь мелко- и крупнодисперсные включения, утолщенные перегородки, уровни расслоения жидких составных частей содержимого а.
- **гематома** — отличается преимущественно нечетким контуром, неправильной формой, отсутствием стенки. Внутренняя структура имеет низкую акустическую плотность. Наблюдается эффект усиления наиболее удаленной границы г. При организации г. внутри нее могут определяться участки более высокой эхогенности, обусловленные сгустками крови и образованиями утолщенной стенки.
- **киста** — обычно имеет вид округлого образования низкой акустической плотности с четким наружным контуром, равномерно тонкой гладкой стенкой. Удаленный от датчика контур более четкий, непосредственно за ним паренхима органа выглядит более светлой по сравнению с другими ее участками (так называемый эффект усиления). Фолликулярные к., желтого тела к. выявляются как мелкие образования с ровными, четкими контурами, содержащими жидкость; склонны к регрессии при динамическом наблюдении. Паровариальные к., характеризующиеся теми же признаками, могут достигать 20 см и более в диаметре. Эндометриоидные к. определяются как образования небольших размеров, могут иметь перегородки, увеличиваются в период менструации. Поликистозные яичники на сканограммах характеризуются увеличением размеров, утолщением капсулы, наличием множественных кистозных образований диаметром около 10 см.
- **опухоль** — имеют различную акустическую плотность и форму. У злокачественных о. часто наблюдаются неровность контура, неоднородность внутренней структуры, эхонегативные участки, обусловленные некрозом или кровоизлияниями. Низкоэхогенные о., как правило, не имеют эффекта усиления наиболее удаленной стенки.

**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ТЕРАПИЯ** — применение ультразвуковых колебаний с лечебной целью. Ультразвук в живых тканях оказывает механическое, термическое и физико-химическое воздействие, активизируя при этом обменные и иммунные

## УЛЬТРАЗВУКОВОЕ

процессы организма. Оказывает выраженное анальгезирующее, противовоспалительное, спазмолитическое, общетонизирующее действие, стимулирует регенераторные процессы, крово- и лимфообращение. В гинекологии используется при хронических воспалительных заболеваниях женских половых органов, бесплодии, вызванным гипофункцией яичников. В акушерстве используют при мастите и нагрубании молочных желез.

**УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ** — см. *Ультразвуковая диагностика*.

**УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ** (ультразвуковое исследование, УЗИ) — визуализация и оценка параметров изображения глубоких структур тела с помощью измерения отражения высокочастотных ультразвуковых волн (см. *Ультразвуковая диагностика*).

- **доплеровская** — у., использующая эффект Доплера в виде прямопропорционального скорости перемещения объектов увеличения частоты ультразвукового эхо движущимися объектами (обычно эритроцитами в сосудистом русле) для оценки параметров кровотока.
- **дуплексная** — комбинация у. доплеровской и у. в реальном масштабе времени.
- **в реальном масштабе времени** — позволяет рассматривать на мониторе движения структур (например, плода, клапанов сердца).
- **в серой шкале** — у. с регистрацией различий акустического импеданса оттенками серого, что улучшает разрешение изображения.
- **цветная доплерография** — доплеровская у. с получением изображения в цвете.

**УПРАЖНЕНИЯ КЕГЕЛЯ** — чередование сокращений и расслаблений мышц промежности и тазового дна для лечения недержания мочи при напряжении.

**УРЕТРА** — см. *Канал мочеиспускательный женский*.

**УРЕТРОГРАФИЯ** — рентгенография уретры после ее заполнения контрастным веществом.

- **восходящая** — контрастное вещество вводят в мочеиспускательный канал через наружное отверстие.
- **нисходящая** — контрастное вещество поступает в мочеиспускательный канал из предварительно контрастированного мочевого пузыря.

**УРЕТРОЦЕЛЕ** — мешкообразное выпячивание стенки мочеиспускательного канала.

**УРОНЕФРОЗ** — см. *Гидронефроз*.

**УРОУРЕТЕР** — см. *Гидроуретер*.

## Ф

**ФАКТОР** — одна из причин любого процесса, действующее начало; показатель, коэффициент, мультиплицирующий агент; ген; витамин или другой жизненно важный (незаменимый) элемент; любое событие, процесс, также материальное, вербальное, эмоциональное, социальное и т.д. воздействие или ситуация, приводящие к изменениям здоровья.

— **фон Виллебранда** — одна из субъединиц молекулы ф. VIII, участвующая в первичном гемостазе — процессе адгезии и агрегации тромбоцитов.

— **внешний** — витамин B<sub>12</sub>.

— **внутренний** (гастромукопротеид) — мукопротеин секретруемый париетальными клетками желудка; необходим для адекватного всасывания витамина B<sub>12</sub>; для пернициозной анемии характерен дефицит ф.

— **гонадотропин-высвобождающий** — лютеинизирующего гормона высвобождающий гормон.

— **инсулиноподобные роста** (соматомедины) — белковые ф., образование которых стимулирует гормон роста и реализует его действие на ткани; на 70 % гомологичны инсулину.

— **колониестимулирующие** — группа гликопротеинов, регулирующих дифференцировку клеток миелоидного ряда. Действуют на клетки разных дифферонов в красном костном мозге по типу паракринной или аутокринной регуляции.

— **кортикотропин-рилизинг** — кортикотропин-высвобождающий гормон.

— **Мюллеров ингибирующий** — клетки Сертоли яичек плода секретруют ф., вызывающий регрессию мюллеровых протоков у плода мужского пола.

— **риска**

— **интранатальные** — ф. со стороны матери, плаценты и пуповины, плода.

- **пренатальные** — ф. социально-биологические, акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальной патологии, осложнений настоящей беременности, оценки состояния внутриутробного плода.
- **плазменный свертывания крови**
  - I — фибриноген, превращающийся в фибрин под влиянием тромбина.
  - II — протромбин, превращающийся в тромбин под влиянием ф. Ха, мембран тромбоцитов и других клеток,  $Ca^{2+}$  и ф. Va.
  - IIa — тромбин.
  - III — тканевый ф. (тромбопластин) запускает внешний механизм свертывания взаимодействием с ф. VII (образуется ф. VIIa).
  - IV —  $Ca^{2+}$ .
  - V (проакцелерин) — недостаточность ф. ведет к развитию редко встречающейся парагемофилии; гетерозиготы имеют уменьшенное содержание ф. V, но у них отсутствует склонность к кровотечениям; точечная мутация гена ф. V является фактором риска венозных тромбозов.
  - Va — акцелерин.
  - VII — известны следующие виды патологии ф. VII: врожденная недостаточность ф. VII с пурпурой и кровоточивостью слизистых оболочек; приобретенная недостаточность ф. VII (дефицит витамина K, период новорожденности, введение протромбинопенических препаратов); приобретенный избыток ф. VII у некоторых больных с тромбоэмболией; ф. VII в присутствии тканевого тромбопластина,  $Ca^{2+}$  и ф. V ускоряет превращение ф. IX в ф. IXa, ф. X в ф. Ха.
  - VIII (антигемофильный) — ф. VIII участвует в образовании комплекса с ф. IXa, тромбоцитами,  $Ca^{2+}$ , что приводит к активации ф. X.; недостаточность ф. VIII приводит к развитию классической гемофилии A, наблюдающейся только у мужчин; время свертывания крови увеличено, конверсия протромбина уменьшена; ф. VIIIc — коагулирующий компонент ф. VIII, циркулирующий в комплексе с ф. VIIIk и др. компонентами (гликопротеины эндотелия и тромбоцитов), комплекс связывается с местами повреждения эндотелия,

формируя поверхность для прикрепления тромбоцитов. Недостаточность ф. VIIIК приводит к развитию ряда болезней, суммарно называемых Виллебранда болезнью.

- IX (Кристмаса) — недостаточность ф. приводит к развитию гемофилии В, похожей на гемофилию А; активная форма ф. — ф. IXа.
- X (Стюарта—Прауэра) — активная форма ф. — ф. Ха; недостаточность ф. X приводит к дефектам свертывания.
- XI (плазменный предшественник тромбопластина) — компонент плазмы крови, абсорбируемый на поверхности стекла; недостаточность ф. XI приводит к кровоточивости; активная форма — ф. XIа, сериновая протеаза, превращающая ф. IX в ф. IXа.
- XII (Хагемана, ф. контакта) — один из ключевых компонентов интеграции основных защитных свойств систем крови, включающей фибринолиз, систему комплементов и воспаление. Недостаточность ф. приводит к увеличению времени свертывания венозной крови, кровотечения наблюдаются редко; активная форма — ф. XIIа (активирует фф. VII и XI, превращает ф. XI в его активную форму — ф. XIа).
- XIII (Лаки—Лорана, фибриназа) — активированный тромбином ф. XII; стабилизирует фибриновый сгусток, образуя нерастворимый фибрин.
- **антигемофильный** — см. *Фактор VIII*.
- **Кристмаса** — см. *Фактор IX*.
- **Лаки—Лорана** — см. *Фактор XIII*.
- **Стюарта—Прауэра** — см. *Фактор X*.
- **Хагемана** — см. *Фактор XII*.
- **пролактин-высвобождающий** — см. *Пролактолиберин*.
- **пролактин-ингибирующий** (пролактостатин) — вещество, синтезируемое в гипоталамусе, способное ингибировать синтез и освобождение пролактина передней долей гипофиза.
- **релаксации матки** — см. *Релаксин*.
- **рилизинг** — *рилизинг-гормон*.
- **Rh** — см. *Резус-фактор*.
- **соматотропин-высвобождающий** — см. *Соматолиберин*.
- **тиреотропин-рилизинг** — тиреотропин-высвобождающий гормон.



- **Фитцджеральда** — высокомолекулярный кининоген. Является важным кофактором, необходимым для эффективной активации контактной фазы коагуляции. Является также предшественником вазоактивного пептида брадикинина. Концентрация в плазме составляет 80 мкг/мл. Дефицит ф. Ф. является редким, не связан с клинически выраженными гемостатическими отклонениями, наследуется аутосомно-рецессивно.
- **Флетчера** — прекалликреин. Участвует в контактной фазе коагуляции, образовании вазоактивных кининов, фибринолизе, активации системы комплемента и воспаления. Концентрация в плазме составляет 35—45 мкг/мл. Циркулирует в плазме в форме нековалентного комплекса с высокомолекулярным кининогеном (см. *Ф. Фитцджеральда*).
- **фолликулостимулирующего высвобождающий** —  $\beta$ -ингибин.
- **свертывания крови** — различные компоненты плазмы, реализующие образование сгустка крови, например, фибриноген (ф. I), протромбин (ф. II), тромбопластин (ф. III), ионы кальция (ф. IV).
- **хемотаксический** — вещество, по градиенту концентрации которого происходит миграция клеток.

**ФАЛЛОПИЕВЫ ТРУБЫ** — см. *Маточные трубы*.

**ФАНКОНИ СИНДРОМ** — см. *Синдром Фанкони*.

**ФАРБЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Фарбера*.

**ФЕНИЛКЕТОНУРИЯ** — наследственная болезнь, характеризующаяся дефектом образования *l*-тирозина, повышенным содержанием фенилаланина в крови, моче (также повышенной экскрецией фенилпирувата), накоплением в организме фенилаланина и его метаболитов. Проявляется поражением мозга, что приводит к тяжелым расстройствам развития, умственной отсталости, нарушениям движений и мышечного тонуса, судорожным припадкам, дефициту миелинизации, экземе.

### **ФЕНОМЕН**

— **лицевой** — см. *Симптом Хвостека*.

— **«папоротника»** — см. *Тест «папоротника»*.

**ФЕНОТИП** — категория или группа, в которую индивидуумы могут быть объединены на основании одного или более признаков (выявленных клиническими или лабораторными методами). Может включать в себя один или несколько генотипов.

**ФЕТОГЛОБУЛИН** — см. *Фетопротейн*.

**ФЕТОПРОТЕИН (АФП)** — плазменный глобулин; в норме АФП встречается в малом количестве у взрослых и в большом количестве в крови плода (синтезируется печенью плода), особенно во II триместре беременности; повышение уровня АФП в плазме крови происходит у женщин во время беременности, а также у взрослых пациентов с заболеваниями печени и злокачественными опухолями (например, при тератобластомах яичка и яичников, гепатоцеллюлярном раке печени); повышение уровня АФП в амниотической жидкости обычно указывает на наличие дефектов нервной трубки плода.

**ФЕТОМЕТРИЯ** — определение размеров плодного яйца, эмбриона, плода или его отдельных частей. Задачи ф.: определение срока беременности при недостаточных клинических или анамнестических данных; определение соответствия физического развития плода предполагаемому гестационному возрасту; оценка эффективности терапии задержки развития плода; выявление пороков развития отдельных органов и систем; выделение групп риска по хромосомным aberrациям для последующего амниоцентеза и кариотипирования по отдельным фетометрическим показателям (см. Приложение 6).

**ФЕТОПАТИИ** — заболевания и функциональные расстройства, возникающие у плода под влиянием экзогенных воздействий в период с 13-й недели беременности до рождения.

- **инфекционные** — ф., возникающие под воздействием инфекционного агента и имеющие тенденцию к генерализации, сопровождающиеся специфическими изменениями в организме плода (врожденный сифилис, туберкулез, инфекции, отнесенные к TORCH-комплексу).
- **неинфекционные** — заболевания плода, развивающиеся в результате плацентарной недостаточности и при обменных нарушениях у плода при осложнениях беременности и экстрагенитальных заболеваниях.

**ФЕТОСКОПИЯ** — использование фиброэндоскопа для осмотра плода и плаценты и для забора плодной крови.

**ФИБРИЛЛЯЦИИ МАТКИ** — см. *Тетанус матки*.

**ФИБРИНАЗА** — см. *Фактор XIII*.

**ФИБРОЛЕЙОМИОМА** (лейомиофиброма, фибромиома) — лейомиома, содержащая коллагеновую волокнистую ткань,

## ФИБРОМА

благодаря которой опухоль становится плотной. **Ф.** часты в миометрии, содержание волокнистой ткани в них со временем увеличивается.

**ФИБРОМА** — доброкачественная опухоль из волокнистой соединительной ткани, часто сочетающаяся с разрастанием других тканей — мышечной (фибромиома), сосудистой (ангиофиброма), железистой (фиброаденома). Возникает на коже, слизистых оболочках, в сухожилиях, молочной железе, матке.

**ФИБРОМАТОЗ** — заболевание, при котором развивается фиброма (см.).

**ФИБРОМИОМА** (фибролейомиома) — лейомиома, содержащая относительно большое количество волокнистой ткани.

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ** — см. *Гипербилирубинемия физиологическая.*

**ФИЦ—ХЬЮ—КЕРТИСА СИНДРОМ** — см. *Синдром Фиц—Хью—Кертиса.*

**ФОКОМЕЛИЯ** — дефективное развитие проксимальных отделов конечностей (отсутствие длинных трубчатых костей: плечевой, лучевой, локтевой, бедренной, большеберцовой, малоберцовой).

**ФОЛЛИКУЛ** — (лат.: *follikul* — мешочек) пузырьковидное образование в органах человека. Например, зрелый ф. яичника содержит яйцеклетку, ф. щитовидной железы — место окончательного синтеза гормонов.

— **атретический** (*f. atreticus*) — ф., подвергшийся обратному развитию, не достигнув зрелости.

— **везикулярный** (*f. ovaricus vesiculosus*, граафов пузырек, зрелый ф.) — ф., представляющий собой крупный (диаметром 15–20 мм), заполненный жидкостью пузырь с соединительнотканной оболочкой, содержащий зрелую яйцеклетку, расположенную у его стенки в толще многослойного фолликулярного эпителия, выстилающего полость ф.

— **геморрагический** (*f. haemorrhagicus*) — ф., содержащий в своей полости кровь, излившуюся вследствие разрыва капилляров; одна из стадий развития желтого тела.

— **доминантный** — самый крупный ф., содержащий наибольшее число клеток гранулезного слоя и рецепторов к ФСГ, ЛГ. Имеет богато васкуляризированный текаслой. Ф.д. в первые дни менструального цикла имеет диаметр 2 мм, к

моменту овуляции увеличивается до 21 мм. Объем фолликулярной жидкости увеличивается в 100 раз. Количество клеток гранулезы увеличивается с  $0,5 \times 10^6$  до  $50 \times 10^6$ .

- **зрелый** (f. maturus) — см. *Ф. везикулярный*.
- **зреющий** (f. maturans) — общее название ф. на промежуточных этапах развития примордиального ф. в зрелый.
- **кистозный** (f. cysticus) — ф. в виде кисты, образующийся из нормально сформированного зрелого ф., не прошедшего стадию овуляции.
- **лютеинизированный** (f. luteinissatus) — патологически сформированный ф., в фолликулярном эпителии которого откладывается пигмент желтого цвета.
- **первичный** (f. ovaricus primarius) — см. *Ф. примордиальный*.
- **примордиальный** (f. Primordialis) — ф., состоящий из овогонии, окруженной одним слоем яичниковых фолликулоцитов и соединительнотканной оболочкой.
- **растущий** — см. *Ф. зреющий*.

