

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ
ПО АКУШЕРСТВУ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 3 КУРСА
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА**

1. Тема: «Предмет «Акушерство и гинекология», исторические этапы развития. Организация акушерско-гинекологической и стоматологической помощи в России. Особенности деонтологии. Физиология и клиническая анатомия женской половой сферы. Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов. Изменения в организме беременной женщины. Диагностика беременности. Признаки беременности».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ:

- основные события истории развития акушерского дела и вклад в развитие родовспоможения наиболее выдающихся специалистов прошлого и современности;
- структуру и назначение системы родовспоможения;
- порядок приема рожениц;
- оснащение отделений;
- основные показатели работы учреждений родовспоможения и факторы, влияющие на них;
- нормативные документы, по которым организована работа женской консультации и родильного дома;
- связи профессионального взаимодействия учреждений родовспоможения с другими учреждениями и ведомствами;
- физиологию и анатомию женской половой сферы, наружные и внутренние половые органы женщины, строение тазового дна, связочный аппарат матки;
- кровоснабжение и иннервацию наружных и внутренних половых органов;
- анатомию женского таза;
- плоскости и размеры женского таза;
- признаки и основные методы диагностики беременности;
- плод как объект родов;
- изменения в организме женщин во время беременности.

УМЕТЬ:

- ориентироваться в нормативной документации;
- использовать знания анатомии, физиологии женской половой сферы и акушерские аспекты строения женского таза и анатомии плода в изучении дисциплины «акушерство и гинекология».

Содержание занятия:

Философия акушерства, цели, значение, ценности акушерской профессии. Основные этапы развития родовспоможения; исторические научные, социальные факторы, влияющие на развитие акушерства. Роль выдающихся акушеров в развитии родовспоможения. Структура родовспоможения, назначение каждого подразделения. Структура и назначение женской консультации и родильного дома. Нормативные документы, по которым организована работа женской консультации и родильного дома. Приказы №50, №808н, №572н. Основы профессионального общения. Основы этики и

деонтологии в акушерской практике. Особенности организации безопасности пациентов и охраны труда персонала учреждений родовспоможения. Связи профессионального взаимодействия учреждений родовспоможения с другими учреждениями и ведомствами.

Организация акушерской и гинекологической помощи призвана решать определенный круг задач, способствующих сохранить репродуктивное здоровье, обеспечить проблемы планирования семьи, снижение материнской и перинатальной смертности, обеспечить здоровье женщины.

Для оказания помощи существуют акушерские стационары (родильные дома), которые могут существовать самостоятельно или быть структурной единицей городской больницы, центральной районной больницы, клиническим отделением многопрофильной больницы. Амбулаторно помощь беременным и гинекологическим больным оказывает участковый акушер-гинеколог, который работает в женской консультации. В последние годы создаются объединенные акушерско-терапевтичеко-педиатрические комплексы, целью которых является всесторонняя помощь женщинам. Благодаря организации подобных комплексов осуществляется преемственность и непрерывность медицинской помощи беременным и новорожденным, подготовка девушек к материнству, выявление и лечение экстрагенитальной патологии у беременных, подготовка их к родоразрешению.

Анатомия женской половой сферы. Строение таза, отличие женского таза от мужского. Строение наружных и внутренних половых органов. Строение тазового дна. Связочный аппарат матки (подвешивающий, поддерживающий и закрепляющий). Кровоснабжение, иннервация наружных и внутренних половых органов. Таз с акушерской точки зрения. Плод как объект родов.

Диагностика беременности заключается в установлении факта беременности и ее срока. Наличие беременности констатируется на основании сомнительных, вероятных и достоверных признаков. Важное место в обследовании беременных принадлежит УЗИ, КТГ. Приказы №50, №808н, №572н.

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

Под влиянием новых условий, связанных с развитием плода, в организме женщины при беременности возникают многочисленные и сложные изменения. Эти изменения физиологические; они способствуют правильному развитию плода, подготавливают организм женщины к родам и кормлению новорожденного.

Существует тесная связь зубочелюстной системы с изменениями, происходящими в женском организме. Установлено влияние системного остеопороза на состояние зубочелюстной системы. Костная ткань альвеолярного гребня, как и скелета, высокочувствительна к гормональным регулирующим и контролирующим механизмам организма. Особенно выраженная взаимосвязь процессов моделирования и минерализации альвеолярной кости с функцией гипоталамо-гипофизарной системы проявляется в детском возрасте. Нарушение функционального состояния системы «гипоталамус–гипофиз–половые железы» способствует ухудшению процессов минерализации костной ткани скелета и альвеолярной кости, что обуславливает формирование низкого пика костной массы. В период полового созревания у подростков встречаются ювенильный остеопороз, ювенильные гингивиты, пародонтиты. У девочек с нарушением менструальной функции часто наблюдаются изменения в тканях пародонта как следствие недостаточной выработки эстрогенов, нарушения формирования костной ткани. Кроме того, следует отметить нарушения формирования пика костной массы и достоверно низкие показатели минеральной плотности костей скелета у детей с зубочелюстной патологией. У них часто имеются нарушения формирования опорного скелета, сколиотическая болезнь. В этом аспекте недостаточную плотность костной ткани,

остеопению можно рассматривать как первопричину развития заболеваний тканей пародонта, опорного аппарата, зубочелюстных аномалий.

Развитию воспалительных процессов в тканях пародонта благоприятствуют нарушения в сфере половых гормонов. Повышенное содержание эстрогена и прогестерона в организме повышает проницаемость сосудов десен и чувствительность десневой ткани к действию микроорганизмов. При пониженной же экскреции эстрогенов выявляется спастико-атоническое состояние капилляров, анемичность десен, а, как известно, ишемия, нарушение кровоснабжения тканей способствуют возникновению воспаления. Клинический опыт показал, что явления гиперплазии десны, вызванные преобладающим действием эстрогена, наблюдаются при большой продолжительности цикла (с интервалами между менструациями более 30 дней), а также при позднем наступлении менструации (14-15 лет). Напротив, симптом десквамативного гингивита возникает при преобладании действия прогестерона, клинически он наблюдается при незначительной продолжительности менструального цикла (Виноградова Т.Ф., 1987).

Некариозные поражения зубов (эрозии, клиновидные дефекты, повышенная стираемость) мы можем считать маркерами эндокринных нарушений у женщин и прежде всего, дисфункции половых желез.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы структуры родильного стационара и женской консультации, таз, муляжи.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Отечественные и зарубежные ученые в акушерстве и гинекологии.
2. Структура родильного дома.
3. Организация и работа санитарного пропускника (приемное отделение). Роль фильтра родильного стационара.
4. Родовой блок физиологического (первого) отделения, основные правила работы в родильном блоке.
5. Второе (обсервационное) акушерское отделение, принцип работы.
6. Отделение патологии беременных, санитарно-гигиенический режим в отделениях.
7. Асептика и антисептика в акушерстве: санитарно-эпидемиологический режим родильного стационара, личная гигиена персонала.
8. Строение и назначение костного таза.
9. Анатомия внутренних половых органов.
10. Связочный аппарат матки.
11. Тазовое дно, его назначение. Мышцы тазового дна.
12. Кровоснабжение и иннервация женских половых органов.
13. Циклические изменения в яичниках и матке.
14. Таз в акушерском отношении:
 - а) большой таз,
 - б) малый таз.
15. Плоскости и размеры малого таза. Проводная ось таза, наклонение таза.
16. Плод как объект родов.
17. Диагностика ранних сроков беременности. Признаки беременности.
18. Диагностика поздних сроков беременности. Определение жизни и смерти плода.
19. Изменения в организме женщин во время беременности.

Тема 2: «Методы обследования беременных и рожениц, задачи врача-стоматолога. Приёмы наружного акушерского исследования, внутреннее исследование, дополнительные методы исследования. Лабораторные методы диагностики в акушерстве».

Цели и задачи занятия

После изучения темы студент должен

ЗНАТЬ:

- опрос, осмотр беременной;
- наружное тазоизмерение;
- приёмы Леопольда-Левицкого, понятия «положение», «предлежание», «вид», «позиция»;
- аускультация беременной;
- бимануальное исследование беременной;
- влагалищное исследование беременной;
- дополнительные методы исследования в акушерстве и перинатологии (ЭКГ, КТГ, УЗИ, биофизический профиль плода, доплерометрическое исследование кровотока, амниоскопия, амниоцентез, кордоцентез, исследование гормонального профиля).

УМЕТЬ:

- выполнить пельвиометрию;
- измерить высоту стояния дна матки;
- измерить окружность живота;
- провести наружное акушерское обследование;
- провести внутреннее акушерское обследование;
- провести аускультацию сердцебиения плода;
- определить предполагаемую массу плода

Содержание занятия:

Обследование беременных женщин проводится в женской консультации врачом акушером-гинекологом и при необходимости другими специалистами, в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 1 ноября 2012 года №572н.

Диспансеризации подлежат все беременные женщины, начиная с самых ранних сроков беременности (до 12 недель). Такой ранний охват беременных женщин врачебным наблюдением позволяет своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решать вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности. Ранняя постановка на учет позволяет наиболее точно установить срок беременности, своевременно решить вопрос о рациональном трудоустройстве беременной, произвести своевременное оздоровление беременной.

Обследование беременной женщины включает данные общего и специального анамнеза, объективного обследования – общего и акушерского, лабораторного исследования, УЗИ, функциональных исследований состояния плода (КТГ, ЭКГ).

При первом обращении женщины в консультацию по поводу беременности

необходимо: произвести общий осмотр женщины, измерить рост, вес, окружность живота и размеры таза, произвести двуручное исследование, измерить диагональную конъюгату таза, измерить артериальное давление на обеих руках. Для определения состояния легких, сердца, печени, почек, др. органов обязателен осмотр терапевта; для выявления очагов хронической инфекции – осмотр стоматолога, ЛОРа, других специалистов по показаниям. При взятии женщины на учет по беременности производится клинический анализ крови, клинический анализ мочи, бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища, определение группы крови и резус-фактора (при резус-отрицательной принадлежности – обследование мужа на групповую и резус-принадлежность), анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, остальные исследования – по показаниям. Все данные опроса и обследования женщины, а также советы и назначения должны записываться в "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111/У) при каждом посещении и скрепляться подписью врача. Особое внимание должно быть уделено беременным групп повышенного риска (осложнения беременности, экстрагенитальные заболевания и др.). После клинического и лабораторного обследования до 12 недель беременности определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска. В "Индивидуальной карте беременной и родильницы" составляется индивидуальный план по ведению беременной с использованием современных методов обследования состояния матери и плода. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации отдает на руки каждой беременной в сроке беременности 27–30 недель "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы" (форма 113/У).

При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить консультацию со всеми анализами и заключениями врачей через 7–10 дней после первого обращения, а затем посещать врача в первой половине беременности 1 раз в месяц, после 20 недель – 2 раза в месяц, после 32 недель – 3–4 раза в месяц. За время беременности женщина должна посетить консультацию примерно 14–15 раз. При каждом повторном осмотре беременной, кроме акушерского обследования (высота дна матки, окружность живота, положение плода, сердцебиение плода) необходимо измерить вес и артериальное давление, выявить наличие скрытых и явных отеков, произвести клинический анализ мочи. За время беременности женщина должна быть осмотрена терапевтом 2–3 раза, другими специалистами – по показаниям; клинический анализ крови, анализ крови на реакцию Вассермана, ВИЧ, бактериоскопическое исследование отделяемого влагалища должны быть произведены 2–3 раза, по показаниям чаще.

Основные задачи клинического обследования беременных — оценка их соматического здоровья и акушерского статуса, а главное — выявление факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и родов и ухудшить здоровье плода\новорожденного. Без клинического обследования беременных невозможна правильная оценка факторов риска развития перинатальной патологии и акушерских осложнений.

При клиническом обследовании беременной женщины или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее соматическое и специальное акушерское обследование.

ОПРОС

Основная цель опроса заключается в определении факторов, способных негативно повлиять на течение беременности и развитие плода. При опросе выясняют следующие сведения:

- Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.
- Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая — до 18 лет, возрастная (пожилая, старая) первородящая — свыше 30 лет.
- Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).
- Причина обращения к врачу акушеру-гинекологу.

• Условия труда и быта. Профессия. При наличии профессиональной вредности в целях исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины.

• Условия жизни: количество человек, проживающих с беременной, материальная обеспеченность, жилищные условия, наличие животных в квартире.

• Перенесённые соматические и инфекционные заболевания: детские инфекции — ветряная оспа, краснуха, корь, коклюш, эпидемический паротит, скарлатина; заболевания сердечнососудистой системы, эндокринной системы, ЖКТ, мочеполовой, дыхательной системы; рахит, ревматизм, дифтерия, дизентерия, вирусный гепатит, тиф, туберкулёз, токсоплазмоз, генитальный герпес, цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ), онкологические заболевания и др.

• Перенесённые переливания препаратов крови, аллергические реакции, операции, травмы (сотрясения головного мозга, переломы и др.).

• Эпидемиологический анамнез.

• Привычные интоксикации (курение табака, употребление алкоголя, наркотиков).