**ФОЛЛИКУЛИН** — см. *Эстрон*.

**ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩИЙ ГОРМОН** — гормон, вырабатываемый гипофизом. У мужчин вызывает развитие семенных канальцев, стимулирует сперматогенез, у женщин — развитие фолликулов в яичнике.

**ФОЛЛИТРОПИН** — фолликулостимулирующий гормон (ФСГ).

**ФОРБСА—ОЛБРАЙТА СИНДРОМ** — см. *Синдром Форбса—Олбрайта*.

**ФОРМУЛА НЕГЕЛЕ** — см. *Правило Негеле*.

**ФОСФАТАЗА** — фермент, отщепляющий неорганический фосфат от фосфорных эфиров.

- **кислая** — ф., имеющая максимальную активность при рН 5,4 (наибольшее ее количество обнаруживается в простате и мужском эякуляте).
- **щелочная** — ф., имеющая максимальную активность при рН 8,6 (присутствует в организме повсеместно).

**ФОСФАТИДИЛГЛИЦЕРИН** — фосфатидная кислота, ее присутствие в околоплодной жидкости означает зрелость легких плода в последнем триместре.

**ФОСФОЭТАНОЛАМИНУРИЯ** — см. *Гипофосфатазия*.

**ФОТОТЕРАПИЯ** (светолечение) — лечение болезни с помощью световых лучей.

# Х

**HELLP СИНДРОМ** — см. *Синдром HELLP.*

**ХИЛОМИКРОНЕМИЯ СЕМЕЙНАЯ** — см. *Гиперлипопротеинемия IC типа.*

**ХЛОАЗМА** — пигментные пятна, преимущественно на лице (во время беременности, при некоторых заболеваниях женской половой сферы, глистных заболеваниях).

**ХОД МЮЛЛЕРОВ** — см. *Проток Мюллеров.*

**ХОНДРОДИСПЛАЗИЯ** — см. *Хондродистрофия.*

**ХОНДРОДИСТРОФИЯ** (хондродисплазия, аплазия диафизарная, ахондроплазия плода, х. врожденная) — патология энхондрального окостенения (особенно эпифизарных хрящей), приводящая к остановке роста костей в длину.

— **кальцифицирующая** — врожденная болезнь, характеризующаяся карликовостью, развивается вследствие наличия у новорожденных обызвествленных очагов некроза хряща.

**ХОРИОАДЕНОМА** — доброкачественное новообразование хориона, возникающее преимущественно при пузырном заносе.

— **destruens** — пузырный занос с выраженной инвазией миометрия и кровеносных сосудов, что вызывает кровотечение, некроз (иногда может возникнуть разрыв матки).

**ХОРИОАМНИОНИТ** — см. *Амнионит.*

**ХОРИОАНГИОМА** — доброкачественная опухоль плацентарных сосудов (гемангиома), обычно не имеющая клинических проявлений, большая опухоль может быть связана с плацентарной недостаточностью или гидроамнионом.

**ХОРИОАНГИОЗ** (хориоангиоматоз) — патологическое снижение васкуляризации ворсин хориона, в выраженных случаях приводит к высокой неонатальной смертности и различным врожденным порокам.

**ХОРИОКАРЦИНОМА** (трофобластома, злокачественная плацентома) — одна из наиболее злокачественных опухолей, происходит из цитотрофобласта. Образует неправильной формы тяжи и пролифераты, окруженные «озерами» крови. Клиническая картина характеризуется кровянистыми выделениями, обусловленными разрушением опухолью кровенос-

ных сосудов, быстро прогрессирующая анемия, интоксикация. Клиника, в значительной мере, обусловлена возникновением метастазов. Диагноз основывается на клинических данных и результатах определения уровня ХГ в крови и моче, ТБГ в сыворотке крови, гистологического исследования соскоба из матки, ангиографии, рентгенографии.

**ХОРИОН** (ворсинчатая оболочка) — (греч.: *hōrion* — кожа, оболочка, плодная оболочка) наружная оболочка зародыша. Появляется впервые у млекопитающих, развивается из трофобласта и внезародышевой мезодермы. Первоначально трофобласт представлен слоем клеток, образующих первичные ворсинки. Они выделяют протеолитические ферменты, с помощью которых разрушается слизистая оболочка матки и осуществляется имплантация. На 2-й неделе трофобласт приобретает двуслойное строение в связи с формированием в нем внутреннего клеточного слоя (цитотрофобласт) и симпластического наружного слоя (симпластотрофобласт или синцитиотрофобласт), который является производным клеточного слоя. Появляющаяся в эмбриобласте внезародышевая мезодерма (у человека на 2—3-й неделе развития) подрастает к трофобласту и образует вместе с ним вторичные эпителиомезенхимальные ворсинки. С этого времени трофобласт превращается в х., или ворсинчатую оболочку.

В начале 3-й недели в ворсинки х. вырастают кровеносные капилляры и формируются третичные ворсинки. Это совпадает с началом гематотрофного питания зародыша. Дальнейшее развитие х. связано с двумя процессами — разрушением слизистой оболочки матки вследствие протеолитической активности наружного (симпластического) слоя и развитием плаценты.

— **безворсинчатый** — см. *Х. гладкий*.

— **ворсинчатый** — часть х., покрытая ворсинками; входит в состав плаценты, образуя ее зародышевую (плодную) часть.

— **гладкий** — син.: х. безворсинчатый, х. «лысый» — часть х., лишенная ворсинок и не входящая в состав плаценты.

— «лысый» — см. *Хорион гладкий*.

**ХОРИОЭПИТЕЛИОМА** — см. *Хориокарцинома*.

**ХРОМОСОМЫ** — основные структурные элементы клеточного ядра, являющиеся носителями генов, в которых закодирована наследственная информация. Обеспечивают генетическую связь поколений.

# Ц

**ЦЕЛИОСКОПИЯ** — см. *Лапароскопия*.

**ЦЕЛЛЮЛИТ ТАЗОВЫЙ** — см. *Параметрит*.

**ЦЕЛОМ** (вторичная полость) — выстланная мезотелием полость зародыша; у человека из ц. образуются брюшинная, перикардиальная и плевральная полости.

**ЦЕНТР ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ** — см. *Перинатальный центр*.

**ЦЕРВИКАЛЬНЫЙ КАНАЛ** — канал шейки матки.

**ЦЕРВИЦИТ** — воспаление слизистой оболочки шейки матки.

**ЦЕРЕБРОПАТИЯ** — см. *Энцефалопатия*.

**ЦЕФАЛОТОМИЯ** — см. *Кефалотомия*.

**ЦЕФАЛОЦЕЛЕ** (энцефалоцеле) — расщепление черепа, выбухание содержимого черепной коробки через костный дефект. «Краниальное менингоцеле» — выпячивание через дефект только менингеальных оболочек.

## ЦИКЛ

— **менструальный** — характерные изменения слизистой оболочки матки, имеющие целью возможность имплантации и без наступления последней заканчивающиеся отторжением эндометрия (менструация). Все фазы менструального цикла контролируют гормоны яичника — эстрогены и прогестерон.

— **овариальный** — продолжение овогенеза (фазы роста и созревания), овуляция, формирование желтого тела. Овариальный цикл регулируют гипофизарные гонадотропины — фолликулостимулирующий и лютеинизирующий гормоны.

**ЦИКЛООКСИГЕНАЗА ПРОСТАГЛАНДИН** — эндопероксид синтетаза.

**ЦИКЛОДИЗОСТОЗ** — см. *Синдром Марото–Лами*.

**ЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОЦИЯ** — сокращения циркуляторных мышечных волокон на различных уровнях матки, кроме шейки.

**ЦИСТАЛГИЯ** — боль, связанная с мочеиспусканием. Субъективная симптоматика напоминает цистит, но воспалительные изменения слизистой оболочки мочевого пузыря либо

полностью отсутствуют, либо незначительны, отсутствует и пиурия. Тем не менее, при ц. боль может быть весьма интенсивной. Диагноз ставят на основании жалоб, типичных для цистита, при отсутствии пиурии и характерных для цистита изменений слизистой оболочки мочевого пузыря, выявляемых при цистоскопии.

**ЦИСТИНОЗ** (Фанкони синдром) — группа болезней, вместе называемых синдромом Фанкони; характерны расстройства функции канальцев почки; наследуемый дефект обмена цистина; генерализованное отложение кристаллов цистина в сочетании с полиурией, глюкозурией, выраженной потерей аминокислот с мочой, хроническим ацидозом (часто с гипокалиемией), гипофосфатемией, резистентным к терапии витамином D рахитом.

**ЦИСТИТ** — воспаление мочевого пузыря, обычно на почве инфекции, нисходящей — из почек или восходящей — из мочеиспускательного канала. Признаки: частое и болезненное мочеиспускание, гной в моче.

При диффузном воспалении слизистой оболочки мочевого пузыря боль возникает по мере накопления в нем мочи. Она усиливается в конце мочеиспускания и сразу же после него, а затем стихает до нового наполнения пузыря и появления нового позыва к мочеиспусканию. При тяжелых формах цистита это происходит через короткие промежутки времени и боль принимает почти постоянный характер. В случаях шеечного цистита, когда воспалительный процесс ограничивается в основном областью выхода из мочевого пузыря, боль возникает в конце мочеиспускания и длится некоторое время после его окончания. Это объясняется судорожными сокращениями сфинктера мочевого пузыря, которые продолжаются и после выведения последней порции мочи из мочевого пузыря и травмируют воспаленную слизистую оболочку.

- **инволюционный** — хронический ц., нередко развивающийся у женщин в постменопаузе.
- **острый** — проявляется частым болезненным мочеиспусканием и пиурией.
- **хронический** — ц. с длительным рецидивирующим течением, дизурией, иногда пиурией.

**ЦИСТОМЕТРИЯ** — исследование емкости, тонуса и сократительной способности мочевого пузыря путем измерения



## ЦИСТОСКОП

внутрипузырного давления с помощью манометра после введения в мочевой пузырь определенного объема жидкости или газа.

**ЦИСТОСКОП** — медицинский эндоскоп для исследования полости мочевого пузыря, а также для проведения в ней диагностических и лечебных манипуляций; вводят через мочеиспускательный канал.

**ЦИСТОСКОПИЯ** — осмотр внутренней поверхности мочевого пузыря с помощью цистоскопа.

**ЦИСТОУРЕТРОГРАФИЯ** — одновременное рентгенологическое исследование мочевого пузыря и уретры после заполнения их контрастным веществом.

**ЦИСТОУРЕТРОПЕКСИЯ** — общее название хирургических операций, целью которых является подъем шейки мочевого пузыря и проксимальной части уретры, чаще всего с фиксацией к задней поверхности симфиза или к передней брюшной стенки, или к куперовым связкам.

— **влагалищная** — хирургический доступ осуществляют через влагалище.

— **Келли** — см. *Операция Келли*.

— **надлобковая** — хирургический доступ через переднюю брюшную стенку разрезом по Пфанненштилю.

**ЦИСТОЦЕЛЕ** — опущение мочевого пузыря вместе с опущением передней стенки влагалища. При этом изменяется расположение уретры (верхний отдел изгибается книзу). Основная жалоба — нарушения мочеиспускания. Нарушается функция запирающей мышцы мочевого пузыря, и в нем скапливается остаточная моча, что способствует возникновению инфекции.

**ЦИТОЛОГИЯ** — наука о клетке. Изучает строение и функции клеток, их связи и отношения в органах и тканях, исследует клетку как важнейшую структурную единицу живого.

**ЦИТРУЛЛИНЕМИЯ** — дефект гена ASS, кодирующего аргининосукцинатсинтетазу: повышенное содержание цитруллина в крови, моче и спинномозговой жидкости, рвота, аммиачное отравление, начинающаяся в детстве задержка умственного развития; ц. типа I характеризуется низким содержанием аргининосукцинатсинтетазы в печени, почках; ц. типа II характеризуется низким уровнем фермента только в печени.

**«ЧАСЫ» ПЛАЦЕНТАРНЫЕ** — механизм, определяющий продолжительность беременности и срок родов. Определяющим фактором считают секрецию плацентарного кортиколиберина: выявлены подъем концентрации кортиколиберина с прогрессированием беременности и сопутствующее снижение концентрации связывающего кортиколиберин-белка на поздней стадии беременности, приводящее к быстрому повышению уровня циркулирующего биологически активного кортиколиберина, время подъема уровня совпадает с началом родовой деятельности.

**ЧЛЕНОРАСПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА** — отношение конечностей и головки плода к его туловищу. Нормальное ч.: головка согнута и прижата к туловищу, ручки согнуты в локтевых суставах, перекрещены между собой и прижаты к груди, ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах, перекрещены между собой и прижаты к животу плода.

**ЧРЕЗМЕРНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ** — форма аномалии родовой деятельности, характеризующаяся сильными (амплитуда 80—100 мм рт. ст.), продолжающимися более 1 мин и часто повторяющимися, с короткими интервалами (1—2 мин) схватками. Чаще наблюдается у повторнородящих женщин с повышенной общей возбудимостью нервной системы. Возможно, что ч.р.д. зависит от нарушений кортиковисцеральной регуляции, что может усиливать образование в организме роженицы окситоцина, адреналина, ацетилхолина, оказывающих сильное воздействие на сократительную активность маточной мускулатуры.

Характерно внезапное, бурное начало родовой деятельности, чередование схваток через короткие паузы и быстро приводящие к полному раскрытию маточного зева, возбуждение роженицы. После излития околоплодных вод начинаются стремительные потуги с рождением плода за 1—2 потуги. Данная аномалия опасна преждевременной отслойкой плаценты, разрывами шейки матки, влагалища, промежности, кровотечениями, атонией матки, травмами и внутричерепным кровоизлиянием у плода. Диагноз ставится на основании клинической картины, данных гистерографии.

## Ш

**ШЕЙКА МАТКИ** — внутренний половой орган, образование которого происходит путем слияния мюллеровых каналов на 12–16-й неделе эмбриогенеза. В ш.м. различают влагалищную часть (выдающуюся в просвет влагалища) и надвлагалищную (выше прикрепления стенок влагалища к матке). Стенка ш.м. образована плотной соединительной тканью. Среди коллагеновых и эластических волокон встречаются продольные пучки ГМК. Слизистая оболочка канала ш.м. состоит из однослойного цилиндрического эпителия и собственного слоя. В эпителии различают железистые клетки, продуцирующие слизь, и клетки, имеющие реснички. В просвет канала открываются многочисленные разветвленные трубчатые железы, располагающиеся в собственном слое слизистой оболочки. Перед овуляцией железы вырабатывают жидкий секрет, облегчающий прохождение сперматозоидов в полость матки. При беременности железы выделяют вязкий слизистый секрет, заполняющий канал шейки матки и препятствующий проникновению в матку сперматозоидов и микроорганизмов. Вблизи наружного зева однослойный цилиндрический эпителий слизистой оболочки канала ш.м. переходит в многослойный плоский, покрывающий влагалищную часть ш. м. и продолжающийся далее в составе слизистой оболочки стенки влагалища. Во время родов под влиянием релаксина происходит размягчение тканей ш.м. При пальпаторной оценке состояния ш.м. во время беременности и родов, определяют ее консистенцию, степень ее укорочения, степень проходимости шейечного канала, расположение в полости малого таза, состояние нижнего сегмента матки при пальпации через влагалищные своды, изменение формы шейечного канала и соотношение длины влагалищной части ш.м. и длины шейечного канала. Шкалы оценки степени зрелости ш.м. (см. Приложение 7, 8).

**ШЕРЕШЕВСКОГО–ТЕРНЕРА СИНДРОМ** — см. *Синдром Шерешевского–Тернера.*

**ШИЕНА СИНДРОМ** — см. *Синдром Шиена.*

**ШИРОКИЙ ТАЗ** — см. *Таз широкий.*

## ШКАЛА

- **Апгар** — оценка объективного статуса новорожденного в баллах (от 0 до 2) по каждому из пяти критериев: ЧСС, глубина дыхания, мышечный тонус, окраска кожных покровов, основные рефлексы (см. Приложение 12).
- **Лили** — график изменения оптической плотности амниотической жидкости за определенный промежуток времени. Используют для определения количества билирубина в околоплодных водах.
- **оценки «зрелости» шейки матки** — см. Приложение 7, 8.
- **Сильвермана** — оценка функции дыхания в момент рождения и в последующие дни у недоношенных новорожденных. Дыхательная функция новорожденного характеризуется: 1) движением грудной клетки и втяжением передней брюшной стенки на вдохе; 2) втяжением межреберья; 3) втяжением грудины; 4) положением нижней челюсти и участием крыльев носа в акте дыхания; 5) характером дыхания (шумное, со стоном). Каждый из этих симптомов оценивается от 0 до 2 баллов по мере нарастания тяжести. Чем меньше сумма баллов, тем менее выражены проявления легочной недостаточности.