• Менструальная и половая функция.

• Репродуктивная функция: количество предыдущих беременностей, продолжительность, течение, многоплодные беременности, исходы (роды и аборты), интервалы между беременностями, осложнения в родах, осложнения после родов и абортов, масса новорождённого (новорождённых), развитие и здоровье имеющих в семье детей.

Акушерский анамнез дает ценную информацию для прогнозирования акушерских осложнений, особенностей течения беременности и родов. Осложнения предыдущих беременностей и родов, короткий интергенетический интервал повышают риск осложнений. В случае наличия рубца на матке после КС, энуклеации миоматозного узла, ушивания перфорационного отверстия необходимо уточнить срок перенесённой операции, вид КС (корпоральное или в нижнем маточном сегменте), характер течения послеоперационного периода.

• Перенесённые заболевания половых органов: воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, маточных трубах, яичниках; ИППП.

• Семейный анамнез:

• состояние здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулёз, алкоголизм, венерические заболевания, курение и др.);

• наследственность (многоплодные беременности, СД, онкологические и психические заболевания, гипертоническая болезнь, наличие в семье детей с врождёнными и наследственными заболеваниями и др.);

• возраст и состояние здоровья мужа, группа и резуспринадлежность его крови, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Обследование беременной проводят акушер-гинеколог, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости — эндокринолог, уролог, хирург, кардиолог. При наличии показаний проводят медико-генетическое консультирование.

Первичный осмотр беременной терапевтом и другими специалистами без ознакомления с выпиской из амбулаторной карты недопустим. Он возможен только в тех случаях, когда женщина не имеет амбулаторной карты по месту жительства.

Объективное исследование беременной включает:

• термометрию;

• антропометрию (измерение роста, определение массы тела);

• измерение АД для диагностики АГ;

• определение телосложения и пельвиометрию;

• осмотр кожных покровов;

• осмотр и пальпацию молочных желёз;

- осмотр и пальпацию живота;
- пальпацию лонного сочленения;
- исследование органов кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, нервной и эндокринной систем;
- рутинные исследования, проводимые врачами других специальностей.

Определение ростовесовых показателей является необходимым условием для диагностики ожирения и выявления скрытых отеков. Чем раньше выполнена антропометрия, тем более достоверными будут данные для сравнения по мере прогрессирования беременности.

Аналогичная закономерность относится и к измерению АД, так как в поздние сроки беременности дифференциальная диагностика гипертонической болезни и гестоза усложняется. Обязательно следует установить значение АД до беременности, так как диагностика АГ во время беременности основана на сравнении данных с исходными (до беременности или в ее начале). Так, повышение систолического АД на 30 мм рт. ст. и более по сравнению с исходными показателями и повышение диастолического АД на 15 мм рт. ст. указывают на АГ. Особенно важно это учитывать у женщин с гипотонией до беременности, когда абсолютные цифры АД при гестозе невысоки.

АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

- наружное акушерское исследование;
- внутреннее акушерское исследование;
- дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование включает: осмотр, пельвиометрию, а после 20недельного срока и измерение наибольшей окружности живота, пальпацию живота и лонного сочленения, аускультацию сердечных тонов плода.

Внутреннее акушерское исследование включает: осмотр наружных половых органов, исследование шейки матки при помощи зеркал, влагалищное исследование.

Наружное акушерское исследование

Акушерские измерения

Для косвенной оценки внутренних размеров малого таза проводят пельвиометрию.

Значения наружных размеров таза в норме:

- *distantia spinarum* 25–26 см;
- *distantia cristarum* 28–29 см;
- *distantia trochanterica* 31–32 см;
- *conjugata externa* 20–21 см;
- *conjugata diagonalis* 12,5–13 см.

Наиболее важно уже при первом осмотре определить *conjugata vera* (истинную конъюгату), то есть прямой размер входа в малый таз (в норме 11–12 см). Достоверные данные может дать ультразвуковое измерение, однако в связи с недостаточной распространённостью этого метода в настоящее время попрежнему используют косвенные методы определения истинной конъюгаты:

- из значения *conjugata externa* вычитают 9 см и получают приблизительный размер истинной конъюгаты;
- по вертикальному размеру ромба Михаэлиса (он соответствует значению истинной конъюгаты);
- по размеру Франка (расстояние от остистого отростка VII шейного позвонка до середины яремной вырезки), который равнозначен истинной конъюгате;
- по значению диагональной конъюгаты — расстояние от нижнего края лобкового симфиза до наиболее выдающейся точки крестцового мыса (12,5–13 см). Определяют при вагинальном исследовании. При нормальных размерах таза мыс недостижим. В случае достижения мыса из величины диагональной конъюгаты вычитают индекс Соловьёва и получают размер истинной конъюгаты.

Ряд авторов на основании сопоставления данных измерений индекса Соловьёва (1/10 окружности кисти в области лучезапястного сустава) и истинной конъюгаты предлагают вычитать из величины диагональной конъюгаты 1/10 окружности кисти. Например, при диагональной конъюгате 11 см и окружности лучезапястного сустава 16 см надо вычесть 1,6 — размер истинной конъюгаты составит 9,4 см (первая степень сужения таза), при окружности кисти 21 см вычитают 2,1, в этом случае размер истинной конъюгаты равен 8,9 см (вторая степень сужения таза). При отклонении одного или нескольких размеров от указанных значений необходимо произвести дополнительные измерения таза:

- боковая конъюгата — расстояние между передней и задней остями подвздошных костей одной и той же стороны (14–15 см и больше); если боковая конъюгата составляет 12,5 см и меньше, родоразрешение невозможно;

- косые размеры малого таза:

- от середины верхнего края лобкового симфиза до задней верхней ости обеих сторон (17,5 см);

- от передней верхней ости одной стороны до задней верхней ости другой стороны (21 см);

- от остистого отростка V поясничного позвонка до передневерхней ости каждой подвздошной кости (18 см);

измеренные расстояния сравнивают попарно.

Разница между размерами каждой пары более 1,5 см свидетельствует о косом сужении таза, что может отразиться на течении родов.

Также необходимо определить угол наклона таза — угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта (измеряется тазоугломером в положении женщины стоя); обычно он равен 45–55°; отклонение его величины в ту или иную сторону может неблагоприятно сказаться на течении родов.

Измеряют лонный угол — угол между нисходящими ветвями лонной кости. Лонный угол измеряют в положении беременной на гинекологическом кресле, при этом большие пальцы обеих рук располагают вдоль нисходящих ветвей лонной кости. В норме лонный угол равен 90–100°.

Информативно измерение размеров выхода таза:

- прямой размер (9 см) — между вершиной копчика и нижним краем лобкового симфиза. Из полученной цифры следует вычесть 2 см (толщина костей и мягких тканей);

- поперечный размер (11 см) измеряют тазомером с перекрещивающимися ветвями или жесткой линейкой между внутренними поверхностями седалищных бугров. К полученной цифре прибавляют 2 см (толщина мягких тканей).

Сантиметровой лентой измеряют окружность живота на уровне пупка (в конце нормальной беременности она равна 90–100 см) и высоту стояния дна матки (ВДМ) — расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки.

В конце беременности ВДМ в среднем равна 36 см. Измерение живота позволяет акушеру определить срок беременности, приблизительную предполагаемую массу плода (перемножив значения двух указанных размеров), выявить нарушение жирового обмена, заподозрить многоводие, маловодие.

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13–15 нед), можно определить тонус матки, величину плода, количество ОВ, предлежащую часть, а затем по мере прогрессирования беременности — членорасположение плода, его положение, позицию и вид.

При пальпации живота используют так называемые приёмы наружного акушерского исследования (приёмы Леопольда):

- 1-й приём наружного акушерского исследования — определение ВДМ и части плода, находящейся в дне.
- 2-й приём наружного акушерского исследования — определение позиции плода, о которой судят по месту расположения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек).
- 3-й приём наружного акушерского исследования — определение характера предлежащей части и её отношения к малому тазу.
- 4-й приём наружного акушерского исследования — определение соотношения предлежащей части со входом в малый таз.

Членорасположение плода — отношение конечностей плода к головке и туловищу. При определении положения плода (отношение продольной оси плода к продольной оси матки) различают положения:

- продольное;
- поперечное;
- косое.

Позиция плода — отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают I (спинка обращена к левой стороне матки) и II (спинка плода обращена к правой стороне) позиции плода. Вид позиции — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде, кзади — заднем виде.

Предлежание плода — отношение крупной части плода (головки и ягодиц) ко входу в малый таз.

Пальпацию лонного сочленения производят для выявления расхождения лонного сочленения и симфизита во время беременности. Обращают внимание на ширину лонного сочленения, его болезненность при исследовании.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Выслушивание сердцебиения плода производят акушерским стетоскопом, начиная со второй половины беременности (реже с 18–20 нед). Акушерский стетоскоп отличается от обычного широкой воронкой. Сердечные тоны плода прослушиваются с той стороны живота, куда обращена спинка, ближе к головке. При поперечных положениях сердцебиение определяют на уровне пупка, ближе к головке плода. При многоплодной беременности сердцебиения плодов обычно выслушиваются отчётливо в разных отделах матки. Сердцебиение плода имеет три основные аускультативные характеристики: частоту, ритмичность и ясность. Частота ударов в норме 120–160 в минуту.

Сердцебиение должно быть ритмичным и ясным. Помимо акушерского стетоскопа, для аускультации сердечных тонов плода можно применять фетальные мониторы, работающие на основании эффекта Доплера.

ВНУТРЕННЕЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Внутреннее акушерское исследование производят при следующих условиях: беременная должна лежать на спине, согнув ноги в коленных и тазобедренных суставах и разведя их в стороны; таз женщины должен быть приподнят; мочевой пузырь и кишечник опорожнены; исследование производят с соблюдением всех правил асептики.

ОСМОТР НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

При осмотре наружных половых органов отмечают характер оволосения (по женскому или мужскому типу), развитие малых и больших половых губ, состояние промежности (высокая и корытообразная, низкая); наличие патологических процессов: воспаление, опухоли, кондиломы, свищи, рубцы в области промежности после разрывов. При осмотре области заднепроходного отверстия обращают внимание на наличие геморроидальных узлов.

Раздвинув пальцами малые половые губы, осматривают вульву и вход во влагалище, состояние наружного отверстия мочеиспускательного канала, парауретральных ходов и выходных протоков больших желез преддверия влагалища.

ОСМОТР ШЕЙКИ МАТКИ ПРИ ПОМОЩИ ЗЕРКАЛ

При исследовании используют ложкообразные или створчатые зеркала. Определяют: окраску слизистой оболочки шейки матки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки матки и наружного маточного зева, наличие патологических процессов на шейке матки (рубцовая деформация, эктропион, эктопия, лейкоплакия, полип цервикального канала, кондиломы) и стенках влагалища.

АКУШЕРСКОЕ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ в первом триместре беременности двуручное (влагалищнобрюшностеночное), а во II и III триместрах — одноручное (нет необходимости в пальпации через переднюю брюшную стенку).

В начале исследования определяют состояние промежности (её ригидность, наличие рубцов) и влагалища (ширину и длину, состояние его стенок, складчатость). Затем обследуют шейку матки: определяют её длину, форму, консистенцию, наличие на ней рубцов и разрывов, состояние наружного зева (закрыт, приоткрыт, пропускает кончик пальца, проходим для одного пальца и т.д.). Накануне родов определяют степень зрелости шейки матки, которая является интегральным показателем готовности организма к родам.

Дополнительные методы исследования беременных – УЗИ, КТГ, ДПМ, лабораторные методы диагностики.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, фантом, тазомер, сантиметровая лента.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Методы обследования беременных.
2. Наружное тазоизмерение (размеры таза): крестцовый ромб, измерение таза (наружная конъюгата, прямой размер выхода, поперечный размер выхода).
3. Приёмы Леопольда-Левицкого.
4. Определение диагональной конъюгаты.
5. Влагалищное исследование беременной.
6. Аускультация беременных.
7. Дополнительные методы обследования беременных.

Тема 3: «Клиника, течение и ведение нормальных родов. Характер схваток, потуг. Акушерское пособие во II периоде родов. Признаки отделения плаценты. Способы выделения последа. Диагностика внутриутробного состояния плода и новорожденного. Шкала Апгар. Первый туалет новорожденного».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ

- причины развития родовой деятельности;
- признаки готовности к родам;
- особенности прелиминарного периода;
- физиологические изменения, происходящие в организме роженицы по периодам родов;
- биомеханизм родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания;
- принципы обследования, наблюдения роженицы, ведения родов по периодам;
- особенности ухода за роженицей;
- оценка состояния новорожденного, первичный туалет новорожденного, доврачебную помощь, прикладывание к груди;
- особенности и принципы ведения раннего послеродового периода, наблюдение и уход за родильницей и новорожденным;
- причины родовой боли;
- история применения методов обезболивания в родах;
- современные методы обезболивания родов;
- принципы и методы физиопсихопрофилактического метода;
- медикаментозные методы обезболивания.

УМЕТЬ:

- поставить диагноз родов по периодам (или предвестников родов);
- оценить характер схваток;
- посчитать общую продолжительность родов, продолжительность каждого периода в отдельности и безводного периода;
- наблюдать и осуществлять уход за роженицей (в каждом периоде родов);
- оценить состояние новорожденного, провести первичный туалет, оказать доврачебную помощь, приложить к груди;
- наблюдать и проводить уход за родильницей в раннем послеродовом периоде.

В том числе уметь выполнять следующие манипуляции и процедуры:

- оценка сократительной деятельности матки;
- определение высоты стояния контракционного кольца;
- объяснить женщине физиологический характер родов;
- объяснить женщине приемы самообезболивания в родах;
- акушерское пособие в родах (на фантоме);
- определение признаков отделения последа;
- первичный туалет новорожденного (на фантоме);
- осмотр последа;
- оценка кровопотери;
- отделение последа наружными приемами (на фантоме);
- осмотр родовых путей (на фантоме);

- катетеризация мочевого пузыря.

Содержание занятия:

Роды

Роды возникают в результате физиологических изменений в нервной, эндокринной, половой и др. системах организма беременной.

1.1. Большое значение имеют изменения нервной системы. Согласно теории о "доминанте беременности", под влиянием длительной афферентной импульсации (главным образом из матки) в ЦНС создается местный очаг повышенной возбудимости, который тормозит др. рефлексы. В конце беременности матка начинает все сильнее реагировать на механические, химические и др. раздражения, исходящие из организма беременной (гормоны, электролиты и др.), плода и из внешней среды. «Доминанту беременности» сменяет «доминанта родов».

1.2. В конце беременности наступают изменения в соотношениях стероидных и др. гормонов, оказывающих сильное влияние на возбудимость и сократительную деятельность матки.

Уменьшается количество гонадотропинов и прогестерона, потому повышается синтез эстрогенов, вызывающих сокращения мускулатуры матки. Возрастает активность передатчика нервного возбуждения ацетилхолина, серотонина.

1.3. Многочисленными исследованиями доказано, что синтез эстриола осуществляется в фетоплацентарной системе. Таким образом: нарушения в фетоплацентарной системе, а также нарушения в гипофизарно-надпочечниковой системе плода (при пороках и аномалиях его развития) приводят к изменению синтеза эстрогенов, прогестерона, окситоцина, способствующих подготовке организма матери к родовой деятельности.

Первый период родов

Матке в значительной степени присущи свойства автоматизма, подобно мышце сердца.

К методам регистрации сократительной деятельности матки относятся:

- 1) гистерография,
- 2) многоканальная гистерография,
- 3) радиотелеметрия.

При характеристике состояния плода в родах оценивают параметры кардиотокограммы (базальный ритм сердечных сокращений, его вариабельность, характер акцелераций и децелераций сердечного ритма), сопоставляя их с данными, отражающими сократительную деятельность матки.

Механизм периода раскрытия

Таким образом, к началу родов происходит с одной стороны – повышение возбудимости матки, с другой – усиление механических и химических раздражений рецепторов матки. Когда возбудимость матки и сила раздражения, вызванная движениями плода и соприкосновением предлежащей части с нижним сегментом и шейкой матки, достигают определенного предела, возникает родовая деятельность. В подготовительном периоде значительно возрастает содержание в организме эстрогенов, релаксина, веществ, повышающих сократительную деятельность матки (окситоцин, ацетилхолин), увеличиваются признаки «зрелости» шейки матки и появляются др. предвестники родов. Нормальный прелиминарный период характеризуется появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей

схваткообразного характера внизу живота и пояснице. Ритм сна и бодрствования не нарушается. Продолжительность прелиминарного периода - 6 часов. Постепенно схватки – предвестники переходят в регулярные родовые схватки.

Клиническое течение и ведение родов.

Период раскрытия.

Началом родов принято считать появление ритмично повторяющихся каждые 10–15 минут сокращений матки, которые постепенно усиливаются, а интервалы между ними сокращаются. В начале родов каждая схватка продолжается 10–15 сек., к концу I периода родов 60–80 секунд. Паузы между схватками в начале родов длятся 10–15 мин., затем укорачиваются к началу периода изгнания плода схватки наступают через 1–2 мин. Сократительная деятельность матки в родах характеризуется тонусом матки, интенсивностью (силой) схватки, ее продолжительностью, интервалом между схватками, ритмичностью, частотой и во II периоде родов - наличием потуг. Интенсивность схваток увеличивается по мере развития родов, и в норме в I периоде родов колеблется от 30 до 50 мм рт. ст. Во II периоде родов интенсивность сокращений матки уменьшается, но в связи с присоединением сокращений поперечно-полосатой мускулатуры (потуги) достигает 90–100 мм рт. ст. Продолжительность схваток в I периоде родов по мере их прогрессирования увеличивается с 60 до 100 сек., во II периоде она равна примерно 90 сек. Интервал между схватками по мере прогрессирования родов уменьшается, составляя в I периоде родов – 60 сек, во II периоде – 40 сек. В норме в течение родов количество схваток увеличивается от 2 до 5 за 10 мин.

I латентной фазой называют промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до открытия маточного зева на 3–4 см). Длительность латентной фазы 4-8 часов, частота схваток – 1-2 за 10 мин., малоболезненные.

II активная фаза родов характеризуется быстрым открытием маточного зева (3-4 часа). Скорость раскрытия шейки матки в начале родов (латентная фаза) составляет 0,35 см/ч, а в активной фазе (открытие от 3 см до 8 см) равна 1,5–2 см/ч у первородящих и 2–2,5 см/ч у повторнородящих. Частота схваток – 3 – 5 за 10 мин., болезненные.

III фаза замедления (от раскрытия шейки матки на 8 см до полного раскрытия), скорость – 1-1,5 см/ч, (40 мин. – 2 ч. у первородящих).

Клиническое течение I периода

Существующие взгляды на механизм раскрытия шейки матки в родах в настоящее время отражены в следующих концепциях:

- а) концепция контракции – ретракции – дистракции;
- б) теория тройного нисходящего градиента;
- в) концепция гидравлического клина;
- г) дискретно-волновая теория.

Ведение I периода родов

- Контроль за состоянием роженицы: общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др.
- Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях не реже 1 раза в час.
- Измерение температуры тела не реже 1 раза в 4 ч.
- Оценка мочевыделительной функции и состояния мочевого пузыря (мочеиспускание не реже 1 раза в 4 ч, при отсутствии самостоятельного

мочеиспускания – выведение мочи катетером, количество, цвет мочи, примесь крови).

- Оценка сократительной активности матки – тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность – не реже 1 раза в 2 ч.
- Определение высоты стояния предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 ч.
- Кардиотокография плода при поступлении в течение 40 мин –1 ч, далее в прерывистом режиме по 20–30 мин, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.
- При отсутствии кардиотокографии сердцебиение плода выслушивается с помощью стетоскопа в течение 30 с – 1 мин каждые 15–30 мин, а также после излития вод, при появлении кровяных выделений, ухудшении состоянии роженицы.
- Ведение партограммы.
- Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2–3 ч.
- Влагалищное исследование: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4 ч. в течение родов; при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности и пр.).
- Амниотомия (раскрытие шейки матки более 6 см, плоский плодный пузырь).
- Для исключения повторных венепункций и обеспечения срочной инфузии при возникновении экстренной необходимости в периферическую вену устанавливается постоянный внутривенный катетер.
- Внутривенное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты – см. список лекарственных препаратов).
- Внутримышечное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты – см. список лекарственных препаратов).
- Ректальное введение лекарственных средств (спазмолитики – см. список лекарственных препаратов).
- Осмотр врачом-анестезиологом (перед обезболиванием и в процессе обезболивания – по протоколу обезболивания).
- Обезболивание родов (эпидуральная аналгезия или наркотические анальгетики – по протоколу обезболивания)

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называется биомеханизмом родов.

При переднем виде затылочного предлежания различают 4 момента механизма родов.

- I. Сгибание головки.
- II. Внутренний поворот головки.
- III. Разгибание головки.
- IV. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания

При заднем виде затылочного предлежания различают 5 моментов механизма родов:

- I. Сгибание головки.
- II. Внутренний поворот головки.
- III. Дополнительное сгибание головки.
- IV. Разгибание головки.
- V. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Клиническое течение II периода родов

Различают:

- 1) Головка над входом в малый таз.
- 2) Головка во входе в малый таз малым сегментом.
- 3) Головка во входе в малый таз большим сегментом.
- 4) Головка в широкой части полости малого таза.
- 5) Головка в узкой части полости малого таза.
- 6) Головка в выходе таза.

Ведение II периода родов

- Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушения зрения).
- Контрольное измерение пульса и артериального давления на периферических артериях в начале второго периода родов, каждые 30 мин, с наступлением потуг.
- Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалитическим исследованием. В начале второго периода, затем через 1 ч, при появлении потуг, далее каждые 15 мин.
- Выслушивание сердцебиения плода в течение 30 с – 1 мин в начале второго периода родов каждые 15 мин, далее после каждой потуги.
- Вызов на роды неонатолога и подготовка к приему ребенка (раскрытие родового комплекта, согревание пеленального стола, детского белья и др.).
- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза. Если при головке плода, расположенной в узкой части полости или выходе таза, у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода), нет необходимости в регулировании потуг. При отсутствии эффективной потужной деятельности применяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий, направленных на продвижение головки плода.
- Ручное пособие в родах (оказывает акушерка), положение женщины – полусидя (на кровати-трансформере):
 - 1) уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров;
 - 2) воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг;
 - 3) освобождение плечиков и рождение туловища.
- Рассечение промежности проводится не рутинно, а по четким показаниям (угроза ее разрыва, острая гипоксия плода, показания со стороны матери).

- Профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде родов путем введения утеротонических средств (в момент рождения переднего плечика плода вводят окситоцин 10 ЕД внутримышечно или 5 ЕД внутривенно медленно). С целью профилактики кровотечения возможно в конце первого периода родов введение раствора окситоцина 5 ЕД на 50 мл физиологического раствора с помощью инфузомата, начиная с 1,9 мл/ч. После рождения переднего плечика скорость инфузии увеличивают до 15,2 мл/ч. Пересечение пуповины проводится после прекращения пульсации или через 1 мин после рождения ребенка.
- Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.
- Размещение новорожденного на груди матери (проводит акушерка).
- Опорожнение мочевого пузыря.
- Уход за новорожденным осуществляется по протоколу базовой помощи доношенному новорожденному.

Последовый период

При последовых схватках сокращается вся мускулатура матки, включая и область прикрепления плаценты (плацентарная площадка). Плацента не обладает способностью к сокращению, поэтому происходит ее отслойка.

Понятие о физиологической кровопотере

Физиологической кровопотерей считается кровопотеря, составляющая 0,5 % от массы тела беременной; пограничной считается кровопотеря от 0,5 до 0,7 %, патологической – свыше 0,7 % от массы тела беременной. Кровотечение, в результате которого теряется 1,5 % от массы тела, считается массивным акушерским кровотечением.

Признаки отделения плаценты:

1. Альфельда – лигатура от половой щели опускается на 10 см.
2. Шредера – увеличение высоты матки и смещение её вправо.
3. Микулича-Кальмана – позыв на потугу.
4. Клейна – удлинение и отсутствие обратного движения пуповины после натуживания.
5. Кюстнера – Чукалова – отсутствие втяжения пуповины при надавливании ребром ладони над лоном.
6. Штрассмана – отсутствие кровенаполнения пережатого конца пуповины при натуживании.
7. Довженко – пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище.

Приемы выделения отделившегося последа:

1. Прием Абуладзе — потуживание при захватывании передней брюшной стенки.
2. Прием Гентера — давление от дна по ребрам матки книзу и внутрь.
3. Прием Креде-Лазаревича — выжимание последа после обхвата дна матки ладонной поверхностью руки.
4. Прием Роговина – тело матки двумя ладонными поверхностями отводят кверху, после чего правой рукой производят выжимание последа путем сжимания

матки в переднезаднем направлении и одновременного надавливания на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.

5. Прием Брандт-Эндрю – левой рукой слегка натягивают пуповину, в то время как правой отодвигают дно матки кверху; затем, продолжая натягивать пуповину, пальцами правой руки оказывают давление между дном матки и симфизом, оттесняя дно матки дальше вверх, а послед вниз. (Рекомендовано ВОЗ).

Ведение III периода родов

- Оценка состояния матери в третьем периоде родов (общее состояние, жалобы, болевые ощущения, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения, объем кровяных выделений из половых путей).
- Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях матери после рождения ребенка.
- Забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови, резус-фактора ребенка, проведения проб Кумбса и Розенфельда при 0(I) группе или Rh - отрицательной принадлежности крови женщины.
- Определение признаков отделения последа.
- Применение наружных приемов выделения отделившегося последа

Ранний послеродовой период

- Осмотр последа.
- Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал.
- Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной анальгезией).
- Наблюдение за родильницей в родильном блоке в течение 2 ч после родов:
 - 1) оценка общего состояния родильницы, жалоб после рождения последа и каждые 20–30 мин;
 - 2) измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение;
 - 3) наблюдение за состоянием матки каждые 20–30 мин;
 - 4) контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20–30 мин;
 - 5) прикладывание ребенка к груди родильницы и проведение первого кормления;
 - 6) вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом родильницы в послеродовое отделение;
 - 7) опорожнение мочевого пузыря родильницы перед переводом в послеродовое отделение через 2 ч после родов.
- Наружный массаж матки после рождения последа.
- Тщательная оценка величины кровопотери.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: таблицы, слайды, фантом, обменные карты, истории родов, кукла.