## ШОВ (ШВЫ)

- **черепа плода**
  - **венечный** (*sutura coronalis*) — место соединения лобной и двух теменных костей.
  - **лямбдовидный** (*sutura lambdoidea*) — линия соединения затылочной и двух теменных костей.
  - **лобный** (*sutura frontalis*) — ш. между двумя половинами лобной кости, обычно облитерирующийся в возрасте около 6 лет.
  - **метопический** (*sutura metopica*) — персистирующий лобный ш.
  - **сагиттальный** (*sutura sagittalis*, стреловидный) — ш. между двумя теменными костями.
  - **стреловидный** — см. Ш. сагиттальный.
- **хирургические** — ш., применяемые для соединения краев ран с помощью шовного материала (рассасывающегося или нерассасывающегося). По виду ш.х. могут быть: узловыми, непрерывными, кисетными, Z-образными и обвивными. Для наложения ш.х. применяют иглодержатели и иглы различной кривизны и сечения. Первичный ш.х.

накладывают сразу после операции, вторичный — на гранулирующую рану. Ш.х., наложенные на рану, но не стянутые, называют провизорными (см. Приложение 11).

— **Ельцова—Стрелкова** — двухэтажный шов для зашивания разреза миометрия.

**ШОК** — (англ.: shock — удар) остро развивающийся патологический процесс, возникающий вследствие расстройств нейрогуморальной регуляции, вызванных экстремальными воздействиями, характеризующийся резким уменьшением кровоснабжения тканей, непропорциональным уровнем обменных процессов, гипоксией, неадекватным удалением из ткани продуктов обмена и проявляющийся тяжелыми нарушениями функций организма.

— **геморрагический** — (в акушерстве) состояние, связанное с острым и массивным кровотечением во время беременности, родов и в послеродовом периоде, выражающееся в резком снижении ОЦК, сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов. К развитию г.ш. обычно приводят геморрагии, превышающие 1000 мл (более 20 % ОЦК). Причины: преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты, шеечная и перешеечно — шеечная беременность, разрывы матки, нарушение отделения плаценты в III периоде родов, задержка доли плаценты, гипотонические и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Ведущее звено патогенеза — диспропорция между уменьшенным ОЦК и емкостью сосудистого русла, что проявляется нарушением системного кровообращения, расстройством микроциркуляции, прогрессирующей дезорганизацией метаболизма, ферментативными сдвигами и протеолизом. Об адекватности гемодинамики судят на основании следующих показателей: пульс, АД, «шоковый» индекс, цвет и температура кожных покровов (особенно конечностей), почасовой диурез, ЦВД, показатели гематокрита, кислотно-основное состояние крови.

— **септический** — одно из самых тяжелых осложнений гнойно-септических процессов. Представляет собой реакцию организма, выражающуюся в развитии полиорганных расстройств, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей, и наступающую в ответ на внедрение микро-

организмов и их токсинов. Возникает при снижении резистентности организма и наличии возможности для массивного проникновения микроорганизмов и их токсинов в кровоток.

**ШТЕЙНА—ЛЕВЕНТАЛЯ СИНДРОМ** — см. *Синдром Штейна—Левенталя*.

## Щ

### ЩИПЦЫ

— **акушерские** (устройство, виды) — инструменты, применяемые для извлечения за головку живого доношенного плода через естественные родовые пути. Предназначены для плотного обхвата головки и замены изгоняющих сил влекущей силой врача. В зависимости от места расположения головки в малом тазу различают щ. выходные и полостные. Щ. имеют две ветви, которые соединяются друг с другом посредством замка. Каждая ветвь состоит из трех частей: ложки, замка и рукоятки. Ложка имеет вырез (окно), закругленные ребра — верхнее и нижнее. Ложки выгнуты кнаружи и вогнуты изнутри, соответственно форме головки плода. Некоторые модели щ. могут иметь изгиб в середине ветвей — промежуточная кривизна (щ. Пайпера); русские щ. прямые, не имеют тазовой кривизны (Лазаревича, Правосуда, Гумилевского). Замок соединяет ветви щ. По устройству замка различают несколько моделей или типов щ.: русские щ. (Лазаревича) — замок свободно подвижен; английские щ. (Симпсона) — замок умеренно подвижен; немецкие щ. (Негеле) — замок почти неподвижен; французские щ. (Левре) — замок неподвижен. Рукоятка служит для захватывания щ. и производства тракции. Внутренняя поверхность рукояток гладкая для лучшего их прилегания друг к другу, наружная — рельефная с боковыми крючками для лучшего захватывания руками. В России чаще всего пользуются щ. Симпсона—Феноменова: имеют длину 35 см, ветви их перекрещиваются почти посередине, замок допускает значительную подвижность, расположен на левой ветви, а

## ЩИПЦЫ

правая ветвь имеет утончение, предназначенное для вклидывания в замок.

### — правила наложения щипцов

**Первое тройное правило.** Первой вводится левая ложка, которая вводится левой рукой в левую половину таза матери («три слева») под контролем правой руки; правая ложка вводится правой рукой в правую сторону таза («три справа») под контролем левой руки. **Второе тройное правило.** Верхушки ложек должны быть обращены в сторону проводной оси таза; щипцы должны захватывать головку вдоль большого косога размера и бипариетально, чтобы проводная точка головки находилась в плоскости щипцов.

**Третье тройное правило.** При головке, находящейся в широкой части полости таза, тракции (по отношению к стоящей женщине) направлены косо кзади, затем вниз и кпереди, если головка находится в узкой части, — вниз и кпереди, а если в выходе таза, — кпереди.

— **показания** — возникшая опасность для матери или плода в период изгнания, которая может быть полностью или частично устранена быстрым родоразрешением.

— **со стороны матери** — можно разделить на акушерские (связанные с беременностью и родами) и соматические (связанные с экстрагенитальными заболеваниями женщины, требующими «выключения» потуг).

**Акушерские показания:**

— упорная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг, проявляющаяся стоянием головки плода в одной плоскости таза свыше 2 ч, при отсутствии эффекта от применения медикаментозных средств. Длительное стояние головки в одной плоскости малого таза ведет к повышению риска возникновения родового травматизма как плода (сочетание механических и гипоксических факторов), так и матери (мочеполовые и кишечно-половые свищи);

— тяжелые формы гестоза (преэклампсия, эклампсия, выраженная гипертензия, не поддающаяся консервативной терапии) требуют исключения потуг;

— кровотечение во втором периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;

— эндометрит в родах.

**Соматические показания:**

— болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;

— расстройства дыхания вследствие заболеваний легких;

— миопия высокой степени;

— острые инфекционные заболевания;

— тяжелые формы нервно-психических расстройств;

— интоксикация или отравление.

— **со стороны плода** — гипоксия плода, развившаяся вследствие различных причин во II периоде родов (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности, гестоз, короткая пуповина, обвитие пуповины вокруг шеи, выпадение петель пуповины и др.).

— **противопоказания** — мертвый плод, неполное раскрытие маточного зева, гидроцефалия, анэнцефалия, анатомически и клинически узкий таз, глубоконе доношенный плод, высокое расположение головки плода, угрожающий или начинающийся разрыв матки.

— **условия наложения** — живой плод, полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря (если он цел, то перед операцией его надо вскрыть), соответствие размеров таза матери и головки плода, головка не должна быть слишком мала (недонашивание, анэнцефалия) или слишком велика (гидроцефалия, перенашивание), головка должна находиться в выходе или в полости малого таза, стреловидный шов — в прямом или в одном из косых размеров, опорожненный мочевого пузырь.

— **этапы операции:**

- 1) введение и размещение ложек;
- 2) замыкание щипцов;
- 3) пробная тракция;
- 4) извлечение головки;
- 5) снятие щипцов.



## Э

**ЭВЕНТРАЦИЯ ЭМБРИОНАЛЬНАЯ** — см. *Омфалоцеле*.

**ЭВИСЦЕРАЦИЯ** — см. *Экзентерация*.

**ЭКЗЕНТЕРАЦИЯ** (эвисцерация) — удаление внутренних органов и тканей, полное удаление содержимого полостей тела.

**ЭКЛАМПСИЯ** — тяжелая форма гестоза беременных с судорогами или без них, сопровождающегося нарушением сознания, артериальной гипертензией, отеками, протеинурией. Припадок судорог развивается в определенной последовательности: I этап — мелкие фибриллярные сокращения мышц лица, переходящие на верхние конечности; II этап — тонические судороги мышц всей скелетной мускулатуры; больная теряет сознание, дыхание отсутствует, зрачки расширены, цианоз кожи и слизистых оболочек; III этап — клонические судороги мышц туловища, затем верхних и нижних конечностей; появляется нерегулярное дыхание, изо рта выделяется пена; IV этап — разрешение припадков.

— **без судорог** — вариант э. с расстройством сознания, артериальной гипертензией, отеками и значительной протеинурией при отсутствии судорожных припадков.

— **послеродовая** — судороги и коматозное состояние, сопровождающиеся гипертензией, отеками и протеинурией в период после родов.

**ЭКСИКОЗ** — обезвоживание организма.

**ЭКССУДАТ** — воспалительный выпот, серозная, гнойная, кровянистая или фибринозная жидкость, просачивающаяся из мелких кровеносных сосудов в ткани или полости тела при воспалении (например, при экссудативном плеврите).

**ЭКСТИРПАЦИЯ** — (лат.: *exstirpo, exstirpatum* — искоренять) хирургическая операция: полное удаление органа.

— **матки** (*exstirpatio uteri*) **гистерэктомия** — хирургическая операция: удаление матки.

Показания: сочетание патологии тела и шейки матки (чаще всего наличие фоновых и предраковых состояний у больных миомой матки).

Этапы экстирпация матки без придатков:

1. Адекватное обезболивание.

2. Обработка операционного поля.
3. Лапаротомия, осмотр матки и придатков, решение вопроса об объеме операции.
4. Фиксация матки и выведение ее в рану.
5. Вскрытие пузырно-маточной складки.
6. Выделение мочевого пузыря (мочевой пузырь должен быть отсепарован от шейки матки до области переднего влагалищного свода).
7. перевязка сосудистых пучков.
8. Пересечение крестцово-маточных связок. Между культурами крестцово-маточных связок рассекают брюшину прямокишечно-маточного пространства и отслаивают прямую кишку от задней поверхности матки до границы влагалищной части шейки матки.
9. Перевязка кардинальных связок матки. Пересечение и перевязку продолжают до тех пор, пока не будут достигнуты своды влагалища.
10. Циркулярное отсечение матки от сводов влагалища.
11. Ушивание культи влагалища.
12. Перитонизация (проводится сшиванием переднего и заднего листков брюшины, придатки при этом располагаются интраперитонеально).

Возможны модификации этапов операции.

Этапы операции экстирпации матки с придатками отличаются от вышеописанной тем, что для удаления придатков накладываются зажимы, пересекаются и перевязываются воронкотазовые связки с одной или двух сторон. К удалению придатков прибегают только в случаях их патологических изменений.

- **абдоминальная** (e. uteri abdominalis) — э. матки через разрез передней брюшной стенки.
- **влагалищная** (e. uteri vaginalis) — э. матки через разрезы влагалища.

Показанием к выполнению операции чаще всего является неполное и полное выпадение матки (IV и V степени смещения матки книзу) у больных пожилого возраста.

Этапы операции:

1. Адекватное обезболивание и обработка операционного поля.
2. Выведение шейки матки, циркулярный разрез слизистой шейки матки в месте ее перехода на своды вла-

галища, тотчас ниже мочевого пузыря. Разрез проводится через всю толщу слизистой.

3. Отсепаровка слизистой влагалища.

4. Забрюшинная перевязка крестцово-маточных и кардинальных связок матки. После отсечения связки лигатуру накладывают обязательно с прошиванием под зажимом. Длина культи связок не должна быть больше 0,5 см, иначе они подвергаются некрозу, что повышает риск инфекционных осложнений. Лигатуры не срезают и берут на зажимы. Культи крестцово-маточных и кардинальных связок подшиваются затем к стенкам влагалища.

5. Вскрытие прямокишечно-маточного углубления (поперечным разрезом).

6. Отсепаровка мочевого пузыря и вскрытие пузырно-маточного углубления.

7. Выведение матки.

8. Перевязка маточных сосудов, круглых связок, собственных связок яичников и маточных труб.

9. Восстановление целостности тазовой брюшины.

— **надвлагалищная** (e. uteri supravaginalis) — э. матки, при которой удаляют только ее тело, а шейку и придатки сохраняют.

— **полная** (e. uteri totalis) — э. матки, при которой удаляют и ее шейку.

— **радикальная** (e. uteri radicalis) — э. матки, при которой удаляют также ее придатки, окружающую клетчатку и регионарные лимфатические узлы.

— **расширенная** (e. uteri dilatata) — радикальная э. матки, при которой удаляют также верхнюю треть влагалища; производится при раке шейки матки.

**ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ** — см.

*Оплодотворение искусственное.*

**ЭКЦЕРЕБРАЦИЯ** — разрушение и удаление головного мозга плода после краниотомии.

**ЭКТОПИЯ** — врожденное или приобретенное смещение внутреннего органа или ткани, иногда с выходом на поверхность тела (например, э. мочевого пузыря, э. шейки матки).

**ЭКТОЦЕРВИКС** — влагалищная часть шейки матки, покрытая многослойным плоским эпителием.

**ЭКТРОПИОН** — выворот наружу края какой-либо структуры.

— **матки** — выворот матки. Может быть самопроизвольным и насильственным. Обычно возникает в III периоде родов при неправильных действиях врача или акушерки: при потягивании за пуповину неотделившейся плаценты, неграмотном приеме Креде—Лазаревича по выделению последа, при надавливании на дно расслабленной, гипотоничной матки. Представляет собой опухолевидное, мягкое, ярко-красное образование, свисающее из влагалища. Иногда на нем располагается плацента.

— **эрозированный** — выворот слизистой оболочки цервикального канала, псевдоэрозия в сочетании с рубцовой деформацией шейки матки (часто после родов). При осмотре в зеркалах: очень похож на псевдоэрозию за счет вывернутой слизистой оболочки цервикального канала. В отличие от псевдоэрозии, при сближении передней и задней губы шейки матки с помощью зеркал, венчик гиперемии вокруг щелевидного зева исчезает. Кольпоскопически: эктопия, деформация наружного зева. Цитологическая и гистологическая картина соответствует псевдоэрозии.

**ЭЛЕКТРОКАУСТИКА** (гальванокаустика, гальванотермия) — прижигание живых тканей с помощью специальных накопечников (электрокаутеров), накаляемых проходящим через них электрическим током.

**ЭЛЕКТРОКАУТЕР** — инструмент для локального воздействия высокочастотным электрическим током на различные ткани; хирургический инструмент (из металла), нагреваемый электротоком для теплового воздействия на ткань с целью ее коагуляции.

**ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ** (диатермокоагуляция) — метод прижигания тканей, главным образом, переменным током высокой частоты — диатермокоагуляция (для остановки кровотечения при операциях, лечения эрозий шейки матки и др.).

**ЭЛЕКТРОФОРЕЗ** — метод воздействия на организм постоянным током и лекарственными веществами, вводимыми при его помощи через кожу или слизистые оболочки. Сочетание электрофореза с индуктотермией называется индуктоэлектрофорезом.

**ЭЛОНГАЦИЯ** — удлинение.

**ЭМБОЛИЯ** — закупорка сосудов эмболом, принесенной с током крови частицей (оторвавшийся тромб, жир из поврежденных тканей или воздух, попавшие в сосуд, и т.д.). Эмбо-

## ЭМБРИОН

лия легочной артерии, сосудов мозга, сердца может быть причиной смерти.

— **околоплодными водами** — развивается вследствие проникновения в кровоток матери амниотической жидкости, чаще всего наблюдается при бурной родовой деятельности, предлежании плаценты, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты. Характерно: внезапное ухудшение состояния, цианоз, одышка, клокочущее дыхание, пенная мокрота, возможны приступы судорог. Нередки случаи смерти.

**ЭМБРИОН** — (греч.: embryo — утробный плод, зародыш) организм человека на протяжении первых 8 недель внутриутробного развития (см. Приложение 5).

**ЭМБРИОПАТИЯ** — патологические изменения дифференцировки клеток и тканей эмбриона, развивающиеся в период с 20-го дня по 12-ю неделю после оплодотворения, приводящие к возникновению пороков развития плода, задержке или гибели эмбриона.

**ЭМБРИОТОМИЯ** — (греч.: embryo — зародыш, греч. tome — разрез, рассечение) акушерская операция, при которой плод (как правило, мертвый) расчлениают на части, чтобы облегчить его извлечение из родовых путей матери.

**ЭМБРИОЦИТОМА ТЕРАТОИДНАЯ** — см. *Тератома*.

**ЭНДОМЕТРИОЗ** (гетеротопия эндометриоидная) — патологический процесс, характеризующийся доброкачественным разрастанием ткани, морфологически и функционально подобной слизистой оболочке тела матки (эндометрию), за пределами ее обычного расположения. Эндометриоидная ткань в эктопированных очагах состоит из эпителиального и стромального компонентов. В ней так же, как в эндометрии, происходят циклические изменения соответственно фазам менструального цикла. Возможно образование кист, наполненных геморрагическим содержимым (эндометриоидные кисты). Особенности эндометриоидной ткани являются способность к инфильтративному росту, отсутствие выраженной капсулы (за исключением эндометриоидных кист). По локализации различают генитальный и экстрагенитальный э.

— **генитальный** — э.г. является вторым по частоте заболеванием женских половых органов (после воспалительных процессов). Его делят на внутренний и наружный. К внутреннему относят э. мышечной оболочки тела матки (аде-

номиоз, или э. тела матки), к наружному — э. шейки матки, влагалища и промежности, маточных труб, яичников, ретроцервикальной клетчатки, брюшины прямокишечно-маточного углубления и крестцово-маточных связок. При внутреннем э. может наблюдаться распространенное или локальное поражение миометрия — диффузная и очаговая формы; разрастание эндометриоидной ткани в виде узла называют узловатой формой внутреннего э. В зависимости от глубины проникновения эндометриоидной ткани в миометрий различают три степени диффузной формы внутреннего э.: I — на глубину не более 1 см, II — до середины толщи миометрия, III — до серозной оболочки матки. Единичные мелкие очаги эндометриоидной ткани на брюшине малого таза или на поверхности яичников при отсутствии спаек и рубцовых изменений в окружающих тканях называют мальми формами э.

- **экстрагенитальный** — к э.э. относят э. пупка, послеоперационных рубцов, кишечника (чаще поражаются прямая, сигмовидная ободочная и слепая кишка), мочевого пузыря, мочеточников, легких и других органов, не входящих в состав репродуктивной системы.

**ЭНДОМЕТРИТ** — воспаление эндометрия.

- **атрофический** — хронический э., характеризуется атрофией слизистой оболочки и выраженным гиалинозом кровеносных сосудов; обычно сопровождается гипофункцией яичников.
- **острый** — характеризуется повышением температуры тела, недомоганием, болями в низу живота, гнойными кровянистыми выделениями.
- **послеродовой** — острый э., возникающий как проявление гнойной инфекции через 2—3 дня после родов. Причина — стафилококковая, стрептококковая или колибациллярная инфекция. Развивается обычно в результате проникновения микробов в остатки децидуальной оболочки матки с вовлечением в процесс прилежащих участков миометрия. Заболевание начинается на 3—4-й день после родов. Повышается температура до 38°C, пульс учащается, но частота его соответствует температуре, бывает однократный озноб. Общее состояние почти не нарушается. Местные изменения: субинволюция матки, болезненность «по ребрам матки» — место расположения крупных лимфа-

## ЭНДОМЕТРИЙ

тических сосудов, лохий с примесью гноя, лохиометра. Заболевание протекает 8—10 дней.

- **постабортный** — острый э., развивающийся после аборта как проявление гнойной инфекции.
- **хронический** — характеризуется нарушением менструального цикла по типу олигоменореи, маточным кровотечением, образованием спаек в полости матки, бесплодием.

**ЭНДОМЕТРИЙ** — слизистая оболочка матки, выстлана однослойным цилиндрическим эпителием, лежащим на рыхлой волокнистой неоформленной соединительной ткани собственного слоя. Среди эпителиальных клеток различают секреторные и мерцательные. В собственном слое имеются маточные железы (крипты) — длинные изогнутые трубчатые железы, открывающиеся в просвет матки. Во время беременности эндометрий превращается в децидуальную оболочку.

**ЭНДОЦЕРВИКС** — внутренняя оболочка цервикального канала.

**ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ** (псевдоэнцефалит, церебропатия, энцефалоз) — (анат.: encephalon — головной мозг, греч.: pathos — страдание, болезнь) синдром диффузного поражения головного мозга дистрофического характера, обусловленного различными болезнями и патологическими состояниями. В основе механизма развития любого вида э. наиболее часто лежит гипоксия мозга, являющаяся следствием ухудшения его кровоснабжения, венозного полнокровия, отека, а также микрогеморрагии, воздействия на мозг экзогенных и эндогенных токсинов, усугубляющих нарушения метаболизма головного мозга. Особенности различных видов э. являются выраженность и преимущественная локализация поражения, преобладающее поражение белого или серого вещества мозга, степень нарушения мозгового кровотока.

- **билирубиновая** — самое тяжелое осложнение гемолитической болезни новорожденных, связанное с токсическим повреждением нейронов непрямым билирубином. Клинические фазы течения б.э.: билирубиновая интоксикация (вялость, гиподинамия, гипорефлексия); признаки ядерной желтухи (спастичность, судороги, «мозговой крик», симптом «заходящего солнца»); период мнимого благополучия; формирование клинической картины неврологических осложнений (детский церебральный паралич, атетоз, глухота, парезы и др.)

— **врожденные** — обусловлены генетическими дефектами метаболизма, аномалиями развития головного мозга или связаны с воздействием повреждающих факторов в перинатальном периоде, прежде всего такими, как гипоксия мозга и родовая внутричерепная травма.

— **приобретенная** — возникает вследствие воздействия на головной мозг повреждающих факторов в постнатальном периоде.

**ЭНЦЕФАЛОЗ** — см. *Энцефалопатия*.

**ЭНЦЕФАЛОЦЕЛЕ** — врожденное расхождение костей черепа, обычно с грыжевым выпячиванием вещества головного мозга.

**ЭПИДЕРМОЛИЗ** — состояние, при котором эпидермис слабо связан с дермой, легко слущивается или образует пузыри.

**ЭПИЗИОТОМИЯ** — разрез, выполненный на 2–3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру. При таком разрезе рассекаются кожа, подкожная жировая клетчатка, стенка влагалища, фасции, луковично-губчатая мышца, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности. Осложнения: нарушение иннервации и кровоснабжения промежности, образование гематомы, кровотечения, опасность ранения большой железы преддверия влагалища и ее протоков.

**ЭПИКАНТ** — см. *Эпикантус*.

**ЭПИКАНТУС** (веконосовая складка, эпикант) — вертикальная складка кожи от корня носа до срединного края брови, закрывающая медиальный угол глаза (обычна для плода и некоторых этносов Востока).

**ЭПИСПАДИЯ** — аномалия развития: полное или частичное незаращение передней стенки мочеиспускательного канала.

**ЭРИТРОБЛАСТОЗ** — присутствие значительного количества эритробластов в красном костном мозге и крови.

— **плода** (гемолитическая болезнь новорожденных, анемия новорожденных) — гемолитическая анемия, в большинстве случаев возникающая вследствие Rh-конфликта матери и плода; проявляется большим количеством эритробластов в крови плода, часто генерализованным отеком (водянка плода), увеличением печени и селезенки.

**ЭРИТРОПЛАКИЯ** — фоновое заболевание шейки матки — уплощение и истончение пласта многослойного плоского эпителия за счет атрофии функционального и промежуточного



## ЭРОЗИЯ

слоев (сниженное ороговение). При осмотре в зеркалах: участки гиперемии неправильной формы, легко кровоточат. Кольпоскопически: красные участки резко истонченного эпителия, сквозь который просвечивает подлежащая ткань шейки матки. Гистологически: истончение плоского эпителия, атипическая гиперплазия базальных и парабазальных клеток.

**ЭРОЗИЯ** — поверхностное изъязвление кожи, слизистой оболочки.

— **шейки матки** — фоновое заболевание шейки матки. Истинная э. — дефект эпителия, отсутствие его на значительном участке эктоцервикса, обнажение соединительнотканной стромы. Может быть травматического и воспалительного генеза. При осмотре в зеркалах: участок гиперемии, легко кровоточащий. Кольпоскопически: участок красного цвета, лишенный эпителия, йоднегативен, по всей поверхности слизистой определяется множество мелких красных точек или мелких сосудистых петель, расположенных диффузно или в виде очагов скоплений.

**ЭСТРАДИОЛ** (17- $\beta$ -эстрадиол) — наиболее активный природный эстроген; образуется в яичниках, плаценте, яичках и коре надпочечников.

**17- $\beta$ -ЭСТРАДИОЛ** — см. *Эстрадиол*.

**ЭСТРИОЛ** — метаболит эстрадиола; преобладающий эстрогенный метаболит, обнаруживаемый в моче. Составляет 90 % всех эстрогенов, секретируемых во время беременности. Значительное количество э. синтезируется в начале II триместра, его уровень продолжает повышаться, вплоть до родов. Э. — показатель нормальной жизнедеятельности плода и функционирования плаценты. Причины очень низкой концентрации или отсутствия э.: гибель плода, анэнцефалия, прием беременной кортикостероидов, врожденная гипоплазия надпочечников плода, недостаточность плацентарной сульфатазы. Причины снижения синтеза э.: патология почек у беременной, гипертоническая болезнь у беременной, ВЗРП, гипоксия плода. Большое количество э. синтезируется при многоплодной беременности и Rh-изоиммунизации.

**ЭСТРОГЕН-СИНТЕТАЗА** — см. *Ароматаза*.

**ЭСТРОГЕНЫ** — вещества (натуральные или синтетические), обладающие свойствами, характерными для эстрогенных гормонов; образуются в яичниках, плаценте, яичках и коре надпочечников, а также в некоторых растениях; кроме учас-

тия в развитии вторичных половых признаков, э. оказывают системные эффекты, например, влияют на рост и созревание трубчатых костей; с лечебной целью используют при недостаточности э., для предотвращения и остановки лактации, подавления овуляции, терапии.

**ЭСТРОН** (Фолликулин) — метаболит 17-β-эстрадиола, обычно присутствует в моче, имеет значительно меньшую биологическую активность, чем исходный гормон.

**ЭФФЕКТ**

— **Бора-Вериго** — влияние, оказываемое двуокисью углерода на динамику диссоциации кислорода в крови; кривая диссоциации кислорода сдвигается вправо, что означает уменьшение средства гемоглобина к кислороду.

**ЭХОГРАФИЯ** — см. *Ультразвуковая диагностика.*

**Ю**

**ЮВЕНИЛЬНОЕ МАТОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ЮМК)** — ациклические маточные кровотечения, возникающие в период полового созревания. Одна из наиболее частых форм нарушения менструального цикла в пубертатном возрасте. Этиологические факторы, способствующие возникновению ЮМК: неблагоприятное течение антенатального периода развития, эндокринопатии, психические травмы, физические перегрузки, стрессорные воздействия, гиповитаминозы, инфекционные заболевания. В этом возрасте система гипоталамус-гипофиз особенно чувствительна к неблагоприятным воздействиям. Полагают, что в большинстве случаев при ЮМК имеет место функциональная незрелость центров гипоталамуса. Нарушение функции переднего отдела гипоталамуса может проявляться в виде отсутствия циклической продукции либеринов, обеспечивающих секрецию гормонов гипофиза. Независимо от первичности или вторичности патологических изменений в системе гипоталамус-гипофиз не происходит циклического выделения гонадотропинов, поэтому отсутствует овуляция и, как следствие, нарушается созревание фолликула по типу персистенции, а чаще атрезии. Имеется ряд нарушений, связанных с увеличением уровня

эстрогенных гормонов: довольно часто с максимальной концентрацией в середине менструального цикла, и с низкой продукцией прогестерона, при которой пролиферативная трансформация эндометрия преобладает над секреторным преобразованием. Длительное воздействие эстрогенов как в больших (при персистенции), так и в сравнительно небольших количествах (при атрезии) приводит к гиперпластическим процессам в эндометрии (возможна атипическая гиперплазия). Создается прогестерондефицитное состояние, при котором эндометрий не подвергается секреторной трансформации, а гиперплазируется и претерпевает железисто-кистозные изменения. При обратном развитии фолликулов возникает кровотечение как реакция на спад гормонов. По клиническому течению ЮМК разнообразны: в одних случаях они возникают внезапно, бывают обильными, быстро приводят к общему ослаблению и резко выраженной анемии; в других случаях кровотечения бывают длительными (в течение нескольких недель), но не обильными, они также вызывают истощение организма и вторичную анемию. В некоторых случаях кровотечение обильное, профузное, быстро вызывающее тяжелейшее состояние больной. Анемизация проявляется в слабости, отсутствии аппетита, утомляемости, головных болях, бледности, тахикардии. Для постановки диагноза используются: анализ родословной, клинические данные, клиническая антропометрия, УЗИ, рентгенологические методы, ЭЭГ, определение концентрации гормонов и состояние системы гемостаза. Для проведения дифференциального диагноза используют: вагиноскопию, кольпоскопию, гистероскопию, гистерографию, лапароскопию и гистологическое исследование эндометрия.

# Я

**ЯЗВА** — дефект кожи или слизистой оболочки (обычно и подлежащих тканей) со слабой тенденцией к заживлению вследствие замедленного развития грануляционной ткани и нарушения процесса развития нормальной ткани кожи или слизистой оболочки.

— **послеродовая** — инфицированное травматическое повреждение кожи промежности, слизистой оболочки влагалища и шейки матки в результате оперативных манипуляций при родах через естественные родовые пути, затяжных родах крупным плодом. Я.п. возникает на 3—4-е сутки после родов в результате инфицирования раневой поверхности промежности, влагалища и шейки матки. Воспалительный процесс сопровождается образованием некротического налета. Иногда отмечается субфебрильная температура. Диагноз ставят при осмотре промежности, влагалища и шейки матки зеркалами. Язва представляет собой раневую поверхность, покрытую сероватым, плотно сидящим на основании налетом (не снимается тупфером).

Периферические ткани отечны и гиперемированы.

**ЯИЧНИК** — парный орган, женская половая железа, в которой образуются и созревают яйцеклетки, вырабатываются гормоны эстрогены и прогестерон. Я. — уплощенное овоидное тело длиной 3 см, шириной 2 см, толщиной 1 см, массой 5—8 г. Я. располагаются в брюшной полости позади широкой связки матки, по бокам и кзади от последней. Собственной яичниковой связкой я. прикреплен к углу матки с одной стороны, а с другой, посредством воронкотазовой связки, к боковой стенке таза.

— **перекрут ножки кисты** — состояние, клиника которого зависит от скорости развития и степени перекрута. При постепенном перекруте, когда ножка перекручивается на  $90-180^\circ$ , происходит нарушение кровообращения в основном по венам, которые легко сдавливаются, при этом кровь продолжает поступать по артерии. В результате этого киста значительно увеличивается, на ее поверхности выпадает фибрин, который способствует образованию спаек с кишечником и сальником. Это приводит к потере подвижности кисты. При перекруте ножки на  $360^\circ$  прекращается поступление крови и по артериям, вследствие чего в кисте развиваются ишемические и некротические процессы, при инфицировании может развиться перитонит. Заболевание начинается с появления острой боли внизу живота, выраженной преимущественно на стороне поражения. Боль сопровождается тошнотой, нередко рвотой. Повышается температура, учащается пульс, живот напряжен и болезнен при пальпации. В нижних отделах

## ЯТРОГЕНИЯ

живота отмечается положительный симптом Щеткина. В крови нарастает лейкоцитоз, увеличивается СОЭ. При влагалищном исследовании сбоку и чаще всего кзади матки находят овоидной формы образование, тугоэластической консистенции, ограниченное, подвижное, резко болезненное при пальпации и перемещении.

— **резекция** — удаление я. (обычно частичное).

Показания: кистомы яичника (цистаденома, муцинозная, дермоидная, эндометриоидная кисты), апоплексия яичника, отсутствие эффекта от консервативного лечения синдрома склерокистозных яичников (проводится клиновидная резекция обоих яичников и удаляется не менее  $\frac{2}{3}$  ткани яичников).

Этапы операции:

1. Адекватное обезболивание.
2. Обработка операционного поля.
3. Лапаротомия и выведение яичника в рану.
4. Иссечение скальпелем пораженной части в виде клина с помощью двух разрезов, не доводя разрез до ворот яичника, чтобы не вызвать нарушения кровообращения в его оставшейся части.
5. Ушивание раны яичника тонким рассасывающимся шовным материалом непрерывным швом по Ревердену. Игла должна быть тонкая, круглая, атравматичная.

**ЯЙЦЕВОДЫ** — см. *Маточные трубы*.

**ЯЙЦЕКЛЕТКА** — женская половая клетка, из которой может развиваться новый организм в результате оплодотворения.

Содержит одинарный набор хромосом.