Место проведения занятия: отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия «роды». Причины наступления родов, предвестники, прелиминарный период.
2. Первый период родов, родовые изгоняющие силы, методы регистрации сокращения матки.
3. Механизм периода раскрытия. Факторы, способствующие раскрытию шейки матки.
4. Клиническое течение I периода.
5. Ведение I периода родов, методика влагалищного исследования в родах.
6. Обезболивание родов.
7. Биомеханизм родов при пер. виде затылочного предлежания.
8. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
9. Клиническое течение II периода родов. Отношение головки плода к различным плоскостям таза.
10. Ведение II периода родов. Акушерское пособие.
11. Последовый период.
12. Понятие о физиологической, пограничной и патологической кровопотере.
13. Признаки отделения плаценты, способы выделения отделившегося последа.
14. Ведение III периода родов.

Тема 4: «Токсикозы I половины беременности. Учение о преэклампсии беременных. Эклампсия. Патогенез развития преэклампсии. Клинические формы преэклампсии, диагностика, основные принципы лечения».

Цели и задачи занятия

После изучения темы студент должен

ЗНАТЬ:

- этиологию, патогенез, классификацию, диагностику, клинику и лечение токсикозов I половины беременности,
- этиологию, патогенез, классификацию, диагностику, клинику и лечение преэклампсии,
- этиологию, патогенез, классификацию, диагностику, клинику и лечение эклампсии,
- этиологию, патогенез, классификацию, диагностику, клинику и лечение HELLP-синдрома.

УМЕТЬ:

на основании данных анамнеза, объективного исследования клинических анализов, функциональных и инструментальных методов исследования определить наличие преэклампсии и эклампсии у беременной и дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией; составить план лечения и ведения беременной в соответствии с диагнозом.

Содержание занятия:

Классификация ранних токсикозов.

1) Рвота беременных:

- а) легкая рвота
 - б) умеренная (средней степени тяжести)
 - в) чрезмерная (тяжелая степень тяжести).
- 2) Птиализм (слюнотечение).

К редким формам токсикозов относят: желтуху, дерматозы, острую желтую атрофию печени, бронхиальную астму, тетанию, остеопороз беременных.

Эти токсикозы могут возникать как в первой, так и во второй половине беременности.

Диагностика:

1) Тщательный сбор анамнеза беременной.

2) Объективное обследование женщины:

- осмотр кожных покровов:
 - взвешивание (прибавка или отсутствие прибавки массы беременной за определенный промежуток времени);
 - жалобы беременной;
 - запах ацетона изо рта.
- 3) Контроль за АД, пульсом.
- 4) Анализ крови общий, биохимический анализ.
- 5) Исследование мочи: общий анализ мочи, оценка суточного диуреза.
- 6) УЗИ матки (контроль за развитием плода).

Клиника рвоты беременных:

I легкая форма рвоты беременных: 2–3 раза в сутки, рвота чаще всего после приема

пищи, сопровождается тошнотой, снижением аппетита. Общее состояние беременной не страдает. Такая форма рвоты легко поддается лечению и проходит самостоятельно по достижению 8–12 недель беременности.

II умеренная форма рвоты беременных характеризуется учащением рвоты (до 10–12 раз в сутки) возникает независимо от приема пищи, сопровождается уменьшением массы тела, общей слабостью, тахикардией, сухостью кожи, понижением диуреза.

III чрезмерная рвота беременных: рвота повторяется до 20 и более раз в сутки и вызывает тяжелое состояние больных. Голод и обезвоживание организма ведет к истощению, падению массы тела, упадку сил. Язык сухой, изо рта запах ацетона. Тахикардия, артериальная гипотензия, t^0 тела повышается, в моче – ацетон, суточный диурез снижен, в крови повышение уровня гемоглобина в связи с обезвоживанием.

Слюнотечение – может сопутствовать рвота или встречаться как самостоятельный ранний токсикоз беременных.

Количество выделяемой слюны может быть умеренным или значительным: суточная саливация может достичь 1 литра и более. Умеренное слюнотечение угнетает психику беременной, но на состоянии заметно не отражается. При выраженном слюнотечении возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, понижается аппетит, ухудшается самочувствие, больная худеет, нарушается сон. Возникают признаки обезвоживания.

Редкие формы ранних токсикозов:

1) Желтуха беременных сопровождается желтушным окрашиванием кожи, зудом кожи, поражением печени.

2) Острая желтая атрофия печени иногда сопровождает чрезмерную рвоту беременных: имеются жировое и белковое перерождение печени, уменьшаются размеры печени, зуд кожи, желтушное окрашивание кожи, появляются судороги и кома.

3) Дерматозы беременных – заболевания кожи, появляющиеся во время беременности и исчезающие после родов. Характеризуются: зудом кожи, бессонницей, раздражительностью. Иногда может быть экзема кожи молочных желез или живота, бедер, рук; иногда проявления в виде скарлатиноподобных высыпаний на коже; иногда – в виде крапивницы.

Тетания беременных возникает при понижении функции паращитовидных желез, в результате чего нарушается обмен кальция. Проявляется судорогами мышц, чаще всего верхних конечностей ("рука акушера"), реже нижних ("нога балерины"), иногда мышц лица ("рыбий рот" или картина тризма), туловища, довольно редко – гортани и желудка.

Остеомалация – декальцинация костей, нарушение фосфорно-кальциевого обмена. Чаще всего проявляется поражением костей таза и позвоночника. Отмечается болезненность костей, может наступить их деформация, в частности клювовидное выступание симфиза, значительное смещение мыса в полость таза, уменьшение межвертельного размера.

Лечение:

1) При рвоте и слюнотечении беременных – психотерапия, лечебно-охранительный режим, физиотерапия (УФО, электросон, диатермия чревного сплетения), медикаментозное (бром с кофеином, витамины А, В1, В6, В12, С, Д; спленин, в/венно фракционно – глюкоза 40 % с аскорбиновой кислотой 5 % – 5,0).

Лечение рвоты беременных обычно бывает успешным.

При сильном слюнотечении в лечение добавляют атропин 0,0005 г 2 раза в день, кожу лица смазывают вазелином (для предупреждения мацерации).

2) Дерматозы беременных

- десенсибилизирующие (димедрол, пипольфен)
- общеукрепляющие (витамины)
- физиотерапия (УФО, кварц на область кожных высыпаний)
- обработка бриллиантовой зеленью кожных высыпаний.

3) Тетания беременной

- витамин Д, УФО, прогестерон.

Показания к прерыванию беременности при ранних и редких формах токсикозов:

- ✓ чрезмерная рвота беременных (при безуспешности стационарного лечения);
- ✓ желтуха беременных;
- ✓ острая атрофия печени;
- ✓ тетания беременных (при безуспешности лечения).

Профилактика ранних токсикозов:

1. Борьба с абортами.
2. Диспансерный учет и лечение женщин с хроническими воспалительными заболеваниями женских половых органов.
3. Создание эмоционального покоя во время беременности.
4. Беседы о правильном режиме питания, отдыха, сна в первые месяцы беременности.

Преэклампсия - это состояние, характеризующееся высокой сосудистой резистентностью при нормальном или сниженном ОЦК.

. Критерии постановки диагноза преэклампсии

- Срок беременности более 20 недель;
- Артериальная гипертензия (Критерии артериальной гипертензии во время беременности).

Критерии артериальной гипертензии во время беременности

- Регистрация величины систолического давления крови выше 140 мм рт. ст., диастолического давления крови выше 90 мм рт. ст. является достаточной для соответствия критериям артериальной гипертензии

ИЛИ:

- Повышение систолического давления крови на 30 мм рт. ст. по сравнению с его средней величиной, зарегистрированной до 20 недели беременности;
- Повышение диастолического давления крови на 15 мм рт.ст. по сравнению с его средней величиной, зарегистрированной до 20 недели беременности.

Степень тяжести артериальной гипертензии

- **Норма (для нормотоников):**
 - систолическое давление менее или равно 140 мм рт.ст.,
 - диастолическое давление менее или равно 90 мм рт.ст.
- **Умеренная гипертензия:**
 - систолическое давление 140-159 мм рт.ст.,
 - диастолическое давление 90-109 мм рт.ст.
- **Тяжелая гипертензия:**
 - систолическое давление более и равно 160 мм рт.ст.,
 - диастолическое давление более и равно 110 мм рт.ст.

Классификация*

- O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
- O14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией
 - O14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести
 - O14.1 Тяжелая преэклампсия
 - O14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная
- O15 Эклампсия
 - O15.0 Эклампсия во время беременности
 - O15.1 Эклампсия в родах
 - O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде
 - O15.9 Эклампсия неуточненная по срокам
- O16 Гипертензия у матери неуточненная

Критерии тяжести преэклампсии*

Средняя	Тяжелая
АД: 140/90 – 160/110 мм рт.ст. Протеинурия: более 0,3 г/сутки	АДсисст более 160 мм рт.ст. АДдиаст более 110 мм рт.ст. Протеинурия более 2,0 г за 24 часа При наличии симптомов преэклампсии следующие критерии: <ul style="list-style-type: none">• повышение креатинина более 90 мкмоль/л• тромбоцитопения $< 100 \cdot 10^9/\text{л}$• повышение АЛТ или АСТ• внутрисосудистый гемолиз• устойчивые головные боли или другие церебральные или зрительные расстройства.• устойчивая эпигастральная боль.• острое повреждение легких/острый респираторный дистресс-синдром, отек легких• задержка развития плода или антенатальная гибель плода

Клинические проявления преэклампсии

Симптомы и симптомокомплексы

- Со стороны центральной нервной системы:
 - головная боль, фотопсии, парестезии, фибрилляции, судороги
- Со стороны сердечно-сосудистой системы:
 - артериальная гипертензия, сердечная недостаточность, гиповолемия.

- Со стороны мочевыделительной системы:
 - олигурия, анурия, протеинурия
- Со стороны желудочно-кишечного тракта:
 - боли в эпигастральной области, изжога, тошнота, рвота
- Со стороны системы крови:
 - тромбоцитопения, нарушения гемостаза, гемолитическая анемия
- Со стороны плода:
 - задержка развития, внутриутробная гипоксия, антенатальная гибель.

**Объем лабораторного и функционального обследования, необходимый для дифференциальной диагностики преэклампсии тяжелой степени
В учреждении I уровня (минимум)**

- уровень протеинурии
- уровень гемоглобина, количество эритроцитов, гематокрит, количество тромбоцитов, исключение внутрисосудистого гемолиза эритроцитов.
- общий белок, мочевины, креатинин, билирубин, глюкоза крови, активность АЛТ, АСТ.
- УЗИ (исключение критического состояния плода, плацентарной апоплексии)
- КТГ (постоянный мониторинг)
- неинвазивный мониторинг у женщины (АД, ЧСС, ЧДД, диурез)

В учреждении II и III уровня (дополнительно)

- коагулограмма (количество тромбоцитов, АПТВ, МНО, фибриноген, продукты деградации фибриногена)
- тромбоэластограмма (при технической возможности на III уровне)
- уровень альбумина плазмы
- активность АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы крови, гаммаглутаматтрансферазы (ГГТП)
- кислотно-основное состояние и газы крови
- морфология эритроцитов (шизоциты), уровень свободного гемоглобина
- УЗИ плода, доплерометрия плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотоков
- транскраниальная доплерометрия сосудов головного мозга (при технической возможности на III уровне)

Лечение: Противосудорожная терапия, гипотензивная терапия, инфузионная терапия, трансфузионная терапия

Показания к родоразрешению

Экстренные (минуты) показания к родоразрешению:

- кровотечение из родовых путей, подозрение на отслойку плаценты
- острая гипоксия плода, в сроке беременности более 28 недель

Срочное (часы) родоразрешение:

- синдром задержки развития плода II-III степени

- выраженное маловодие
- нарушение состояния плода, зафиксированное по данным КТГ, УЗИ
- количество тромбоцитов менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$ и прогрессирующее его снижение
- прогрессирующее ухудшение функции печени и/или почек
- постоянная головная боль и зрительные проявления
- постоянная эпигастральная боль, тошнота или рвота
- эклампсия
- артериальная гипертензия не поддающаяся коррекции

Эклампсия. Основные рекомендации:

Критерии постановки диагноза эклампсии

Эклампсия – развитие судорожного приступа, серии судорожных приступов у женщин на фоне преэклампсии при отсутствии других причин, способных вызвать судорожный припадок.

В трети случаев эклампсия развивается внезапно на фоне любой по степени тяжести преэклампсии и далеко не всегда является показателем серьезности поражения. Основным благоприятным фактором после развития судорожного приступа следует считать наличие сознания и искусственно, медикаментозно устранять сознание возможно только при проведении общей анестезии при родоразрешении.

Классификация эклампсии

- Эклампсия во время беременности и в родах*
- Эклампсия в послеродовом периоде:
 - ранняя послеродовая (первые 48 ч)
 - поздняя послеродовая (в течение 28 суток после родов)

Алгоритм неотложной помощи и интенсивной терапии при преэклампсии, эклампсии

Догоспитальный этап (женская консультация, скорая медицинская помощь, амбулаторный прием смежных специалистов)

- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода
- Венозный доступ: периферическая вена
- Магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл через инфузомат со скоростью 2 г/ч. Инфузия: только магния сульфат на р-ре NaCl 0,9% (или другого кристаллоида)
- При АД выше 160/110 мм рт.ст. – гипотензивная терапия метилдопа, нифедипин
- При судорогах: обеспечение проходимости дыхательных путей
- При судорогах или судорожной готовности – бензодиазепины (диазепам 10 мг) в/в однократно
- При отсутствии сознания и/или серии судорожных приступов – перевод на ИВЛ с тотальной миоплегией
- Госпитализация в роддом/перинатальный центр исключительно на транспортировочных носилках

Госпитальный этап

Приемный покой

- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода
- Анестезиолог-реаниматолог вызывается в приемный покой при поступлении женщины в следующих ситуациях:
 - развитии судорог (судороги в анамнезе)
 - отсутствии сознания
 - высоком АД – выше 160/110 мм рт.ст.
 - нарушении дыхания
 - при рвоте
 - при симптомах отслойки плаценты, кровотечении из родовых путей и геморрагическом шоке

Госпитальный этап (палата интенсивной терапии)

- При АД выше 140/90 мм рт.ст. – госпитализация в ПИТ роддома
- Оценка тяжести преэклампсии: АД, сознание, головная боль, судороги, одышка, боли в животе, темп диуреза, кровотечение из родовых путей, сердцебиение плода + УЗИ плода + КТГ + лабораторный контроль (протеинурия, тромбоциты, МНО, АПТВ, ПДФ, общий белок, альбумин, билирубин, АСТ, АЛТ, эритроциты, гемоглобин, лейкоцитоз, креатинин, калий, натрий)
- Венозный доступ: периферическая вена. **Не рекомендуется катетеризация подключичной вены без абсолютных показаний (шок, гиповолемия)!** При тяжелой преэклампсии нет показаний для контроля ЦВД.
- Катетеризация мочевого пузыря и почасовой контроль диуреза. Нельзя использовать диуретики и допамин для коррекции олигурии!
- Магния сульфат 25% 20 мл в/в медленно (за 10 мин) и 100 мл дозатором со скоростью 2 г/ч
- Другие противосудорожные препараты (бензодиазепины, барбитураты) должны использоваться осторожно и только при неэффективности магния сульфата
- Общий объем инфузии: только кристаллоиды (Рингер, Стерофундин) 40-80 мл/ч при диурезе более 0,5 мл/кг/ч
- Гипотензивная терапия: метилдопа, нифедипин
- Оценка состояния родовых путей

Госпитальный этап (после родоразрешения)

- Обезболивание
- Утеротоники (окситоцин)
- Антибактериальная терапия
- Ранняя нутритивная поддержка – с первых часов после операции
- Магния сульфат 1-2 г/ч в/в не менее 48 ч
- Гипотензивная терапия при АДдиаст >90 мм рт.ст. (урапидил см. выше)
- Тромбопрофилактика до 7 дней после родоразрешения (фармакологическая и механическая)
- Инфузионная терапия до 20-25 мл/кг (до 1500 мл/сутки)* в зависимости от потерь ОЦК во время родоразрешения. Используются кристаллоиды (Рингер, Стерофундин) и по строгим показаниям (шок, гиповолемия) синтетические коллоиды – ГЭК (венофундин, тетераспан) или гелофузин.

Госпитальный этап (продленная ИВЛ)

Показания к продленной ИВЛ при тяжелой преэклампсии и эклампсии:

- Нарушение сознания любой этиологии (лекарственные препараты, отек головного мозга, нарушение кровообращения, объемный процесс, гипоксия).

- Кровоизлияние в мозг.
- Проявления коагулопатического кровотечения.
- Сочетание с шоком (геморрагическим, септическим, анафилактическим и т.д.).
- Картина острого повреждения легких (ОПЛ) или острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), альвеолярный отёк легких.
- Нестабильная гемодинамика (некорректируемая артериальная гипертензия более 160/110 мм рт.ст., либо наоборот, артериальная гипотония, требующая применения вазопрессоров).
- Прогрессирующая полиорганная недостаточность (церебральная, ОРДС, ДВС-синдром, почечная, печеночная недостаточность).

При проведении продленной ИВЛ необходимо обеспечить режим нормовентиляции и уже в первые часы после родоразрешения определить степень неврологических нарушений. Для этой цели первым этапом отменяются миорелаксанты и оценивается судорожная готовность. При её отсутствии, следующим этапом, отменяются все седативные препараты за исключением магния сульфата, обеспечивающего в этих условиях противосудорожный эффект. После окончания эффекта седативных препаратов определяется уровень сознания, при неосложненном течении эклампсии элементы сознания должны появляться в течение 24 ч. Если этого не происходит при полной отмене седативных препаратов в течение суток, то необходимо проведение компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга. В этой ситуации ИВЛ продолжается до уточнения диагноза.

HELLP-Синдром. Основные рекомендации:

Определение и критерии постановки диагноза

Одним из таких серьезных поражений печени, связанных с беременностью, является HELLP-синдром (термин впервые предложен в 1982 году L. Weinstein). Данный акроним включает:

- **Hemolysis** - свободный гемоглобин в сыворотке и моче
- **Elevated Liver enzymes** - повышение уровня АСТ, АЛТ
- **Low Platelets** – тромбоцитопения.

В зависимости от набора признаков выделяют полный HELLP-синдром и парциальные его формы: при отсутствии гемолитической анемии развившийся симптомокомплекс обозначают как ELLP-синдром, а при отсутствии или незначительной выраженности тромбоцитопении – HEL-синдром. Парциальный HELLP-синдром, в отличие от полного, характеризуется более благоприятным прогнозом. Поскольку в подавляющем большинстве случаев (до 80-90%) тяжелая преэклампсия и HELLP-синдром сочетаются друг с другом и рассматриваются как единое целое, то мы объединили их в один раздел.

Особенности клинического течения

Частота HELLP-синдрома в общей популяции беременных женщин составляет 0,5-0,9%, а при тяжелой преэклампсии и эклампсии он встречается в 10-20% случаев. В 70% случаев развивается во время беременности (в - 10% - до 27 недели, в 50% - 27-37 недель, и в 20% - после 37 недели). В 30% случаев HELLP-синдром проявляет себя в течение 48 ч после родов и это еще раз, как и в случае с послеродовой эклампсией, свидетельствует о том, что женщины с тяжелой преэклампсией должны активно наблюдаться и получать весь комплекс интенсивной терапии не менее 48 ч после родоразрешения. Интересный факт: в 10-20% его развитие не сопровождается артериальной гипертензией и протеинурией, что еще раз свидетельствует о более сложных механизмах формирования

HELLP-синдрома, чем только преэклампсия. Избыточная прибавка массы тела и отеки предшествуют развитию HELLP-синдрома в 50% случаев. HELLP-синдром относится к одному из самых тяжелых вариантов поражения печени и острой печеночной недостаточности, связанной с беременностью: перинатальная смертность достигает 34%, а летальность у женщин до 25%.

Материнские осложнения HELLP-синдрома весьма серьезны и их частота изменяется в зависимости от степени тяжести и формы (полный или парциальный). К ним относятся ДВС-синдром 5-56%, отслойка плаценты 9-20%, острая почечная недостаточность 7-36% как следствие внутрисосудистого гемолиза, ДВС-синдрома и гипоксии. Массивный асцит встречается в 4-11%, отек легких в 3-10%. Частота внутримозговых кровоизлияний колеблется от 1,5 до 40% случаев и прямо зависит от степени тяжести коагулопатии (тромбоцитопения, дефицит факторов протромбинового комплекса). Реже встречаются эклампсия 4-9%, отек головного мозга 1-8%, подкапсульная гематома печени 0,9-2,0% и разрыв печени 1,8. Последние варианты поражения печени и обуславливают такой метод лечения этой патологии, как трансплантация печени.

К перинатальным осложнениям HELLP-синдрома относятся задержка развития плода 38-61%, преждевременные роды 70%, тромбоцитопения новорожденных 15-50%, респираторный дистресс-синдром 5,7-40%, а перинатальная смертность варьирует от 7,4 до 34%.

Перечисленные выше осложнения убедительно показывают, что особое значение в успешном исходе при HELLP-синдроме, также как и при преэклампсии, имеет ранняя диагностика и своевременное родоразрешение.

Лабораторная диагностика и классификация

Оценка степени тяжести HELLP-синдрома основана на критериях Tennessee, которые включают только одну степень тяжести – максимальную: тромбоциты $< 100 \times 10^9/\text{л}$, АСТ > 70 ЕД/л, ЛДГ > 600 ЕД/л. По критериям Mississippi выделяют три класса тяжести HELLP-синдрома: 1 класс - тромбоциты $< 50 \times 10^9/\text{л}$, АСТ, АЛТ > 70 ЕД/л, ЛДГ > 600 ЕД/л, 2 класс - тромбоциты 50×10^9 - $100 \times 10^9/\text{л}$, АСТ, АЛТ > 70 ЕД/л, ЛДГ > 600 ЕД/л, 3 класс - тромбоциты 100×10^9 - $150 \times 10^9/\text{л}$, АСТ, АЛТ 40-70 ЕД/л, ЛДГ > 600 ЕД/л.

Применение глюкокортикоидов

Терапия глюкокортикоидами у женщин с HELLP-синдромом не привела к снижению материнских и перинатальных осложнений. Единственные эффекты применения глюкокортикоидов – увеличение количества тромбоцитов у женщины и меньшая частота тяжелого КРДС у новорожденных.

Препараты назначаются при количестве тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$:

- Бетаметазон: 12 мг через 24 ч
- Дексаметазон: 6 мг через 12 ч, или режим большой дозы дексаметазона -10 мг через 12 ч.

Базовая терапия преэклампсии

Коррекция коагулопатии

- Свежезамороженная плазма 15 мл/ кг
- Криопреципитат 1 доза на 10 кг массы тела
- Концентрат протромбинового комплекса
- Рекомбинантный VII фактор
- Антифибринолитики: транексамовая кислота 15 мг/кг
- Витамин К 2-4 мл

Коррекция тромбоцитопении

Проводится по следующим правилам:

- Тромбоциты более $50 \times 10^9/\text{л}$ и отсутствует кровотечение – тромбоцитарная масса не переливается
- Тромбоциты менее $20 \times 10^9/\text{л}$ и предстоит родоразрешение – показание к трансфузии тромбоцитарной массы 1 доза на 10 кг массы тела
- Глюкокортикоиды назначаются при количестве тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$

Лечение массивного внутрисосудистого гемолиза

При установлении диагноза массивного внутрисосудистого гемолиза (свободный гемоглобин в крови и моче) и отсутствии возможности немедленного проведения гемодиализа консервативная тактика может обеспечить сохранение функции почек. В зависимости от клинической картины возможно несколько вариантов подобного лечения:

При сохраненном диурезе (более 0,5 мл/кг/ч):

- Немедленно начинают введение 4% гидрокарбоната натрия 200 мл для купирования метаболического ацидоза и предотвращения образования солянокислого гематина в просвете канальцев почек
- Внутривенное введение сбалансированных кристаллоидов (натрия хлорид 0,9%, р-р Рингера, Стерофундин) из расчета 60-80 мл/кг массы тела со скоростью введения до 1000 мл/ч
- Параллельно проводится стимуляция диуреза салуретиками – фуросемид 20-40 мг дробно внутривенно для поддержания темпа диуреза до 150-200 мл/ч

Индикатором эффективности проводимой терапии является снижение уровня свободного гемоглобина в крови и моче. На фоне объемной инфузионной терапии может ухудшаться течение преэклампсии, но эта тактика позволит избежать формирования острого канальцевого некроза и ОПН.

При артериальной гипотонии

При развитии артериальной гипотонии и неэффективности введения кристаллоидов в объеме 20 мл/кг начинается инфузия дофамина 5-15 мкг/кг/ч (норадреналина) для поддержания АД сист. более 90 мм рт.ст. При неэффективности возможно применение раствора модифицированного желатина.

В динамике проводится оценка цвета мочи, содержания свободного гемоглобина в крови и моче, темп диуреза.

При олигурии

Необходимо ограничить объем вводимой жидкости до 600 мл/сут и начинать проведение почечной заместительной терапии (гемофильтрация, гемодиализ).

В случае подтверждения олигурии, а именно:

- темп диуреза менее 0,5 мл/кг/ч в течение 6 часов после начала инфузионной терапии, стабилизации АД и стимуляции диуреза 100 мг фуросемида
- нарастание уровня креатинина сыворотки в 1,5 раза, либо: снижение клубочковой фильтрации >25%, либо: развитие почечной дисфункции и недостаточности стадии «I» или «F» по классификации RIFLE или 2-3 стадии по классификации AKIN.