**ЯТРОГЕНИЯ** — (греч.: iatros — врач, genes — порождаемый) заболевание, обусловленное неосторожными высказываниями или поступками врача (или другого лица из числа медицинского персонала), применением лекарственных средств или манипуляций, неблагоприятно воздействующими на состояние здоровья больного.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Агаркова Е.Ю., Чернявский И.Я., Михайлов В.Д.* и др. Особенности маточного кровотока у женщин, прерывающих беременность во II триместре // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 35–36.
2. *Адо А.Д., Адо М.А., Бочков Н.П.* и др. Патологическая физиология / Под ред. А.Д. Адо, В.В. Новицкого. — Томск: Изд-во ТГУ, 1994. — 468 с.
3. *Айламазян Э.К.* Акушерство: Учебник для студентов мед. вузов. — СПб.: СпецЛит, 2003. — 528 с.
4. *Айламазян Э.К., Рябцева И.Т.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. — Н. Новгород, 1997. — 171 с.
5. Акушерство: Практикум: В 3 ч. / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Изд-во РУДН, 2002.
- Ч. I. Физиологическое акушерство. Акушерский мониторинг. — 173 с.
- Ч. II. Патологическое акушерство. — 310 с.
- Ч. III. Оперативное акушерство. — 105 с.
6. Акушерство: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой. — М.: Медицина, 2000. — 816 с.
7. *Анастасьева В.Г.* Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности / Современные методы диагностики и лечения. — Новосибирск, 1997. — 505 с.
8. *Балуда В.П., Балуда М.В., Деянов Н.И., Тлепухов И.К.* Физиология системы гемостаза. — М.: Медицина, 1995. — 243 с.
9. *Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д.* и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза. — Томск, 1980. — 313 с.
10. *Баранник С.В., Дикке Г.Б.* О механизмах патогенеза гипертензивных нарушений у беременных // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 69–73.

11. Баранник С.В. Применение математических технологий в медицинской практике // Здоровье и образование в XXI веке: Матер. V Междунар. научн.-практ. конф. — М.: Изд-во РУДН, 2004. — С. 37–38.

12. Баранник С.В., Выборнов А.А. История открытия нанобактерии // Тр. III Междунар. Конгр. Молодых Ученых «Науки о человеке». — Томск, 2002. — С. 6.

13. Баранник С.В., Котлова А.А., Выборнов А.А. Хламидийная теория атеросклероза, инфаркта миокарда и нанобактерии // Сб. статей по матер. Всеросс. студ. научн. конф. им. Н.И. Пирогова. — Томск, 2002. — С. 169–170.

14. Баранник С.В., Котлова А.А., Науменко Н.А. Перспективы изучения нанобактерий в медицине // Сб. статей по матер. Всеросс. студ. научн. конф. им. Н.И. Пирогова. — Томск, 2001. — С. 104–105.

15. Баркаган З.С., Костюченко Г.И., Котовщикова Е.Ф. Гипергомоцистеинемия как самостоятельный фактор риска поражения и тромбирования кровеносных сосудов // Патология кровообращ. и кардиохир. — 2002. — № 1.

16. Баркаган З.С., Бувеч Е.И., Тимошенко Е.А. Тромбофилия, характеризующаяся резистентностью к антикоагулянтам прямого действия // Тер. арх. — 1995. — № 7. — С. 50–52.

17. Баркаган З.С. Геморрагические заболевания и синдромы. — М.: Медицина, 1988. — 526 с.

18. Баркаган З.С. Классификация гематогенных тромбофилий / В кн: Клинико-лабораторная диагностика предтромбоза и тромботических состояний. — СПб, 1991. — С 5–15.

19. Баркаган З.С. Клинико-патогенетические варианты, номенклатура и основы диагностики гематогенных тромбофилий // Пробл. гематол. и переливания крови. — 1996. — № 3. — С. 5–15.

20. Баркаган З.С. О двух видах мониторинга антитромботических средств // Бюлл. Сиб. медицины: Научн.-практ. журн. — Томск: СГМУ, 2003. — Т. 2. — № 2. — С. 9–13.

21. Баркаган З.С., Бельх С.И. Дефицит протеина С и политромботический синдром, сцепленный с беременностью и невынашиванием плода // Гематол. и трансфизиол. — 1992. — № 37 (9–10). — С. 35–37.

22. Баркаган З.С., Лычев В.Г. Распознавание синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания: Методология и экспертная оценка // Лаб. дело, 1989. — № 7. — С. 30–35.

23. Баркаган З.С., Макаров В.А., Лычев В.Г. и др. Новые методы диагностики диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром): Метод. рекомендации. — М., 1989. — 23 с.

24. Баркаган З.С., Момот А.П., Цыпкина Л.П. и др. Принципы лабораторной диагностики антифосфолипидного синдрома // Клини. лаб. диагностика. — 2000. — № 3. — С. 45–51.

25. Баркаган Л.З. Нарушения гемостаза у детей. — М.: Медицина, 1993. — 176 с.

26. Безнощенко Г.Б. Патология репродуктивной системы у женщин. — Омск, 2002. — 372 с.

27. Беспалова И.Д., Баранник С.В., Карзилов А.И. Течение острого асептического воспаления в коже у здоровых лиц // Сб. трудов XII Национ. Конгр. по болезням органов дыхания. — М., 2002. — С. 129–130.

28. Беспалова И.Д., Баранник С.В., Карзилов А.И. Цитоморфологическая картина «кожного окна» у больных бронхиальной астмой // Сб. трудов XII Национ. Конгр. по болезням органов дыхания. — М., 2002. — С. 131–132.

29. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. — Л.: Медицина, 1989. — 463 с.

30. Волков В.Т., Смирнов Г.В., Медведев М.А., Волкова Н.Н. Нанобактерия (перспективы исследований). — Томск: Твердыня, 2003. — 359 с.

31. Вороновская Н.И., Дамбаева Г.П., Ткачев В.Н., Евтушенко И.Д. Гистероскопия в диагностике и лечении некоторых форм гинекологической патологии // Сб. научн. трудов, посвященный 110-летию каф. акушерства и гинекологии Сиб. гос. мед. ун-та / Под ред. И.Д. Евтушенко, А.А. Радионченко. — Томск: СГМУ, 2002. — С. 160–163.

32. Выборнов А.А., Баранник С.В. Клеточная терапия. Современное состояние, проблемы и перспективы // Науки о человеке: Сб. статей молодых ученых и специалистов / Под ред. Л.М. Огородовой и Л.В. Капилевича. — Томск: СГМУ, 2003. — С. 267.

33. Вудли М., Уман А. Терапевтический справочник Вашингтонского университета. — М.: Практика, 1995. — 831 с.

34. Габитова Н.А., Кузнецова Р.Т. Определение концентраций порфириновых фракций как способ доклинической диагностики гестоза // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 16–19.

35. Гилязутдинова З.Ш., Михайлов М.К. Онкогинекология: Рук. для врачей. — М.: МЕДпресс, 2000. — 383 с.

36. Гинекология. — Ростов-н/Дону: Феникс, 2002. — 576 с. (Серия «Учебники, учебные пособия»).

37. Гинекология по Эмилю Новаку: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. — М.: Практика, 2002. — 896 с.



38. *Грицюк А.И., Амосова Е.Н., Грицюк И.А.* Практическая гемостазиология. — Киев: Здоровья, 1994. — 256 с.

39. *Гуркин Ю.А.* Гинекология подростков: Рук. для врачей. — СПб: Фолиант, 1998. — 552 с.

40. *Дедов И.И., Андреева Е.А., Пищулин А.А., Карпова Е.А.* Синдром гиперандрогении у женщин. Патогенез, клинические формы, дифференциальная диагностика и лечение: Метод. пособие для врачей. — М., 2003. — 42 с.

41. *Демидов В.Н., Зыкин Б.И.* Ультразвуковая диагностика в гинекологии. — М., 1999. — 108 с.

42. *Дикке Г.Б., Агаркова Л.А., Габитова Н.А.* Антифосфолипидный синдром: Методы диагностики и лечения: Пособие для врачей. — Томск, 2003. — 23 с.

43. *Дикке Г.Б., Башлыкова И.А., Резникова О.В.* и др. Опыт применения мануальной вакуумной аспирации для биопсии эндометрия // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 125–126.

44. *Дикке Г.Б., Гриднева Т.Д., Голосова О.Е., Панафидин А.В.* Применение электропунктурной диагностики по Р.Фоллю в оценке функционального состояния организма женщин с патологией половых органов, проживающих и работающих в условиях техногенного заражения: Пособие для врачей. — Томск, 2004. — 32 с.

45. *Дикке Г.Б., Кочев Д.М.* Осложнения искусственного аборта и пути их снижения с помощью современных щадящих технологий прерывания нежелательной беременности в первом триместре (обзор литературы) // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 80–83.

46. Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция / Под ред. Н.Н. Петрищева. — СПб: Изд-во СПб ГМУ, 2003. — 184 с.

47. *Елисеев О.М., Шехтман М.М.* Беременность. Диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. — Ростов н / Д.: Феникс, 1997. — 640 с.

48. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы / Под ред. В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 432 с.

49. *Келли Г.* Основы современной сексологии. — СПб: Питер, 2000. — 896 с.

50. *Козлова В.И., Пухнер А.Ф.* Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий / Рук. для врача. — М.: Филинь, 1997. — 536 с.

51. *Колгушкина Т.Н.* Актуальные вопросы гинекологии. — Минск: Высшая школа, 2000. — 330 с.

52. *Кравец Е.Б., Зимица Т.А., Кошечев Т.Ю.* Сахарный диабет в общеврачебной практике. — Томск, 2002. — 63 с.

53. Кулаков В.И. Акушерско-гинекологическая помощь. — М., 2000. — 512 с.
54. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — 464 с.
55. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М. и др. Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. — М.: Триада-Х, 2000.
56. Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерские кровотечения. — М.: Триада-Х, 1998.
57. Кулаков В.И., Сметник В.П., Юренева С.В. и др. Хирургическая менопауза: Пособие для врачей. — М., 2003. — 40 с.
58. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. — М.: Медицина, 1998.
59. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве / Под ред. В.И. Кулакова и Л.В. Адамян. — М.: Пантори, 2002. — 618 с.
60. Лобзин Ю.В., Зубик Т.М., Иванов К.С. и др. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Ю.В. Лобзина. — СПб.: Фолиант, 2000. — 936 с.
61. Макаров О.В., Озолия Л.А. Венозные тромбозы в акушерстве и гинекологии. — М., 1998. — 262 с.
62. Макацария А.Д. Синдром ДВС крови в акушерской практике. — Москва, 2002. — 496 с.
63. Макацария А.Д. Антифосфолипидный синдром в акушерской практике. — М.: Руссо, 2000. — 373 с.
64. Макацария А.Д., Беленков Ю.Н., Бейлин А.Л. Беременность и врожденные пороки сердца. — М.: Руссо, 2001. — 416 с.
65. Макацария А.Д., Бицадзе В.О. Тромбофилии и противотромботическая терапия в акушерской практике. — М.: Триада-Х, 2003. — 904 с.
66. Макацария А.Д., Саидова Р.А., Бицадзе В.О. и др. Гормональная контрацепция и тромбофилические состояния. — М.: Триада-Х, 2004. — 240 с.
67. Манухин И.Б., Тумилович Л.Г., Геворкян М.А. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — М.: МИА, 2003. — 247 с.
68. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр). — Т. 1. — Женева: ВОЗ, 1995. — 633 с.
69. Михеенко Г.А. Особенности центральной гемодинамики беременных при компенсированной плацентарной недостаточности // Сиб. мед. журн. — 2004. — Т. 19. — № 5. — С. 43–45.
70. Новицкий В.В., Козлов Ю.А., Лаврова В.С., Шевцова Н.М. Гемопоз, гормоны, эволюция. — Новосибирск: STT, 1997. — 431 с.

71. О развитии клеточных технологий в Российской Федерации: Приказ Минздрава РФ № 325 от 25.06.2003 г. // Главврач. — М.: Роспатент, 2003. — № 10. — С. 67–69.

72. О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Приказ МЗ РФ № 50 от 10.02.2003. — Москва, 2003.

73. *Озолия Л.А., Патрушев Л.И., Шполянская Н.Ю.* и др. Распространенность мутаций в генах фактора V(G1691 A, LEIDEN), протромбина (G20210A) и метилентетрагидрофолатредуктазы среди беременных московской популяции (С677Т) и их связь с патогенезом // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2001. — № 1(5).

74. *Омельченко Н.П., Дубов А.В., Гришаев М.П.* Выявление IgM к предраннему антигену ЦМВ для диагностики острой ЦМВИ у беременных женщин // Сб. научн. трудов, посвященный 110-летию каф. акушерства и гинекол. Сиб. гос. мед. ун-та / Под ред. И.Д. Евтушенко, А.А. Радионченко. — Томск: СГМУ, 2002. — С. 36–38.

75. Оперативная гинекология: Учебное пособие / Под ред. В.И. Ельцова-Стрелкова, Е.В. Мареева. — М.: Изд-во УДН, 1985. — 88 с.

76. *Пестерев Н.П., Шперлинг Н.В.* Вирусные урогенитальные инфекции: Пособие для врачей. — Томск, 2004. — 34 с.

77. *Побединский Н.М., Волощук И.Н., Ляшко Е.С., Ковганко П.А.* Морфофункциональная характеристика маточно-плацентарного кровотока // Акуш. и гинекол. — 1999. — № 2. — С. 7–9.

78. *Полякова В.А.* Онкогинекология: Рук. для врачей. — М.: Медицинская книга, 2001. — 188 с.

79. *Полякова В.А.* Современная гинекология. — Тюмень: Изд-во ФГУИПП «Тюмень», 2004. — 608 с.

80. *Постнов Ю.В.* К патогенезу первичной гипертензии: ресеттинг на клеточном, органном и системном уровнях // Кардиология. — 1995. — Т. 35. — № 10. — С. 4–13.

81. Практическая гинекология: Клинико-лекционные / Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 720 с.

82. *Прилепская В.Н.* Кольпоскопия: Практ. рук. — М., 2001. — 100 с.

83. *Прилепская В.Н., Анкирская А.С., Байрамова Г.Р., Муравьева В.В.* Вагинальный кандидоз. — М., 1997. — 40 с.

84. *Радзинский В.Е., Смалько П.Я.* Биохимия плацентарной недостаточности. — М.: Изд-во РУДН, 2001. — 273 с.

85. Репродуктивная эндокринология / Под ред. С.К. Йена, Р.Б. Джаффе. — М.: Медицина, 1998. — 432 с.

86. Руководство по климактерию: Рук. для врачей / Под ред. В.И. Кулакова, В.П. Сметник. — М.: МИА, 2001. — 685 с.
87. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е.М. Вихляевой. — М.: МИА, 2002. — 768 с.
88. *Савельева Г.М.* Гемореология в акушерстве. — М.: Медицина, 1986. — 222 с.
89. *Савельева Г.М.* Эндоскопические методы исследования в гинекологии. — М., 1999.
90. *Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г.* Плацентарная недостаточность. — М.: Медицина, 1991. — 270 с.
91. *Савицкий А.Г.* Патологический прелиминарный период // Журн. акуш. и жен. болезней. — 2003. — Т. 52 — № 2. — С. 139—144.
92. *Савицкий Г.А.* Перитонеальный эндометриоз и бесплодие. — СПб., 2002. — 170 с.
93. *Савицкий Г.А.* Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической практике. — СПб., 2003. — 144 с.
94. *Савицкий Г.А., Савицкий А.Г.* Миома матки: Проблемы патогенеза и патогенетической терапии. — СПб., 2001. — 237 с.
95. *Серов В.П., Маркин С.А., Лубнин А.Ю.* Эклампсия. — М.: Москва, 2002.
96. *Серов В.И., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я.* Практическое руководство по гинекологической эндокринологии. — М.: Русфармомед, 1995. — 326 с.
97. *Серов В.Н.* Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. — М., 2001. — 151 с.
98. *Серов В.Н., Звенигородский И.Н.* Диагностика гинекологических заболеваний с курсом патологической анатомии. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2003. — 139 с.
99. *Серов В.Н., Пасман Н.М., Бородин Ю.И., Бурухина А.Н.* Гестоз — болезнь адаптации. — Новосибирск: Изд-во «РИПЭЛ плюс», 2001. — 208 с.
100. *Серов В.Н., Пауков С.В.* Оральная гормональная контрацепция. — М.: Трида-Х, 1998. — 167 с.
101. *Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.* Руководство по практическому акушерству. — М.: МИА, 1997. — 424 с.
102. *Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.* Практическое акушерство — М.: Медицина, 1990.
103. *Сидельникова В.М.* Невынашивание беременности. — М.: Медицина, 1986. — 175 с.
104. *Сидельникова В.М.* Привычная потеря беременности. — М.: Трида-Х, 2000. — 304 с.
105. *Сидорова И.С.* Поздний гестоз. — М., 1996. — 201 с.