Анестезиологическое пособие при родоразрешении

При коагулопатии: тромбоцитопении (менее $100 \times 10^9/\text{л}$), дефиците плазменных факторов свертывания (МНО более 1,5, фибриноген менее 1,0 г/л, АПТВ более 1,5 от нормы) оперативное родоразрешение необходимо проводить в условиях общей анестезии,

поскольку при таком состоянии системы гемостаза регионарная анестезия противопоказана. Для проведения общей анестезии при операции кесарева сечения могут быть использованы такие препараты как кетамин, фентанил, севофлюран.

Время занятия: 5 час.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, манекены, муляжи.

Место проведения занятия: отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Ранние токсикозы беременных: рвота беременных (классификация, клиника, диагностика, лечение); слюнотечение, редко встречающиеся формы.
2. Понятие преэклампсии.
3. Критерии постановки диагноза преэклампсии.
4. Критерии тяжести преэклампсии.
5. Клинические проявления преэклампсии.
6. Диагностика преэклампсии.
7. Терапия преэклампсии. Показания к родоразрешению
8. Эклампсия: понятие, классификация, неотложная помощь.
9. HELLP-синдром.

Тема 5: «Беременность и экстрагенитальные заболевания (заболевания сердечно-сосудистой системы, заболевания почек, сахарный диабет)».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ:

- клинику, диагностику и лечение экстрагенитальной патологии у беременных,
- противопоказания к пролонгированию беременности,
- степень риска для матери и плода,
- особенности ведения родов, обезболивание и ведение послеродового периода у женщин с экстрагенитальными заболеваниями,
- показания к досрочному и оперативному родоразрешению при экстрагенитальных заболеваниях.

УМЕТЬ:

- выявить экстрагенитальные заболевания у беременной,
- дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией,
- составить план ведения беременной в женской консультации,
- выработать план родоразрешения и ведения послеродового периода.

Содержание занятия:

Беременность и роды при сердечно сосудистых заболеваниях

В ранние сроки беременности (до 12 недель) женщину с пороком сердца необходимо госпитализировать в специализированное родовспомогательное или терапевтическое учреждение для того, чтобы обследовать и аргументированно решить вопрос о возможности вынашивания или необходимости прерывания данной беременности.

При митральном стенозе I степени беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса, сердечной недостаточности и нарушения сердечного ритма.

У беременных с митральным стенозом II или III степени беременность следует прервать.

Недостаточность митрального клапана является противопоказанием к беременности только при наличии сердечной слабости или активности ревматического процесса.

Комбинированный митральный порок сердца является противопоказанием для беременности у больных с признаками декомпенсации сердечной деятельности.

Стеноз аортального клапана при компенсированном течении позволяет удовлетворительно перенести беременность.

Недостаточность аортального клапана создает неблагоприятные условия для беременности, пролонгирование ее может резко нарушать гемодинамические показатели.

Врожденные пороки бледного типа совместимы с беременностью, если они не сопровождаются легочной гипертензией.

Больные после операции на сердце.

Женщинам после операции при сложных врожденных пороках типа триады и тетрады Фалло нельзя рекомендовать беременность.

После таких операций, как вшивание клапанов в митральной или аортальной позиции, использование биологических протезов, клапанов с атромбогенным покрытием также беременность противопоказана.

После митральной комиссуротомии, а также операций по поводу дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок, открытого аортального протока, произведенных своевременно, до развития выраженной легочной гипертензии, возможны беременность и благополучное родоразрешение.

Беременную с пороком сердца без признаков сердечной недостаточности повторно госпитализируют при сроке беременности 29–32 недели. Следующая госпитализация в ОПБ роддома таких женщин в 37–38 недель – с целью обследования, родоподготовки и выбора метода родоразрешения.

При отсутствии сердечной слабости или при минимальных ее проявлениях родоразрешение проводится через естественные родовые пути с применением спазмолитических и обезболивающих средств. Кардиотоническую терапию и выключение потуг во II периоде родов путем наложения акушерских щипцов применяют в связи с ухудшением гемодинамических показателей, кесарево сечение производят по акушерским показаниям.

Досрочное родоразрешение в сроки 28–36 недель осуществляется: при отсутствии положительного эффекта от комплексной терапии в течение 12–14 дней, при нарастании или наличии стойкой легочной гипертензии, при активном ревматизме, стабилизации гемодинамических показателей после отека легких или тромбоэмболии. В сроке до 28 недель досрочное родоразрешение проводится путем операции малого кесарева сечения.

Показания для планового кесарева сечения у беременных: с комбинированная недостаточность аортального и митрального клапанов, митральный стеноз II III ст., клапанные протезы при отсутствии эффекта от лечения сердечной недостаточности, артериальные тромбоэмболии, перенесенные во время беременности, бактериальный эндокардит, отек легких во время беременности, коарктация аорты, рестеноз, реканализация.

Кесарево сечение противопоказано у больных с тяжелой декомпенсацией при кардиоমেгалии, при циррозах печени, тяжелых расстройствах сердечного ритма, сложных врожденных пороках синего типа, крайней степени легочной гипертензии. Таким больным беременность противопоказана, а родоразрешение лучше проводить в условиях гипербарии в специализированных кардиологических клиниках.

Больные с артериальной гипертензией выделяются в группу повышенного риска материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. У беременных чаще встречается IB или IIA стадии заболевания.

В I триместре у 1/3 беременных с АГ артериальное давление снижается и создается впечатление относительного благополучия. В дальнейшем (II и III триместры) у большинства больных оно стойко повышено.

Вне зависимости от происхождения артериальной гипертензии при значительном стойком повышении АД с тяжелыми изменениями глазного дна, при развитии сердечной, коронарной или почечной недостаточности, при возникновении нарушений мозгового кровообращения с угрозой кровоизлияния в мозг необходимо прерывание беременности по жизненным показаниям.

В ранние сроки это мед. аборт, позже путем абдоминального кесарева сечения.

Лечение ГБ во время беременности: гипотензивные, спазмолитики. Нужно подходить внимательно к назначению медикаментов при ГБ. Лечение симпатолитическими препаратами прекращают за 10–14 дней до родоразрешения. Сочетая 2–3 вида лекарственных средств можно уменьшить дозу гипотензивных препаратов.

Роды при гипертонии следует вести через естественные родовые пути с применением анальгетиков. В родах (особенно при потугах) повышается АД, поэтому перед родами нужно добиться нормализации АД. Если это не удастся сделать, то во избежание осложнений, следует выключать потуги путем наложения акушерских щипцов под наркозом.

При наличии позднего гестоза у беременной после 36 недель необходимо проводить родоподготовку и родостимуляцию. Роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути. При возникновении осложнений со стороны матери (нарушения мозгового кровообращения, анурия, кровоизлияние в сетчатку глаза, преэклампсия, эклампсия, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, а также при острой внутриутробной гипоксии плода роды закончить операцией кесарево сечения).

Беременность и гипотоническая болезнь.

Клинически артериальная гипотония проявляется: слабостью, эмоциональной неустойчивостью, повышенной утомляемостью, подавленностью, головокружением (иногда головная боль), потливостью, неприятными сдавливающими болями в области сердца, зябкость кисти и стоп, парестезии. У некоторых беременных при переходе из горизонтального положения в вертикальное возникает потемнение в глазах, шум в ушах, головокружение, тошнота. АД – 100/50 100/60 мм рт. ст. и ниже. Снижено пульсовое давление. Пульс лабильный, уменьшенного наполнения. Характерно: бледность кожных покровов, акроцианоз, гипергидроз, понижение температуры кожи кистей и стоп.

У беременных, страдающих гипотонией, в 3–5 раз чаще происходит самопроизвольное прерывание беременности в разные её сроки, и в 2 раза чаще возникают осложнения в родах, чем у женщин с нормальным АД, чаще бывают нарушения прикрепления и отделения плаценты, в 2,5 раза чаще обнаруживаются пороки развития плода. Артериальная гипотония является фактором риска развития синдрома задержки развития плода из-за снижения маточно-плацентарного кровотока.

При возникновении ортостатического коллапса: больную положить, опустив ее голову и приподняв ноги, повернуть на левый бок (профилактика синдрома сдавления нижней полой вены у беременных).

При гипотоническом кризе: кордиамин 1 мл. п/к или в/мыш. или кофеин 1–2 мл. 10 % р-ра п/к, или эфедрин 1 % 0,5 мл. в/м или п/к.

При наличии симптоматической артериальной гипотонии необходимо лечение основного заболевания, вызвавшего ее.

Пиелонефрит и беременность.

Пиелонефрит инфекционно воспалительный процесс с преимущественным поражением интерстициальной ткани правой почки, канальцевого аппарата и стенок чашечно-лоханочной системы.

Во время беременности возникают благоприятные условия для активации и обострения латентно протекающей инфекции в почках, к развитию гестационного пиелонефрита. Этому способствуют нейрогуморальная дискинезия и изменения уродинамики верхних мочевых путей, а также нарушение гемодинамики почек.

Острый пиелонефрит это тяжелое общее инфекционное заболевание с выраженной интоксикацией организма. Гнойный пиелонефрит начинается остро: озноб, гектическая лихорадка, головная боль, тахикардия, тошнота, рвота, боли в пояснице, которые усиливаются при дыхании, иррадиируют по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. При тяжелом течении острого пиелонефрита появляются симптомы бактериально-токсического шока с понижением АД, акроцианозом, резкой бледностью, спутанностью сознания.

Для хронического пиелонефрита характерна пиурия и бактериурия, ноющие боли в поясничной области, положительный симптом Пастернацкого.

Воспалительный процесс развивается в соединительной ткани почки и заканчивается склерозом и сморщиванием ее, в результате снижается концентрационная

функция почек.

Больные с пиелонефритом составляют группу высокого риска возникновения осложнения беременности (невынашивание, гестоз, гипотрофия плода).

При лечении острого пиелонефрита вначале восстанавливают нарушенный пассаж мочи с помощью катетеризации мочеточников, назначают антибактериальную, десенсибилизирующую и дезинтоксикационную терапию. При отсутствии эффекта – чрескожная пункционная нефропиелостомия. В случае ее неэффективности производят щадящие операции (декапсуляцию почки и крестообразное рассечение карбункулов, нефростомию).

После восстановления пассажа мочи беременную с нефростомой переводят в наблюдательное отделение роддома под наблюдением акушера гинеколога и уролога до срока родов. Беременным продолжают антибактериальное лечение и проводят профилактику синдрома задержки развития плода.

Гломерулонефрит и беременность.

Гломерулонефрит это инфекционно-аллергическое заболевание с поражением клубочкового аппарата почек.

Возбудитель: β -гемолитический стрептококк.

У беременных женщин чаще выявляется хронический гломерулонефрит, который протекает в нескольких формах.

Для нефротической формы характерно: протеинурия (до 30–40 г/л), гипопроteinемия (снижение общего белка до 40–50 г/л), обширные отеки, гиперхолестеринемия.

Гипертоническая форма хронического гломерулонефрита характеризуется повышением артериального давления, незначительной гематурией, протеинурией и цилиндрурией, увеличением левого желудочка сердца, спазмом сосудов глазного дна.

При смешанной (отечно-гипертонической) форме наиболее выражены одновременно сосудистые изменения и гипертония, которая сопровождается гипертрофией левого желудочка, изменением сосудов глазного дна и выраженными дистрофическими процессами в почках, проявляющимися протеинурией, цилиндрурией и отеками.

Латентная (умеренно протеинурическая) форма хронического гломерулонефрита встречается у 65 % беременных и характеризуется непостоянной протеинурией, цилиндрурией, но без гипертонии и отеков.

Гематурическая форма хронического гломерулонефрита характеризуется микро- и макрогематурией.

При терминальной стадии гломерулонефрита наблюдается азотемия, почечная недостаточность, уремия.

Диагностика основывается на: данных анамнеза, наличии отеков, повышении АД, ЭКГ (признаки гипертрофии левого желудочка), изменении сосудов глазного дна, пробе Зимницкого, пробе Реберга, определении титра противострептококковых антител, наличии С-реактивного белка, гиперхолестеринемии.

У 40 % беременных с хроническим гломерулонефритом до 28 недель беременности присоединяется гестоз, который осложняет течение основного заболевания.

Сохранение беременности противопоказано при гипертонической и смешанной формах гломерулонефрита с типичным течением заболевания, а также при любой его форме, сопровождающейся азотемией и почечной недостаточностью.

Для уточнения формы гломерулонефрита, тактики ведения родов беременных необходимо до 12 недель беременности госпитализировать в нефрологическое отделение многопрофильной больницы. Госпитализация беременных показана при обострении гломерулонефрита, при присоединении гестоза, при ухудшении состояния плода в любом сроке беременности, а также за 3 недели до родов госпитализация в роддом для дообследования и выработки тактики ведения родов.

Мочекаменная болезнь и беременность.

Встречается у 0,1–0,35 % беременных.