106. *Скворцов В.В., Мязин Р.Г., Емельянов Д.Н.* Цитомегаловирусная инфекция в клинике внутренних болезней // Лечащий врач. — 2004. — № 9. — С. 8–11.
107. *Скорнякова М.Н.* Клинические лекции по гинекологической эндокринологии. — Екатеринбург, 2000. — 382 с.
108. *Слепых А.С.* Абдоминальное родоразрешение — Л.: Медицина, 1986.
109. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология. — М.: МИА, 2003. — 558 с.
110. *Стаценко М.Е.* Беременность и артериальная гипертензия // Журн. практ. врача акушера-гинеколога. — 2002. — № 1. — С. 29–36.
111. *Стрижаков А.Н.* Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. — Ростов н/Д: Феникс, 2000. — 512 с.
112. *Стрижаков А.М., Бунин А.Т., Медведев М.В.* Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. — М.: Медицина, 1990. — 233 с.
113. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.* Эндометриоз: Клинические и теоретические аспекты. — М.: Медицина, 1995.
114. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д.* Клиническая кольпоскопия. — М.: Медицина, 2002. — 91 с.
115. *Стрижаков А.Н., Лебедев В.А.* Кесарево сечение в современном акушерстве. — М.: Медицина, 1998.
116. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.Н.* Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1995.
117. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Белоцерковцева Л.Д.* Внематочная беременность. — М.: Медицина, 1998.
118. *Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М., Юдаев В.Н.* Репродуктивные аспекты гинекологической практики / Под ред. А.Л. Тихомирова. — Москва, 2002. — 222 с.
119. *Федорова М.В., Калашникова Е.П.* Плацента и ее роль при беременности. — М.: Медицина, 1986. — 256 с.
120. *Ферстрате М., Фермилен Ж.* Тромбозы / Под ред. И.А. Бокарева. — М.: Медицина, 1986. — 332 с.
121. *Фролова И.И.* Лейомиома матки: морфология и вопросы этиопатогенеза // Вопр. гинекол., акуш. и перинатол. — 2004. — Т. 3. — № 4. — С. 76–79.
122. *Фукс М.А., Маркин Л.Б.* Многоплодная беременность. — Киев: Здоровье, 1990.
123. *Хачкурузов С.Г.* УЗИ в гинекологии. Симптоматика. Диагностические трудности и ошибки / Рук. для врачей. — СПб.: ЭЛБИ, 2000. — 661 с.

124. *Цинзерлинг А.В.* Современные инфекции (патологическая анатомия и вопросы патогенеза). — СПб.: СОГИС, 1993. — 341 с.
125. *Цирельников Н.И.* Гистофизиология плаценты человека. — Новосибирск: Наука, 1980. — 183 с.
126. *Чернуха Е.А.* Родовой блок. — М.: Триада-Х, 1999.
127. *Шайн А.А., Федоров Н.М.* Рак молочной железы. — Тюмень, 1993. — 51 с.
128. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: Триада-Х, 1999. — 816 с.
129. *Шифман Е.М.* Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром. — М.: Петрозаводск, 2002.
130. *Шмагель К.В., Черешнев В.А.* Плацентарный лактоген: функции, клиническое значение // Акуш. и гинекол. — 2003. — № 3. — С. 9–12.
131. *Шмелева В.М.* Гипергомоцистеинемия и тромбоз // Тромбоз, гемостаз и реология. — 2000. — № 4(4).
132. *Яковлев В.Б.* Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностика, лечение, профилактика // РМЖ. — 1998. — Т. 6. — № 16.
133. *Abbink J.J., Nuthens J.H., Eerenberg J.M. et al.* Quantification of functional and inactivated  $\alpha_2$ -macroglobulin in sepsis // *Thromb. Haemost.* — 1991. — V. 65. — P. 32–39.
134. *Alsever J.D.* Lumbosacral plexopathy after gynecologic surgery: case report and review of the literature // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1996. — V. 174. — № 6. — P. 1769–1778.
135. *Ameri A., Kuppuswamy M.N., Basu S. et al.* Expression of tissue factor pathway inhibitor by cultured endothelial cells in response to inflammatory mediators // *Blood*, 1992. — V. 79. — P. 2319–2326.
136. *Angaran D.M., Dias V.C., Arom K.V. et al.* The comparative influence of prophylactic antibiotics on the prothrombin response to warfarin in the postoperative prosthetic cardiac valve patient. Cefamandole, cefazolin, vancomycin // *Ann. Surg.* — 1987. — V. 206. — P. 155–161.
137. *Anker G.B., Refsum H., Ueland P.M., Johannessen D.C., Lien E.A., Lonning P.E.* Influence of aromatase inhibitors on plasma total homocysteine levels in postmenopausal breast cancer patients // *Clin. Chem.* — 1999. — V. 45. — P. 252–256.
138. *Antonelli N.M., Dotters D.J., Katz V.L., Kuller J.A.* Cancer in pregnancy: a review of the literature: Part I // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1996. — V. 51. — № 2. — P. 125–134.
139. *Archipoff G., Berets A., Bartha K. et al.* Role of cyclic AMP in promoting the thromboresistance of human endothelial cells by enhancing thrombomodulin and decreasing tissue factor activities // *Brit. J. Pharmacol.* — 1993. — V. 109. — P. 18–28.

140. *Azzena A., Ferrara A., Castellan L., Quintieri F., Salmaso R.* Vaginal endometriosis. Two case reports and review of the literature on rare urogenital sites // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* — 1996. — V. 23. — № 2. — P. 94–98.

141. *Badduke B.R., Jamieson W.R.E., Miyagishima R.T.* Pregnancy and childbearing in a population with biologic valvular prostheses // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1991. — V. 102. — P. 179–186.

142. *Baggish M.S., Miklos J.R.* Vulvar pain syndrome: a review // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1995. — V. 50. — № 8. — P. 618–627.

143. *Bajaj M.S., Kuppaswamy M.N., Saito H.* et al. Cultured normal human hepatocytes do not synthesize lipoprotein-associated coagulation inhibitor: evidence that endothelium is the principal site of its synthesis // *Proc. Natl. Acad. Sci. — USA*, 1990. — V. 87. — P. 8869–8872.

144. *Baker W.F.Jr.* Clinical aspects of disseminated intravascular coagulation: a clinician's point of view // *Semin. Thromb. Hemost.* — 1989. — V. 15. — P. 1–57.

145. *Banner D.W., D'Arcy A., Chene C.* et al. The crystal structure of the complex of blood coagulation factor Vila with soluble tissue factor // *Nature.* — 1996. — V. 380. — P. 41–46.

146. *Beaufils M.* Pregnancy-related hypertension // *Rev. Med. Interne.* — 2002. — V. 23. — № 11. — P. 927–938.

147. *Beller F.K., Epstein M.D.* Traumatic placental abruption // *Obstet. Gynecol.* — 1966. — V. 27. — P. 484.

148. *Ben-Haroush A., Bardin R., Erman A., Hod M., Chen R., Kaplan B., Bar J.* Beta<sub>2</sub>-microglobulin and hypertensive complications in pregnant women at risk // *Clin. Nephrol.* — 2002. — Dec; 58(№ 6). — P. 411–416.

149. *Bielecki M., Poludniewski G., Arciszewski K., Zwierz K.* N-acetyl-beta-glucosaminidase (NAG) activity in parturients with placental insufficiency in postmature pregnancy and with EPH-gestosis // *Ginekol Pol.* — 2000. — V. 71. — № 1. — P. 8–15.

150. *Bortolozzi G., Grasso A., Zasso B.* Leiomyoma of the female urethra. A case report and review // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* — 1995. — V. 22. — № 2. — P. 169–171.

151. *Bostom A.G., Lathrop L.* Hyperhomocysteinemia in end-stage renal disease: prevalence, etiology, and potential relationship to arteriosclerotic outcomes // *Kidney Intern.* — 1997. — V. 52(1). — P. 10–20.

152. *Botchan A., Hauser R., Kupfermine M., Grisaru D., Peyser M.R., Lessing J.B.* Pheochromocytoma in pregnancy: case report and review of the literature // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1995. — V. 50. — № 4. — P. 321–327.

153. *Broze G.J.Jr.* The role of tissue factor pathway inhibitor in a revised coagulation cascade // *Semin. Hematol.* — 1992. — V. 29. — P. 159–169.

154. *Butenas S., van't Veer C., Mann K.G.* Evaluation of the initiation phase of blood coagulation using ultrasensitive assays for serine proteases // *J. Biol. Chem.* — 1997. — V. 272. — P. 21–27.

155. *Cabiedes J., Cabral A.R., Alarcon-Segovia D.* Hidden anti-phospholipid antibodies in human sera circulate as immune complexes whose antigen can be removed by heat, acid, hyperosmolar buffers or phospholipase treatments // *Europ. J. Immunol.* — 1998. — V. 21. — P. 2108–2114.

156. *Canneigietter S.C., Rosendall F.R., Briet E.* Thromboembolic and bleeding complications in patients with mechanical heart valve prostheses // *Circulation.* — 1994. — V. 89. — P. 635–641.

157. *Cattaneo M., Baglietto L., Zighetti M.L.* et al. Tamoxifen reduces plasma homocysteine levels in healthy women // *Brit. J. Cancer.* — 1998. — V. 7. — P. 2264–2266.

158. *Cattaneo M., Franchi F., Zighetti M.L.* et al. Plasma levels of activated protein C in healthy subjects and patients with previous venous thromboembolism. Relationships with plasma homocysteine levels // *Arterioscler. Thromb. Vase. Biol.* — 1998. — V. 18. — P. 1371–1375.

159. *Cattaneo M., Martinelli I., Mannucci P.M.* Hyperhomocysteinemia as a risk factor for deep-vein thrombosis // *New Engl. J. Med.* — 1996. — V. 335. — P. 974–975.

160. *Chaouat G., Imakawa K., King A.* et al. Early embryo development, uterus preparation and role of cytokines in implantation and labour // *Lyon, 1994.* — V. 67–115.

161. *Dahlback B.* Human coagulation factor V purification and thrombin-catalyzed activation // *J. Clin. Invest.* — 1980. — V. 66. — P. 583–591.

162. *Daly C.A., Freeman J., Weston W., Kovar I., Phelan M.* Prenatal diagnosis of amniotic band syndrome in a methadone user: review of the literature and a case report // *Ultrasound. Obstet. Gynecol.* — 1996. — V. 8(2). — P. 123–125.

163. *De Mattia N.C., Barbin R.L., Borges V.T., Peracoli J.C., Matsubara B.B.* Doppler echocardiographic assessment of pregnant women with chronic arterial hypertension // *Arq. Bras. Cardiol.* — 2002. — 79(№ 6):579–84, P. 573–578.

164. *Dray A., Perkins M.* Bradykinin and inflammatory pain // *Trends Neurosci.* — 1993. — V. 16. — P. 99–104.

165. *Eller K.M., Kuller J.A.* Fetal porencephaly: a review of etiology, diagnosis, and prognosis // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1995. — Sep; 50(9): 684–687.

166. *Emmrich P.* Pathology of the placenta. XIII. Pathological anatomy of the placenta and placental insufficiency // *Zentralbl. Pathol.* — 1993. — V. 139. — № 1. — P. 1–9.



167. *Esmon C.T.* The regulation of natural anticoagulant pathways // *Science*. — 1987. — V. 235. — P. 1348–1352.
168. *Fetter W.P., Waals-Van de Wal C.M., Van Eyck J., Samson G., Bongers-Schokking J.J.* Thyroid hormone concentrations in preterm infants born to preeclamptic women with placental insufficiency // *Acta Paediatr.* — 1998. — V. 87. — № 2. — P. 186–190.
169. *Fox J.E.B., Lipfert L., Clark E.A.* et al. On the role of the platelet membrane skeleton in mediating signal transduction // *J. Biol. Chem.* — 1993. — V. 268. — P. 25973–25984.
170. *Galli M.* Thrombocytopenia in the antiphospholipid syndrome // *Brit. J. Haematol.* — 1996. — V. 93. — P. 1–5.
171. *Galli M., Finazzi G., Barbui T.* Antiphospholipid antibodies: predictive value of laboratory tests // *Thromb. and Hemost.* — 1997. — V. 78. — № 1. — P. 75–79.
172. *Gharavi A.E., Wilson W.A.* The syndrome of thrombosis, thrombocytopenia, and recurrent spontaneous abortions associated with antiphospholipid antibodies: Hughes Syndrome // *Lupus*, 1996. — V. 5(5). — P. 343–344.
173. *Golino P., Ashton J.H., Buja L.M.* et al. Local platelet activation causes vasoconstriction of large epicardial canine coronary arteries in vivo. — P. thromboxane A2 and serotonin are possible mediators // *Circulation*. — 1989. — V. 79. — P. 154–166.
174. *Graham I.M., Daly L.E., Refsum H.M.* et al. Plasma homocysteine as a risk factor for vascular disease. The European Concerted Action Project // *J.A.M.A.* — 1997. — V. 277. — P. 1775–1781.
175. *Gryglewski R.J., Palmer R.M.J., Moncada S.* Superoxide anion is involved in the breakdown of endothelium-derived relaxing factor // *Nature*. — 1986. — V. 320:454–456.
176. *Guttormsen A.B., Ueland P.M., Svarstad E., Refsum H.* Kinetic basis of hyper-homocysteinemia in patients with chronic renal failure // *Kidney Int.* — 1997. — V. 52. — P. 495–502.
177. *Hall J.G., Pauli R.M., Wilson K.M.* Maternal and fetal sequelae of anticoagulation during pregnancy // *Amer. J. Med.* — 1980. — V. 68. — P. 122–140.
178. *Halliwel B.* Oxidants and human disease: some new concepts // *FASEBJ.* — 1987. — V. 1. — P. 358–364.
179. *Harris E.N., Gharavi A.E., Boey M.L.* et al. Anticardiolipin antibodies: detection by radioimmunoassay and association with thrombosis in systemic lupus erythematosus // *Lancet*. — 1983. — V. 2. — P. 1211–1214.
180. *Helou J., Nakhle S., Shoenfeld S., Nasseir T., Shalev E.* Postpartum thrombotic thrombocytopenic purpura: report of a case and review of the literature // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1994. — Nov; 49(11):785–9.

181. *Higashi O., Kikuchi Y., Konno K.* A case of thromboasthenia with a study of platelet aggregation by hydrogen peroxide // *Tohoku. J. Exp. Med.* — 1972. — V. 106. — P. 399–409.
182. *House J.D., Brosnan M.E., Brosnan J.T.* Characterization of homocysteine metabolism in the rat kidney // *Biochemical J.* — 1997. — V. 328 (Pt I). — P. 287–292.
183. *Huang Y., Luo Z., Zhu W., Zhang Q., Ruan X., Zhong Q.* Investigation of relationship between pregnancy induced hypertension syndrome and homocysteine, folic acid and vitamin B<sub>12</sub> // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* — 2002. — V. 37. — № 4. — P. 208–210.
184. *Hubbard A.R.* Standardisation of protein S in plasma: calibration of the 1st International Standard // *Thromb. Haemostas.* — 1997. — V. 78. — P. 1237–1241.
185. *Jacques P.F., Selhub J., Bostom A.G., Wilson P.W., Rosenberg I.H.* The effect of folic acid fortification on plasma folate and total homocysteine concentrations // *New Engl. J. Med.* — 1999. — V. 340. — P. 1449–1454.
186. *Jaffe E.A.* Biochemistry, immunology, and cell biology of endothelium. In: *Colman R.W., Hirsh J., Marder V.J., Salzman E.W.* (eds). *Hemostasis and Thrombosis.* — P. Basic Principles and Clinical Practice. Philadelphia. — P. Lippincott, 1994. — Vol. 718–744.
187. *Jaffe E.A.* Endothelial cell structure and function. In: *Hoffman R., Benj E.J., Shattil S.J.* *Hematology.* — P. Basic Principles and Practice. — New York: Churchill Livingstone, 1991. — P. 1198–1215.
188. *Joern H., Schroeder W., Sassen R., Rath W.* Predictive value of a single CTG, ultrasound and Doppler examination to diagnose acute and chronic placental insufficiency in multiple pregnancies // *J. Perinat. Med.* — 1997. — V. 25. — № 4. — P. 325–332.
189. *Koutsky L.A., Stevens C.E.* et al. Underdiagnosis of genital herpes by current Clinical and viral isolation procedures // *New Engl. J. Med.* — 1992. — V. 326. — P. 1533–1539.
190. *Krishnaswamy S., Field K.A., Edgington T.S.* et al. Role of the membrane surface in the activation of human coagulation factor X // *J. Biol. Chem.* — 1992. — V. 267. — P. 26110–26120.
191. *Kupferminc M.J., Eldor A., Steiman N.* et al. Increased frequency of genetic thrombophilias in women with complications of pregnancy // *N. Engl. J. Med.* — 1999. — V. 340. — P. 9–13.
192. *Kupferminc M.J., Fait G., Many A.* et al. Severe preeclampsia and high frequency of genetic thrombophilic mutations // *Obstet. Gynecol.* — 2000. — V. 96. — P. 45–49.
193. *Lajer H., Widecrantz S., Heisterberg L.* Hernias in trocar ports following abdominal laparoscopy. A review // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* — 1997 — May; 76(5):389–393.

194. *Lameier L.N., Katz V.L.* Amnioinfusion: a review // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1993. — Dec;48(12):829–837.
195. *Lefer D.J., Flynn D.M., Phillips M.L.* et al. A novel sialyl Lewis analog attenuates neutrophil accumulation and myocardial necrosis after ischemia and reperfusion // *Circulation.* — 1994. — V. 90. — P. 2390–2401.
196. *Lehner R., Strohmer H., Jirecek S., Goharkhay N., Tringler B., Barrada M.* Placental insufficiency and maternal death caused by advanced stage of breast cancer in third trimester // *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 2001. — V. 99. — № 2. — P. 272–273.
197. *Maddrey W.C.* Hepatic vein thrombosis (Budd-Chiari syndrome) // *Hepatology.* — 1984. — V. 4. — P. 448.
198. *Maher J.E., Wenstrom K.D., Hauth J.C., Meis P.J.* Amniotic fluid embolism after saline amnioinfusion: two cases and review of the literature // *Obstet. Gynecol.* — 1994. — May;83(5 Pt 2):851–854.
199. *Mandel H., Brenner B., Berant M.* et al. Coexistence of hereditary homocystinuria and factor V Leiden-effect on thrombosis // *New Engl. J. Med.* — 1996. — V. 336. — P. 763–768.
200. *Marcel Levi, Evert de Jonge, Tom van der Poll, Hugo ten Cate.* Disseminated Intravascular Coagulation // *Thrombosis and Haemostasis J.* — 1999. — V. 82. — № 2. — P. 695–706.
201. *Miller V.T., Rothrock J.F., Pearce L.A., Feinberg W.M., Hart R.G., Anderson D.C.* Ischaemic stroke in patients with atrial fibrillation. — P. effect of aspirin according to stroke mechanism // *Neurology.* — 1993. — V. 43. — P. 32–36.
202. *Misra U.K., Chu C.T., Pizzo S.V.* Evidence for a second  $\alpha$ 2-macroglobulin receptor // *J. Biol. Chem.* — 1994. — V. 269. — P. 12541–12547.
203. *Mudd S.H., Finkelstein J.D., Irreverre F., Laster L.* Homocystinuria: An enzymatic defect // *Science.* — 1964. — V. 143. — P. 1443–1445.
204. *Mudd S.H., Levy H.L., Skovby F.* Disorders of transsulfuration. In: Scriver G.R., Beaudet A.L., Sly W.S., Valle D. *The Metabolic and Molecular Basis of Inherited Disease.* — New York: McGraw-Hill, 1995. — P. 1279–1327.
205. *Mugge A., Elwell J.H., Peterson T.E., Harrison D.G.* Release of intact endothelium-derived relaxing factor depends on endothelial superoxide dismutase activity // *Amer. J. Physiol.* — 1991. — V. 260. — P. C219–C225.
206. *Noack F., Germer U., Gembruch U., Feller A.C., Horny H.P.* Uteroplacental insufficiency in chorangiomas // *Zentralbl. Gynkol.* — 2002. — V. 124. — № 2. — P. 116–119.
207. *Okajima K., Koda S., Kaji M.* et al. Effect of protein C and activated protein C on coagulation and fibrinolysis in normal human subjects // *Thromb. Haemost.* — 1990. — V. 63. — P. 48–53.

208. *Parrish D.B.* Determination of vitamin K in foods: a review // *CRC Crit. Rev. Food Sci. Nutr.* — 1980. — V. 13. — P. 337–352.
209. *Qasim S.M., Karacan M., Kemmann E.* An eight year review of hospitalization for ovarian hyperstimulation syndrome // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* — 1997;24(2):49–52.
210. *Redlitz A., Nicolini F.A., Malycky J.L.* et al. Inducible carboxypeptidase activity. A role in clot lysis in vivo // *Circulation.* — 1996. — V. 93. — P. 1328–1330.
211. *Reece E.A., Garofalo J.* et al. Influence of Antiphospholipid Antibody liter, Prior pregnancy losses and treatment // *J. Reproductive Medicine.* — 1997. — V. 42. — P. 49–55.
212. *Rees D.C., Cox M., Clegg J.B.* World distribution of factor V Leiden // *Lancet.* — 1995. — V. 346–1133.
213. *Restaino A., Campobasso C., D'Aloia A., Abbruzzese A.D., Valerio A., Pansini F.* Cirrhosis and pregnancy. A case report and review of the literature // *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* — 1996;23(4):240–7.
214. *Revelli A., Modotti M., Ansaldi C., Massobrio M.* Recurrent endometriosis: a review of biological and clinical aspects // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1995. — Oct;50(10):747–54.
215. *Robert A.S.Roubey.* Immunology of the antiphospholipid Syndrome. — P. antibodies, antigens, and the autoimmune response // *Thromb. and Hemost.* — 1999. — V. 82. — № 2. — P. 656–662.
216. *Roberts J.M.* Endothelial dysfunction in preeclampsia // *Semin. Reprod. Endocrinol.* — 1998. — V. 16(1). — P. 5–15.
217. *Roberts J.M., Taylor R.N., Musici T.J.* et al. Preeclampsia: an endothelial cell disorder // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1989. — V. 61. — P. 1200–1204.
218. *Rodvien R., Lindon J.N., Levine P.H.* Physiology and ultrastructure of the blood platelet following exposure to hydrogen peroxide // *Brit. J. Pharmacol.* — 1989. — V. 97. — P. 1145–1150.
219. *Rosales C., O'Brien V., Kornberg L., Juliano R.* Signal transduction by cell adhesion receptors // *Biochem. Biophys. Acta.* — 1995. — V. 1242. — P. 77–98.
220. *Ruggeri Z.M.* Mechanism initiating platelet thrombus formation // *Thromb. Haemost.* — 1997. — V. 78. — P. 611–616.
221. *Schulman S., Svenungsson E., Granqvist S.* Anticardiolipin antibodies predict early recurrence of thromboembolism and death among patients with venous thromboembolism following anticoagulant therapy // *Amer. J. Med.* — 1998;104:332–338.
222. *Schwartz S.M., Majesky M.W.* Structure and function of the vessel wall. In: *Colman R.W., Hirsh J., Marder V.J., Salzman E.W.* (eds). *Hemostasis and Thrombosis: Basic Principles and Clinical Practice.* Philadelphia. — P. Lippincott, 1994. — P. 705–717.

223. *Seremak-Mrozikiewicz A., Drews K., Chmara E., Mrozikiewicz A.* Polymorphism of gene angiotensin converting enzyme in pregnancy induced hypertension // *Ginekol. Pol.* — 2001. — V 72. — № 8. — P. 605–610.
224. *Shaprio S.S.* The lupus anticoagulant / antiphospholipid syndrome // *Ann. Rev. Med.* — 1996:47:533–553.
225. *Shearer M.J.* Vitamin K metabolism and nutriture // *Blood. Rev.* — 1992. — V. 6. — P. 92–104.
226. *Shekerdeman L.S., Ravn H.B., Penny D.J.* Intravenous sildenafil lowers pulmonary vascular resistance in a model of neonatal pulmonary hypertension // *Amer. J. Respir. Crit. Care. Med.* — 2002. — V. 165. — № 8. — P. 1098–1102.
227. *Sherer D.M.* Prenatal ultrasonographic assessment of the middle cerebral artery: a review // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1997. — Jul; 52(7):444–55.
228. *Siess W.* Molecular Mechanisms of platelet activation // *Physiol. Rev.* — 1989. — V. 69. — P. 58–177.
229. *Silver L.E., Hobel C.J., Lagasse L., Luttrull J.W., Platt L.D.* Placenta previa percreta with bladder involvement: new considerations and review of the literature // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* — 1997. — Feb;9(2):131–8.
230. *Thiagarajan P., Rippon A.J., Farrel D.H.* Alternative adhesion sites in human fibrinogen for vascular endothelial cells // *Biochemistry.* — 1996. — V. 35. — P. 4169–4175.
231. *Toglia M.R., Nolan T.E.* Venous thromboembolism during pregnancy: a current review of diagnosis and management // *Obstet. Gynecol. Surv.* — 1997. — Jan;52(1):60–72.
232. *Toka H.R.* The molecular basis of hypertension // *Turk. J. Pediatr.* — 2002. — V. 44. — № 3. — P. 183–193.
233. *Vassalli J.D., Sappino A.P., Belin D.* The plasminogen activator / plasmin system // *J. Clin. Invest.* — 1991. — V. 88. — P. 1067–1072.
234. *Vilaseca M.A., Moyano D., Ferrer I., Artuch R.* Total homocysteine in pediatric patients // *Clin. Chetn.* — 1997. — V. 43. — P. 690–692.
235. *Wareham V., Bain C., Cruickshank D.* Caesarean section audit by peer review // *Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* — 1993. — Jan;48(1):9–14.
236. *Yanagisawa M.* The endothelin system. Anew targer of therapeutic intervention // *Circulation.* — 1994. — V. 89. — P. 1320–1322.
237. *Yang Z., Liu P.* Role of vascular endothelial growth factor in the genesis of pregnancy induced hypertension and its relationship with nitric oxide // *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* — 2001. — V. 36. — № 3. — P. 143–145.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Система оценки кардиотокографии в антенатальном периоде

Исследуемый параметр	Баллы		
	0	1	2
БЧСС, уд./мин	< 100 или > 180	100–119 или 161–180	120–160
Вариабельность: амплитуда осцилляций	< 5	5–9 или 25	10–25
Частота осцилляций в 1 мин	< 3	3–6	> 6
Число акцелераций за 30 мин	0	Периодические или спорадические (1–4)	Спорадические > 5
Децелерации	Повторяющиеся поздние или выраженные переменные	Вариабельные или единичные поздние	Отсутствуют или ранние
Число шевелений плода за 30 мин	0	1–4	> 5

**Диагностика видов  
головного и тазового предлежания плода**

Предлежание	Расположение точек плода	Проводная точка
Затылочное	Малый родничок ниже большого	Часть стреловидного шва ближе к малому родничку (условно малый родничок)
Передне-головное	Роднички на одном уровне или большой ниже малого	Часть стреловидного шва ближе к большому родничку или большой родничок
Лобное	Малый родничок недостижим, у стенки таза возможна пальпация переднего рога большого родничка, определяются лобные бугры до корня носа	Середина лобного шва
Лицевое	Корень носа и все части лица	Подбородок
Чистое ягодичное	Обе ягодицы	Нижний полюс передней (обращенный кпереди роженицы) ягодицы
Смешанное ягодичное	Ягодицы и одна или две стопы	То же
Ножное, реализуется в родах из смешанного ягодичного при неполном раскрытии зева и вскрытом плодном пузыре	Во влагалище определяются ножки; две — при полном ножном, одна — при неполном	То же

## Акушерские плоскости малого таза

Название плоскости	Границы			Размеры, см			
	спереди	сбоку	сзади	прямой	косые	поперечный	
Входа	Верхний край симфиза	Самые удаленные части пограничной линии с боков	Мыс крестца	11	12	13	Овал, вытянутый поперечно
Широкой части	Середина внутренней поверхности симфиза	Середина вертлужных впадин	Между II и III крестцовыми позвонками	12,5	13 (условно)	12,5	Круг
Узкой части	Низ симфиза	Седалищные ости	Верхушка крестца	11	нет	10,5	Овал, вытянутый спереди назад
Выхода	Низ симфиза	Седалищные бугры	Верхушка копчика	9,5–11,5	нет	11,0	—



**Оценка биофизического профиля плода**  
(определяется с 28 нед. беременности)

Параметр	Баллы	
	2	0
Количество околоплодных вод	Околоплодные воды визуализируются в большей части полости матки. Наибольший вертикальный размер свободного участка вод превышает 1 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях	Околоплодные воды не визуализируются в большей части полости матки. Наибольший вертикальный размер свободного участка вод не превышает 1 см в двух взаимно перпендикулярных сечениях
Двигательная активность плода	Наличие не менее трех отдельных движений туловища плода на протяжении 30 мин наблюдения	Наличие двух и менее отдельных движений туловища плода на протяжении 30 мин наблюдения
Дыхательные движения плода	Регистрация за 30 мин не менее одного эпизода дыхательных движений плода продолжительностью 30 с и более	Отсутствие дыхательных движений плода или регистрация эпизода дыхательных движений продолжительностью менее 30 с на протяжении 30 мин
Мышечный тонус плода	Конечности плода находятся в состоянии флексии; туловище несколько согнуто, головка прижата к груди. После совершения движения плод возвращается в исходное положение	Конечности и туловище плода частично или полностью разогнуты, кисть раскрыта. После совершения движения плод не возвращается в состояние флексии
Нестрессовый тест	Наличие двух или более акцелераций с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью не менее 15 с в течение 30 мин исследования	Наличие менее двух акцелераций с амплитудой не менее 15 ударов и продолжительностью не менее 15 с в течение 30 мин

**Оценка биофизического профиля (БП) плода  
и тактика врача**

Баллы	Рекомендуемые мероприятия
8–10	Повторить оценку БП через неделю. Нет показаний для активных вмешательств
4–6	Рекомендуется родоразрешение, если легкие плода достаточно зрелые и шейка матки готова. В противном случае повторить тест в течение 24 ч. Если подобная оценка плода сохраняется, то рекомендуется родоразрешение при условии зрелости легких плода. В противном случае — лечение кортикостероидами и родоразрешение через 48 ч
0–2	Подготовить к немедленным родам. В случае явной незрелости легких применять кортикостероиды и родоразрешать через 48 ч

**Длина эмбриона (копчиково-теменной размер)  
в I триместре**

Длина эмбриона, см	Срок беременности		Длина эмбриона, см	Срок беременности	
	неделя	день		неделя	день
—	—	—	4,1	9	3
—	—	—	4,2	9	3
0,3	2	6	4,3	9	4
0,4	3	1	4,4	9	5
0,5	3	4	4,5	9	5,5
0,6	3	6	4,6	9	6
0,7	4	2	4,7	10	0
0,8	4	5	4,8	10	1
0,9	5	0	4,9	10	1,5
1,0	5	1	5,0	10	2
1,1	5	3	5,1	10	3
1,2	5	4	5,2	10	4
1,3	5	5	5,3	10	5
1,4	6	0	5,4	10	5,5
1,5	6	2	5,5	10	6
1,6	6	3	5,6	11	0
1,7	6	4	5,7	11	0,5
1,8	6	5	5,8	11	1
1,9	6	6	5,9	11	1
2,0	7	0	6,0	11	1,5
2,1	7	1	6,1	11	2
2,2	7	2	6,2	11	2,5
2,3	7	3	6,3	11	3
2,4	7	4	6,4	11	3,5

**Схема определения возраста плода  
по его длине**

В первые 5 месяцев (лунных) длина плода в сантиметрах соответствует числу месяцев беременности, возведенному в квадрат, а в последние 5 месяцев — умноженному на 5.