Клиника: Острые боли в поясничной области, иррадиирующие по ходу мочеточника в паховую область, бедро, половые губы. Нередко они сопровождаются тошнотой, рвотой, метеоризмом, запорами, дизурическими явлениями, положителен симптом Пастернацкого. После приступа колики в моче гематурия. При беременности мочекаменная болезнь осложняется пиелонефритом (озноб, пиурия, лихорадка, воспалительные изменения в крови).

Диагноз мочекаменной болезни (МК) болезни ставят на основании: анамнеза, клиники, анализа мочи общего и по Нечипоренко, УЗИ почек, хромоцистоскопии. После хромоцистоскопии производят катетеризацию мочеточника и определяют уровень расположения камней.

Во время беременности проводят консервативное лечение мочекаменной болезни: спазмолитики, анальгетики, паранефральная блокада. При сочетании МК болезни с пиелонефритом в обязательном порядке антибактериальная терапия (АБ широкого спектра действия), восстановление пассажа мочи катетеризация мочеточника. При отсутствии эффекта – нет оттока мочи, не купируется приступ почечной колики, нарастают явления острого пиелонефрита приступают к хирургическим методам лечения. В любые сроки беременности производят щадящие операции: пиело- и уретролитотомию, нефропиелостомию. При восстановлении функции почки беременность сохраняют. При отсутствии эффекта от комбинированного лечения показано прерывание беременности.

Сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся абсолютной или относительной недостаточностью инсулина или недостаточной его эффективностью, что приводит к непереносимости углеводов и нарушению обмена веществ с последующими изменениями в различных органах и тканях. Диагностика основана на определении содержания сахара в крови натощак и в течение суток, в моче, толерантности к глюкозе, кетоновых тел в моче и крови, а также на данных клиники.

Клиника: жажда, полиурия, зуд кожи, проходящее нарушение зрения, похудание.

Ведение беременных с сахарным диабетом осуществляется наряду с акушером-гинекологом – эндокринологом, офтальмологом, невропатологом, нефрологом и др. Показано обследование в МГЦ. Осмотр беременных проводится 2–4 раза в месяц. Все беременные с сахарным диабетом госпитализируются за период беременности не менее 3^х раз: сразу при установлении беременности, в 20–24 недели и в 34–36 недель.

Родоразрешение беременной с сахарным диабетом возможно через естественные родовые пути и операцией кесарева сечения. В процессе родов важно поддерживать нормальный уровень сахара в крови.

Противопоказания: при выявлении сахарного диабета должны быть выделены группы женщин, которым противопоказано рождение детей.

Показания к досрочному родоразрешению при экстрагенитальных заболеваниях

Со стороны матери: явления декомпенсации, утяжеление течения экстрагенитального заболевания;

Со стороны плода: плацентарная недостаточность, гипотрофия плода.

Показания для кесарева сечения

- 1) возвратный и септический эндокардит;
- 2) пороки сердца, протекающие с преимущественным преобладанием левожелудочковой недостаточности, митральная недостаточность, аортальные пороки;
- 3) резко выраженный митральный стеноз при отсутствии эффекта от

длительной медикаментозной терапии;

- 4) сочетание порока сердца с акушерской патологией.

Наблюдение за больными с экстрагенитальными заболеваниями в женской консультации

См. Приказ Минздрава РФ от 1 ноября 2012 года №572н.

Время занятия: 5 час.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, манекены, муляжи.

Место проведения занятия: отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Беременность и роды при сердечно сосудистых заболеваниях.
2. Беременность и роды при заболеваниях почек.
3. Беременность и роды при сахарном диабете.
4. Показания к досрочному родоразрешению при экстрагенитальных заболеваниях.
5. Показания к оперативному родоразрешению при экстрагенитальных заболеваниях. Методы обезболивания.
6. Наблюдение за больными с экстрагенитальными заболеваниями в женской консультации.

Тема 6-7: «Акушерские кровотечения. Предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Этиология, клиника, диагностика, тактика».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ

- этиологию, патогенез, клинику, принципы диагностики и неотложной помощи при кровотечениях в I половине беременности, профилактику, группы риска;
- этиопатогенез, особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, принципы оказания неотложной помощи, тактику ведения беременности, показания к оперативному родоразрешению при кровотечениях во II половине беременности, профилактику группы риска;
- клинику, диагностику, врачебную тактику при кровотечении в родах и раннем послеродовом периоде, неотложную помощь при кровотечении в III периоде родов, показания к кесареву сечению.

УМЕТЬ:

- установить причину кровотечения в I половине беременности, дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией, оказать неотложную помощь, выработать тактику лечения и дальнейшего ведения беременности;
- провести дифференциальный диагноз кровотечений во II половине беременности; дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией, правильно выбрать врачебную тактику по оказанию неотложной помощи, лечению и ведению, способ родоразрешения;
- диагностировать кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде, выбрать тактику ведения родов при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, оказывать неотложную помощь при кровотечении в III периоде родов и гипотонии матки.

Содержание занятия:

Группа риска беременных по кровотечению

Важным мероприятием в профилактике кровотечений является формирование групп риска по возникновению этой патологии во время беременности, родов и послеродовом периоде. В эти группы включаются беременные женщины:

- ✓ с заболеваниями почек, печени, эндокринных желез, кроветворения, сердечно-сосудистой системы и нарушением жирового обмена.
- ✓ в анамнезе которых имели место бесплодие любой этиологии, гипофункция яичников, признаки общего и генитального инфантилизма, нарушение менструальной функции, аборт, осложненные роды, воспалительные заболевания женских половых органов.
- ✓ во время данной беременности у которых отмечались хронические и острые инфекции, паразитарные и аллергические заболевания, миома матки, узкий таз, многоводие, многоплодие, крупный плод, неправильное положение плода, поздний гестоз, анемия, перенашивание беременности.

Должны проводиться своевременное обследование, консультация смежных специалистов и лечение беременных перечисленных групп риска.

Причины кровотечения во время беременности

I. Кровотечения в первой половине беременности:

1. Кровотечения, не связанные с патологией плодного яйца: "ложные менструации", псевдоэрозия, полипы и рак шейки матки, травмы влагалища, варикозное расширение вен наружных половых органов и влагалища.

2. Кровотечения, связанные с патологией плодного яйца: начинающийся выкидыш, прервавшая внематочная беременность, пузырный занос.

II. Кровотечения во второй половине беременности и в родах.

1. Предлежание плаценты.

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Кровотечения могут быть и по таким причинам, как рак шейки матки, травма половых органов, варикозные узлы во влагалище и др., но они встречаются редко.

Предлежание плаценты

Предлежание плаценты – неправильное прикрепление ее в матке, когда она расположена в области нижнего маточного сегмента, над внутренним зевом, частично или полностью перекрывая его и находится ниже предлежащей части плода, т. е. на пути его рождения.

Классификация:

1) центральное предлежание - внутренний зев полностью перекрыт плацентой;

2) боковое предлежание – часть плаценты предлежит в пределах внутреннего зева.

Рядом с дольками при влагалищном исследовании определяются шероховатые плодные оболочки;

3) краевое - нижний край плаценты находится у края внутреннего зева, не заходя на него. В пределах зева только плодные оболочки;

4) низкое прикрепление - плацента имплантируется в нижнем сегменте, но ее край не доходит до внутреннего зева на 60–70 мм.

Различают также полное (центральное) и неполное предлежание (боковое, краевое).

Этиология и патогенез предлежания плаценты

Основная причина предлежания - дистрофические изменения слизистой матки.

Предрасполагающие факторы:

1) воспалительные процессы матки, послеродовые септические заболевания;

2) большое число родов, аборт;

3) деформация полости матки, аномалии развития;

4) миома матки;

5) дисфункция яичников и коры надпочечников;

6) инфантилизм;

7) курение;

8) низкая протеолитическая активность плодного яйца.

Патогенез (теории):

1) первичная имплантация в области перешейка;

2) миграция плаценты из тела матки;

3) возникновение из *placenta capsularis*.

Симптоматология и клиническое течение предлежания плаценты

Ведущим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. В основе его лежит отслойка плаценты от стенок матки вследствие расположения в области нижнего сегмента в ходе беременности, а затем быстрого развертывания его во время родов; ворсинки предлежащей плаценты в силу ее недостаточной растяжимости теряют связь со стенками матки, вскрываются интервилезные пространства. В зависимости от вида предлежания плаценты кровотечение может возникнуть на протяжении беременности или во время родов. Так, при центральном (полном) предлежании кровотечение нередко

начинается рано - во II триместре; при боковом и краевом (неполном) в III триместре или в родах.

Частота кровотечений возрастает в последние 2 недели беременности, когда в организме женщины происходит сложная и многообразная перестройка, направленная на развитие родового акта. Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительнее, чем при частичном.

Первое кровотечение чаще начинается спонтанно, без всякой травмы, может быть умеренным или обильным, не сопровождается болью. Тяжесть состояния женщины в большинстве случаев определяется объемом наружной кровопотери. Иногда первое кровотечение столь интенсивно, что может сопровождаться смертельным исходом, а неоднократные повторные кровотечения, хотя и весьма опасны (приводят к анемизации беременной) по исходу могут быть более благоприятными.

Гипоксия плода также один из основных симптомов предлежания плаценты. Степень гипоксии зависит от многих факторов, ведущим из которых является площадь отслойки плаценты и ее темп.

При предлежании плаценты беременность и роды часто осложняются косым и поперечным положением плода, тазовым предлежанием, недонашиванием, слабостью родовой деятельности нарушением течения послеродового периода в связи с вращением плаценты, гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде, эмболией околоплодными водами и тромбозом эмболией, восходящей инфекцией.

В отличие от правильно расположенной плаценты предлежащая плацента находится в области внутреннего зева, куда восходящим путем неминуемо распространяется инфекция, для которой сгустки крови являются весьма благоприятной средой. К тому же защитные силы организма значительно ослаблены предшествующими кровотечениями. Восхождению инфекции способствуют диагностические и терапевтические мероприятия, проводимые влагалищно. Поэтому септические осложнения при предлежании плаценты возникают в несколько раз чаще по сравнению с беременными, у которых плацента расположена нормально.

Диагностика предлежания плаценты

1. анамнез;
2. объективное исследование (осмотр, акушерские приемы, аускультация и т. д.);
3. влагалищное исследование только для уточнения диагноза, при подготовленной операционной
 - * при закрытом зеве через своды определяется массивная, мягкая губчатая ткань;
 - * при раскрытии зева на 3 см. и более прощупывается губчатая ткань вместе с оболочками;
4. осмотр шейки матки в зеркалах для диф. диагностики;
5. УЗИ наиболее объективный и безопасный метод.

Тактика при выявлении предлежания в сроке свыше 24 недель:

- ✓ госпитализация;
- ✓ повторное УЗИ;
- ✓ полное клиническое обследование;
- ✓ пролонгирование беременности до 36–37 недель в отделении патологии беременности.

При кровянистых выделениях, удовлетворительном состоянии женщины:

- ✓ строгий постельный режим;
- ✓ спазмолитики;
- ✓ токолитики;
- ✓ инфузионно-трансфузионная терапия;
- ✓ профилактика гипоксии, СДР плода;
- ✓ гемостатическая терапия;

✓ vit. E, C, B1, B6.

✓

Выбор метода родоразрешения зависит от:

1. объема кровопотери;
2. времени возникновения кровотечения;
3. состояния беременности и плода;
4. состояния родовых путей;
5. срока беременности;
6. формы предлежания и положения плода.

Роды через естественные родовые пути возможны при:

- 1) частичном предлежании;
- 2) незначительной кровопотере;
- 3) хорошей родовой деятельности;
- 4) хорошо прижатой головке;
- 5) при соответствии размеров.

Показано:

- 1) вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки $>$ или равном 4 см. (ранняя амниотония), если кровотечение продолжается, значит кесарево сечение;
- 2) усиление сократительной функции матки внутривенным введением утеротоников;
- 3) спазмолитики;
- 4) профилактика гипотонического кровотечения;
- 5) ручное отделение и выделение последа.

Течение беременности и родов при предлежании плаценты

Лечение беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты ни при каких условиях не подлежат выписке до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться прежде всего силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием, видом предлежания плаценты, сроком беременности и состоянием плода.

Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное то назначается: строгий постельный режим, препараты миолитического и спазмолитического действия, улучшающие координированный характер сократительной деятельности матки и более плавное постепенное растяжение нижнего ее сегмента; лечение анемии; препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

Для улучшения обменных процессов обязательно использование комплекса витаминов, эссенциале, липостабила. Целесообразно назначение теоникола, курантила, свечей с платифиллином. По показаниям применяется седативная терапия (настой травы пустырника, корень валерианы, седуксен), так же антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин).

Беременным с предлежанием плаценты слабительные противопоказаны. При необходимости назначают очистительную клизму.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности являются:

- a. повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл.;
- б. сочетание небольших кровопотерь с анемией;
- в. одномоментная кровопотеря 250 мл. и более и продолжающееся кровотечение.

В этих случаях операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

Плановое кесарево сечение производят при полном предлежании плаценты на 38^й

неделе беременности, не ожидая возможного кровотечения.