Возраст плода, мес.	Длина плода, см
Конец 1-го	$1 \times 1 = 1$
Конец 2-го	$2 \times 2 = 4$
Конец 3-го	$3 \times 3 = 9$
Конец 4-го	$4 \times 4 = 16$
Конец 5-го	$5 \times 5 = 25$
Конец 6-го	$6 \times 5 = 30$
Конец 7-го	$7 \times 5 = 35$
Конец 8-го	$8 \times 5 = 40$
Конец 9-го	$9 \times 5 = 45$
Конец 10-го	$10 \times 5 = 50$

### Основные показатели фетометрии в различные сроки беременности

Срок беременности, нед.	БПР, см	Диаметр грудной клетки, см	Диаметр живота, см	Длина бедра, см
14	2,4	2,4	2,4	1,2
	2,1–2,8	2,0–2,9	1,9–2,9	1,0–1,5
15	2,8	2,8	2,8	1,6
	2,5–3,2	2,3–3,2	2,3–3,2	1,1–1,8
16	3,2	3,2	3,2	2,0
	2,8–3,6	2,7–3,7	2,6–3,6	1,6–2,4
17	3,6	3,6	3,6	2,4
	3,2–3,9	3,1–4,0	3,2–3,9	2,0–2,8
18	3,9	3,9	3,9	2,7
	3,6–4,3	3,5–4,4	3,5–4,3	2,3–3,0
19	4,3	4,3	4,3	3,0
	3,9–4,7	3,8–4,8	3,8–4,7	2,7–3,4
20	4,7	4,6	4,7	3,3
	4,3–5,0	4,2–5,2	4,3–5,1	2,9–3,6
21	5,0	5,0	5,0	3,6
	4,6–5,3	4,6–5,5	4,7–5,5	3,2–4,0
22	5,3	5,3	5,4	3,9
	4,9–5,7	4,8–5,8	5,0–5,9	3,5–4,2
23	5,6	5,6	5,7	4,1
	5,2–6,0	5,2–6,1	5,4–6,2	3,7–4,6
24	5,9	6,0	6,1	4,4
	5,5–6,3	5,5–6,5	5,7–6,5	4,0–4,8
25	6,2	6,3	6,4	4,6
	5,8–6,6	5,8–6,8	6,0–6,8	4,2–5,1
26	6,5	6,6	6,7	4,9
	6,1–6,9	6,1–7,2	6,3–7,2	4,5–5,3
27	6,8	6,9	7,0	5,1
	6,3–7,2	6,4–7,4	6,6–7,6	4,7–5,3

Срок беременности, нед.	БПР, см	Диаметр грудной клетки, см	Диаметр живота, см	Длина бедра, см
28	7,1	7,2	7,4	5,3
	6,5–7,5	6,7–7,8	6,8–7,9	4,9–5,7
29	7,3	7,4	7,6	5,5
	6,9–7,7	6,9–8,2	7,1–8,3	5,1–5,9
30	7,5	7,7	7,9	5,7
	7,1–8,0	7,2–8,4	7,3–8,7	5,3–6,1
31	7,8	8,0	8,2	5,9
	7,3–8,3	7,4–8,7	7,5–9,0	5,9–6,3
32	8,0	8,2	8,5	6,1
	7,5–8,5	7,2–9,0	7,8–9,3	5,7–6,5
33	8,2	8,5	8,7	6,3
	7,7–8,8	7,8–9,3	8,0–9,7	5,9–6,6
34	8,4	8,7	9,0	6,5
	7,9–9,0	8,0–9,6	8,2–10	6,1–6,8
35	8,6	8,9	9,2	6,7
	8,1–9,2	8,2–9,8	8,4–10,5	6,2–7,1
36	8,8	9,2	9,5	6,9
	8,3–9,4	8,4–10,2	8,6–10,8	6,4–7,3
37	8,9	9,4	9,7	7,1
	8,5–9,6	8,6–10,5	8,7–11,2	6,5–7,4
38	9,1	9,5	9,9	7,3
	8,6–9,8	8,8–10,8	8,8–11,5	6,6–7,6
39	9,3	9,8	10,1	7,4
	8,8–10,0	8,9–11,1	9,9–11,9	6,7–7,8
40	9,4	9,9	10,3	7,6
	8,9–10,4	9,0–11,5	9,1–12,2	6,8–8,9

*Примечание.* Бипариетальный размер головки (БПР), средние диаметры грудной клетки и живота приведены по данным Л. С. Персианинова и В. Н. Демидова (1982), длина бедра — по данным А. Н. Стрижакова и М. В. Медведева (1984).

## Зрелость шейки матки (по Г. Г. Хечинашвили)

Характеристика признака	Степень зрелости шейки матки			
	«незрелая»	«не полностью созревшая»	«созревшая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная и размягчена только по периферии	Размягчена не полностью, определяется плотноватая ткань по ходу шеечного канала	Размягчена почти полностью, за исключением области внутреннего зева	Размягчена полностью
Длина влагалищной части шейки матки и шеечного канала	Влагалищная часть сохранена или слегка укорочена, иногда очень длинная (4 см и более)	Влагалищная часть шейки матки слегка укорочена (длина ее от 4 до 3 см), шеечный канал длиннее влагалищной части более чем на 1 см	Влагалищная часть шейки матки укорочена (ее длина от 3 до 2 см); шеечный канал на 1 см длиннее влагалищной части	Влагалищная часть шейки матки резко укорочена (2 см и менее), шеечный канал соответствует по длине влагалищной части шейки или длиннее ее не более чем на 0,5 см

Степень проходимости шейечного канала и его форма	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	У первородящих наружный зев пропускает кончик пальца, у повторно родящих проходим для одного пальца до внутреннего зева. Шеечный канал изогнут, имеется резкий поворот его в нижний сегмент	Шеечный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, нет плавного перехода шейечного канала в нижний сегмент	Шеечный канал и свободно проходим для одного пальца за внутренний зев, не изогнут, плавно переходит в нижний сегмент
Толщина стенок влагалищной части шейки матки	2 см	1,5 см	1 см	0,5 см
Состояние нижнего сегмента матки	Предлежащая часть через своды определяется неотчетливо	Предлежащая часть через своды пальпируется недостаточно отчетливо	Предлежащая часть через своды пальпируется отчетливо, но ориентиры на ней определить нельзя	Через своды отчетливо пальпируется предлежащая часть плода, ориентиры определяются
Расположение шейки в полости малого таза	Расположена в стороне от проводной оси таза, наружный зев на середине расстояния между верхним и нижним краем лобкового сочленения	Отклонена от проводной оси таза. Наружный зев определяется на уровне нижнего края симфиза или несколько выше	Располагается ближе к проводной оси таза. Наружный зев — на уровне нижнего края симфиза, иногда несколько ниже	Располагается строго по проводной оси таза. Наружный зев определяется на уровне седалищных остей



## Шкала степени зрелости шейки матки (по Е. Х. Бишопу)

Признак	Баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена по периферии, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Длина шейки матки	Более 2 см	1–2 см	Менее 1 см
Проходимость шеечного канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев за внутренний зев
Положение шейки матки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кзади или кпереди	По проводной оси

*Примечание:*

0–2 балла — шейка «незрелая»;

3–4 балла — шейка «недостаточно зрелая»;

5–8 баллов — шейка «зрелая».

## Индекс токолиза по Баумгартену

Параметр	Оценка параметров, балл				
	0	1	2	3	4
Схватки	—	Нерегулярные	Регулярные	—	—
Разрыв оболочек	—	—	Высокий боковой разрыв	—	Низкий разрыв оболочек
Кровотечение	—	Следы крови	—	—	—
Открытие шейки матки, см	0	1	2	3	4 и более

*Примечание:*

0 баллов — сократительная деятельность матки отсутствует. Плодный пузырь цел, кровяных выделений нет. Шейка матки закрыта

1 балл — нерегулярные схватки, плодный пузырь цел. Могут обнаруживаться следы крови. Шейка матки закрыта.

2 балла — регулярные схватки. Подтекают околоплодные воды, но плодный пузырь определяется. Могут быть следы крови. Шейка матки открыта на 2 см.

3 балла — регулярные схватки. Подтекают околоплодные воды, но плодный пузырь определяется. Могут быть следы крови. Шейка матки открыта на 3 см.

4 балла — регулярные схватки. Плодный пузырь не определяется, могут быть следы крови. Шейка матки открыта на 4 см и более.

Чем меньше сумма баллов, тем более успешной может быть терапия, чем сумма больше, тем выше вероятность того, что роды вступили в активную фазу и терапия по сохранению беременности будет безуспешной.

## Модифицированный менопаузальный индекс по Кирреттап в модификации Е. В. Уваровой (1982)

Симптомы	Степень выраженности, баллы <sup>1</sup>			
	0	1	2	3
<i>Нейро-вегетативные (а)</i>				
Повышение АД (мм рт. ст.)	Возрастная норма	140/90 150/90	150/90 160/100	160/100
Понижение АД (мм рт. ст.)	–	100/70 100/70	100/70	90/60
Головная боль	–	Редко	Часто	Постоянно
Вестибулопатии	–	+	+	+++
Приступы сердцебиения в покое	–	1–2 раза в неделю	1–2 раза в неделю	1–2 раза в неделю
Плохая переносимость высокой температуры	–	+	+	+++
Зябкость, ознобы	–	+	+	+++
Чувство онемения, «ползания мурашек»	–	После переноса тяжестей	В ночное время	Постоянно

Дермографизм	–	Белый	Красный нестойкий	Красный стойкий
Сухость кожи	–	Шелушение	Кератоз	Трещины
Потливость	–	+	+	+++
Наклонность к отекам	–	Пастозность лица и конечностей	Отеки конечностей к вечеру	Постоянные выраженные отеки
Аллергические реакции	–	Ренит	Крапивница	Отек Квинке
Экзофтальм, блеск глаз	–	+	+	+++
Повышенная возбудимость	–	+	+	+++
Сонливость	–	Утром	К вечеру	Постоянная
Нарушение сна	–	Трудно заснуть	Прерывистый сон	Бессонница
Приливы жара, за 24 ч	–	10	10–20	20
Приступы удушья, в неделю	–	1–2 раза	1–2 раза	1–2 раза
Симпато-адреналовые кризы	–	1–2 раза в месяц	1–2 раза в месяц	1–2 раза в месяц

Симптомы	Степень выраженности, баллы <sup>1</sup>			
	0	1	2	3
<i>Обменно-эндокринные (б)</i>				
Ожирение, степень	–	1	2	3
Изменение функции щитовидной железы	–	+	+	+++
Сахарный диабет	–	+	+	+++
Дисгормональная гиперплазия молочных желез	–	Диффузная	Диффузно-узловая	Другие формы фиброаденоматоза
Боли в мышцах, суставах	–	Редкие	Периодами	Постоянные
Жажда	–	+	+	+++
Атрофия гениталий	–	+	+	+++
<i>Психоземональные (в)</i>				
Снижение работоспособности, утомляемость	–	После легкой физической работы <sup>1</sup>	После легкой умственной работы	Пробуждение с чувством усталости

Рассеянность, ослабление памяти	—	+	+	+++
Раздражительность, плаксивость	—	+	+	+++
Расстройство аппетита	—	Повышение	Снижение	Отсутствие
Навязчивые мысли, состояния, действия	—	Мнительность	Беспричинный страх	Суицидальные мысли
Преобладающее настроение	Уравновешенное	Неуравновешенное	Депрессия	Меланхолия
Нарушение полового влечения	—	Снижение	Отсутствие	Повышение
¹ Интенсивность проявлений симптома: слабая (+), средней степени (++), сильная (+++)				

*Примечание.* Каждый из отдельных симптомов оценивается в зависимости от степени выраженности баллами от 0 до 3. Выделенные симптомокомплексы анализируются по отдельности. Значение нейро-вегетативного симптомокомплекса, оцененное до 10 баллов, рассматривается как отсутствие клинических проявлений; 10—20 баллов — как слабая степень; 21—30 баллов — средняя; свыше 30 баллов — тяжелая форма синдрома. Обменно-эндокринные и психоэмоциональные нарушения в пределах 1—7 баллов — слабая степень; 8—14 баллов — средняя; свыше 14 баллов — тяжелая форма заболевания. Эффект от лечения может расцениваться как положительный при достаточно быстром снижении указанных значений; неполный — при замедленном темпе; отрицательный — при отсутствии снижения.

### Классификация шовных материалов

#### 1. По способности к биодеструкции.

##### *Рассасывающиеся:*

- кетгут;
- коллаген;
- материалы на основе целлюлозы: окцелон, кашелон;
- на основе полигликолидов: полисорб, викрил, дексон, максон;
- полидиоксанон: ПДС, ПДС-2;
- монокрил;
- капроаг;
- полиуретан.

##### *Медленно рассасывающиеся:*

- шелк;
- полиамидные (капроновые) нити: капрон, этилон, нуrolон, дермалон, монософ, фторэст.

##### *Нерассасывающиеся:*

- полиэфиры: лавсан, суржидак, мерсилен, этибонд, синтофил, максилен, дакрон;
- полиолефины; суржипро, пролен, полипропилен, суржилен;
- фторполимеры: флексамид;
- поливинилиден;
- эластик;
- металлическая проволока;
- нитинол.

#### 2. По структуре нити.

*Мононить* (монофиламентная) в сечении представляет единую структуру с абсолютно гладкой поверхностью.

*Полинить* (многофиламентная) состоит из множества нитей:

- крученая нить изготавливается путем скручивания нитей по оси;
- плетеная нить — путем сплетения многих филамент по типу каната;
- комплексная нить — это плетеная нить, пропитанная или покрытая полимерными материалами.

### Выбор оптимального шовного материала при гинекологических операциях

Ушивание	Шовный материал
Матка	Рассасывающиеся нити: викрил, дексон, полигликолид, полисорб, монокрил, ПДС, ПДС-2. Следует воздержаться от использования для ушивания разреза на матке кетгута
Перитонизация	Викрил, дексон, хромированный кетгут, полигликолид
Брюшина и мышцы передней брюшной стенки	Хромированный кетгут, дексон, викрил, полигликолид. При повторных операциях (особенно при нижнесрединной лапаротомии), в связи с высоким риском развития послеоперационных грыж, мышцы ушиваются рассасывающимися материалами с длительным сроком биодеградации — полисорб, монокрил, капроаг, ПДС, ПДС-2
Апоневроз	Предпочтительнее использовать полиамидные капроновые нити (капрон, этилон, нуrolон, дермалон, монософ, фторэст), полиолефины (суржипро, суржилен, полипропилен, пролен), рассасывающиеся материалы с длительным сроком биодеградации (ПДС, ПДС-2), полиэфирные нити (полиэфир, лавсан, суржидак, мерсилен, синтофил, этибонд, максилен, дакрон), шелк
Подкожно-жировая клетчатка	Хромированный кетгут, дексон, викрил, полигликолид, дермалон, этилон
Кожа (косметический внутрикожный непрерывный шов)	Викрил, полигликолид, полисорб, дексон
Кожа (узловые швы)	Тот же, что и при ушивании апоневроза



### Оценка состояния новорожденного после рождения по шкале Апгар (через 1 мин и 5 мин)

Параметр	Оценка в баллах		
	0	1	2
Частота сердцебиений, уд/мин	Отсутствует	Менее 100	Более 100
Дыхание	Отсутствует	Брадикапнозное, нерегулярное	Нормальное, громкий крик
Окраска кожи	Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	Розовая окраска и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	Розовая
Мышечный тонус	Отсутствует	Легкая степень сгибания конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из верхних дыхательных путей, раздражение подошв)	Отсутствует	Гримаса	Кашель

Состояние новорожденного в первую минуту и через 5 мин после рождения оценивают по шкале Апгар. Используя этот метод, можно достаточно объективно судить о состоянии ребенка. Большинство новорожденных в первую минуту получают оценку 7–8 баллов из-за акроцианоза (следствие переходного кровообращения) и сниженного мышечного тонуса. Спустя 5 мин оценка повышается до 8–10 баллов. Оценка 10 баллов в первую минуту бывает не более, чем у 15 % новорожденных. Оценка по Апгар 4–6 баллов через 1 мин после рождения соответствует асфиксии средней степени; 0–3 балла — тяжелой асфиксии.

## Партограмма



**Диагностические критерии  
железодефицитной анемии у женщин**

Показатель	Уровень для беременных и фертильных женщин	
	здоровые	больные ЖДА
Небеременные Hb (г/л)	> 120	< 120
Беременные Hb (г/л)	> 110	< 110
Среднее содержание Hb в эритроците (MCH), пкг	28–33	< 28
Гематокрит (%)	36–42	< 33
Цветовой показатель	0,86–1,0	< 0,85
Средний объем эритроцитов (MCV), Fe	75–96	< 75
Сывороточный ферритин (мкг/л)	12–150	< 12
Сывороточное железо (мкмоль/л)	11–25	< 11
ОЖСС сыворотки (мкмоль/л)	50–84	> 70
Насыщение трансферрина железом (%)	17–45	< 17

Справочное издание

**Баранник Светлана Валентиновна**  
**Дикке Галина Борисовна**

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ:  
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ-СПРАВОЧНИК**

Под редакцией **Макацария** Александра Давидовича

Руководитель научно-информационного отдела,  
канд. мед. наук *А. С. Макарян*  
Главный редактор *А. С. Петров*  
Зам. главного редактора *С. А. Дубок*  
Ответственный за выпуск *О. В. Жукова*  
Редактор *Е. Б. Родина*  
Корректор *О. И. Рябчикова*  
Компьютерная верстка *В. А. Крыжко*

Санитарно-эпидемиологическое заключение  
№ 77.99.02.953.Д.001179.03.05 от 15.03.2005 г.

Подписано в печать 18.12.2006.

Формат 84 × 108/32. Бумага офсетная. Гарнитура «NewtonС».

Печать офсетная. Объем 11,5 печ. л. Тираж 3000 экз.

Заказ № 2170

ООО «Медицинское информационное агентство»

119435, Москва, ул. Погодинская, 18/2

Тел.: 245-67-75

E-mail: [miapubl@mail.ru](mailto:miapubl@mail.ru)

<http://www.medagency.ru>

Интернет-магазин: [www.medkniga.ru](http://www.medkniga.ru)

Отпечатано с готовых диапозитивов  
в ОАО «Марийский полиграфическо-издательский комбинат»  
424002, г. Йошкар-Ола, ул. Комсомольская, 112

ISBN 5-89481-368-9



9 785894 813684