Показанием к плановому кесареву сечению может также служить частичное предлежание плаценты в сочетании с другой акушерской или соматической патологией.

Во время родов показанием к абдоминальному родоразрешению является полное предлежание плаценты.

Показания при частичном предлежании плаценты для операции кесарево сечение в родах:

- 1) обильное кровотечение при малых степенях раскрытия маточного зева;
- 2) наличие сопутствующей акушерской патологии.

Для предотвращения прогрессирования отслойки частично предлежащей плаценты в порядке подготовки к операции необходимо произвести амниотомию.

Шеечная беременность

Шеечная беременность является редкой, но очень тяжелой патологией. Характеризуется она тем, что плодное яйцо имплантируется и развивается в шеечном канале. Шейка матки в силу анатомических и функциональных особенностей не может служить плодместилищем. Прерывание шеечной беременности ведет к сильному кровотечению из сосудов шейки, поврежденных ворсинками хориона.

Причинами шеечной беременности могут быть неполноценность слизистой оболочки матки вследствие неоднократных выскабливаний, воспалительных изменений или снижение способности плодного яйца к nidации.

При развитии беременности в канале шейки последняя приобретает бочкообразную форму, наружный зев располагается эксцентрично, стенки истончены и растянуты. Тело матки более плотное, чем шейка и меньше ее по размерам.

До 5–6 недели какие либо особые признаки шеечной беременности отсутствуют и, как правило, диагноз уточняется при появлении кровотечения. При обследовании больной необходимо обратить внимание на форму шейки, расположение наружного зева, характер кровянистых выделений (яркие, пульсирующие струйкой). Ввести палец в канал, как правило, невозможно.

Попытки лечить таких больных консервативно неэффективны. Инструментальное удаление плодного яйца при шеечной беременности сопровождается усилением кровотечения.

Лечение: операция экстирпации матки, проводимая по экстренным показаниям. Тампонаду шейки матки можно производить только на время подготовки к операции.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – преждевременное отделение ее (до рождения ребенка) от стенки матки.

Этиология.

Предрасполагающие факторы:

- 1) поздний токсикоз;
- 2) гипертоническая болезнь;
- 3) пиелонефрит;
- 4) субмукозная миома матки;
- 5) многоводие;
- 6) многоплодие;
- 7) аутоиммунные состояния, аллергия;
- 8) болезни крови;
- 9) сахарный диабет;
- 10) перенашивание;
- 11) гиповитаминозы (vit. E).

Механические факторы являются разрешающим моментом:

- 1) психические и физические травмы;

- 2) короткая пуповина;
- 3) быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;
- 4) запоздалый или преждевременный разрыв плодного пузыря;
- 5) быстрое рождение I плода при монохориальной двойне.

Преждевременной отслойке предшествуют хронические нарушения маточно-плацентарного кровообращения:

- а. спазм артериол и капилляров;
- б. васкулопатия, повышение проницаемости;
- в. повышение вязкости крови со стазом эритроцитов.

Патогенез:

1. Отслойка начинается с геморрагий в decidua basalis;
2. разрушение базальной пластинки децидуальной ткани;
3. образование ретроплацентарной гематомы;
4. отслойка: сдавление, деструкция прилегающей плаценты;
5. нарушение сократительной функции матки, диффузное пропитывание кровью миометрия, брюшины, параметрия (матка Кювелера).

Классификация:

- 1) частичная отслойка
 - * прогрессирующая
 - * не прогрессирующая

2) полная

По характеру кровотечения:

- 1) наружное;
- 2) внутреннее;
- 3) смешанное.

Клиника, диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

- 1) кровянистые выделения темного цвета (во время схватки не усиливаются), может и не быть выделений;
- 2) острая боль в животе (особенности при ретроплацентарной гематоме);
- 3) клиника внутреннего кровотечения;
- 4) гипертонус матки, она напряжена, резко болезненна, увеличена, иногда ассиметрична;
- 5) пальпация плода затруднена;
- 6) гипоксия плода, сердцебиение выслушивается с трудом;
- 7) при большой кровопотере (> 1000 мл.) признаки геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Диагностика: УЗИ; клиническая картина; анамнез; КТГ.

Дифференциальная диагностика с предлежанием плаценты

При предлежании плаценты

- а. нет болевого синдрома;
- б. кровотечение наружное, алая кровь;
- в. обычная форма и консистенция матки, безболезненная;
- г. плод хорошо пальпируется;
- д. сердцебиение мало страдает;
- е. УЗИ;
- ж. состояние больной соответствует объему наружного кровотечения;
- з. схватки усиливают кровотечение;
- и. нет признаков раздражения брюшины.

Лечение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты

Выбор метода родоразрешения и врачебная тактика зависит от:

- ✓ выраженности кровотечения;
- ✓ состояния матери и плода;
- ✓ срока беременности;
- ✓ состояния родовых путей;
- ✓ состояния гемостаза.

При легкой степени отслойки во время беременности:

- ✓ тщательный контроль;
- ✓ полное клиническое обследование;
- ✓ спазмолитики;
- ✓ препараты железа;
- ✓ лечение гипоксии плода;
- ✓ коррекция нарушений гемостаза.

При выраженной клинической картине во время беременности – срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

Профилактика кровотечения во время беременности

Важным мероприятием в профилактике кровотечений является формирование групп риска по возникновению этой патологии во время беременности, родов и послеродовом периоде, своевременное обследование, консультации смежных специалистов и лечение беременных, входящих в группы риска.

Дородовая госпитализация должна быть за 2-3 недели до срока родов для обследования и подготовки к родам и прогнозирования метода родоразрешения.

Важнейшее значение в профилактике кровотечений имеет рациональное ведение родов. В родах необходим тщательный контроль за течением родового процесса, характером родовой деятельности, состоянием внутриутробного плода.

При проведении родовозбуждения или стимуляции родовой деятельности следует начинать с использования современных эффективных сокращающих средств окситоцина и простагландинов.

Ведение послеродового периода должно быть правильным и бережным, с четким контролем количества теряемой крови.

Причины кровотечения в послеродовом периоде

Кровотечения в послеродовом периоде могут быть обусловлены нарушением отделения плаценты, ее частичным плотным прикреплением или частичным истинным приращением, нарушением выделения последа, вызванным гипотонией матки или ущемлением последа вследствие спазма шейки матки, разрывами мягких родовых путей.

В подавляющем числе случаев при физиологическом течении послеродового периода отделение плаценты от стенки матки происходит в силу того, что матка после рождения ребенка сильно сокращается. При этом плацентарная площадка не соответствует размерам плаценты, а внутриматочное давление резко падает, вследствие чего и наступает постепенное отделение плаценты от стенок матки.

Разрыв губчатого слоя decidua происходит в результате ретракции внутренних слоев матки по отношению к плаценте. Длительность периода отделения плаценты от стенки матки находится всегда в прямой зависимости от степени выраженности ретракции. При неосложненном течении средняя продолжительность III периода родов не должна превышать 25–30 минут.

Плотное прикрепление и приращение плаценты

Кровотечение в послеродовом периоде иногда обусловлено более интенсивным, чем в норме, прикреплением плаценты к стенке матки. При этом различают две формы патологического прикрепления плаценты:

- 1) плотное прикрепление плаценты;

2) приращение плаценты.

Плотное прикрепление происходит вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки, расположенной между мышечной стенкой матки и плацентой.

Приращение плаценты представляет собой такое прикрепление ее к стенке матки, когда между мышечным слоем и ворсинами хориона отсутствует губчатый слой децидуальной оболочки и ворсины достигают мышечного слоя матки и даже проникают в него. Приращение плаценты наблюдается почти исключительно у повторнородящих.

Этиология. Развитию плотного прикрепления и приращения плаценты способствует имплантация плодного яйца на участках с гипотрофией эндометрия (область перешейка и шейки матки), атрофией эндометрия вследствие оперативных вмешательств (ручное определение и выделение последа при предыдущих родах, искусственные аборты, часто осложненные, рубцы на матке после кесарева сечения, миомэктомии), а также патологические изменения в матке и эндокринных железах (перенесенные эндометриты, миомы матки, гипофункция яичников).

Клиника и лечение. Ведущим симптомом аномалии прикрепления плаценты является кровотечение, обычно возникающее в III периоде родов, но оно может отсутствовать, если плацента еще не начала отслаиваться и полностью прикреплена к своему ложу. Признаки отделения последа отсутствуют.

При отсутствии и кровотечения и признаков отделения плаценты в течение 20 минут приступают к операции ручного обследования полости матки и ручного отделения плаценты и выделения последа. К этой операции прибегают немедленно в тех случаях, когда кровопотеря превышает 250–300 мл. и отсутствуют признаки отделения плаценты.

Распознавание форм патологического прикрепления плаценты возможно лишь во время операции отделения плаценты от стенки матки. При плотном прикреплении плаценты с некоторым затруднением удается отделить ее целиком.

В случаях приращении плаценты попытка ручного отделения ее является лишь диагностическим методом, диктующим необходимость незамедлительной операции чревосечения и удаления матки.

При неполном приращении плаценты вследствие частичного ее отделения всегда отмечается кровотечение, в то время как при полном – кровотечение не наблюдается, если не предпринимаются попытки насильственного отделения плаценты и не нарушается целостность межворсинчатых пространств. Попытка отделения плаценты, как при частичном, так и при полном ее приращении приводит к разрывам плацентарной ткани и травматизации стенки матки, что еще в большей степени усиливает кровотечение. Грубое обращение с маткой в подобных ситуациях может привести к массивному кровотечению и развитию ДВС-синдрома.

Гипо- и атонические маточные кровотечения

Кровотечения в раннем послеродовом периоде может быть обусловлено задержкой частей плаценты в полости матки, гипо- и атонией матки, нарушением свертывающей системы крови, разрывом матки.

Этиология:

- ✓ неадекватное назначение утеротоников и токолитиков;
- ✓ дистрофические рубцы миометрия;
- ✓ истощение нервно-мышечного аппарата;
- ✓ нарушение процессов прикрепления и отделения плаценты;
- ✓ задержка в матке последа и его частей.

Клиника гипотонического кровотечения характеризуется волнообразностью.

Методы остановки гипотонического кровотечения:

1. Катетеризация мочевого пузыря
2. Наружный массаж матки
3. Сокращающие вещества внутривенно
4. Лед на низ живота

5. Ревизия полости матки рукой и негрубый массаж матки на кулаке
6. Введение тампона с эфиром в задний свод
7. Прижатие аорты по Бирюкову, как временное средство при транспортировке
8. Электроконизация шейки
9. Поперечный шов на шейке матки по Лосицкой
10. Вытягивание матки окончатými зажимами
11. Деваскуляризация матки.

При неэффективности – лапаротомия и ампутация матки (когда основную роль играет гипотонический компонент), – экстирпация (при коагулопатиях).

При продолжающемся паренхиматозном кровотечении, несмотря на экстирпацию, выполняют:

- ✓ перевязку внутренних подвздошных артерий;
- ✓ эмболизация сосудов малого таза
- ✓ при кровотечении необходимо своевременное начало инфузионной терапии.

Современный протокол оказания медицинской помощи пациенткам с кровотечением в раннем послеродовом периоде предусматривает конкретные и наиболее рациональные мероприятия и методы по остановке кровотечения в строго фиксированном порядке (алгоритм).

Пошаговый алгоритм ведения послеродового кровотечения

Первый этап Начальные действия и лечение

Манипуляции:

- Внутривенный катетер,
- кислородная маска,
- мониторинг жизненно важных функций (АД, пульс, дыхание, диурез),
- катетеризация мочевого пузыря,
- монитор для определения сатурации кислорода

Установление причины:

- нарушения свертывающей системы крови
- нарушение сокращения матки – гипо- или атония
- задержка частей плаценты или сгустков в полости матки
- травма родовых путей, разрыв матки

Исследования:

- клинический анализ крови
- гемостазиограмма
- метод Lee White
- определение группы крови и индивидуальная совместимость

Вызвать: второго акушера/хирурга, анестезиолога, мед.сестру, дополнительного члена дежурной бригады, проинформировать сотрудника отделения переливания крови

Второй этап Лечение

- наружновнутренний массаж и компрессия матки
- назначение лекарственных средств для лечения атонии
- удаление остатков плацентарной ткани и сгустков
- зашивание разрывов мягких родовых путей
- коррекция нарушений в системе гемостаза
- продолжить введение кристаллоидных растворов и компонентов крови для поддержания нормальных артериального давления, диуреза и свертывания крови

Третий этап Продолжающееся кровотечение

Компрессия матки (шов по В-Линчу);
Тампонада матки;
+/- Вазопрессин;
+/- эмболизация.

Инфузионная терапия (начинать с кристаллоидов).

Четвертый этап Хирургическое вмешательство

Лапаротомия с перевязкой маточных или внутренних подвздошных сосудов

Гистерэктомия

Пятый этап Реабилитация

Лечение постгеморрагической анемии

Послеродовая недостаточность гипофиза или диэнцефальное поражение

Разрывы промежности. Классификация:

I степень – разрыв задней спайки

II степень – разрыв кожи, мышц промежности (кроме наружного сфинктера прямой кишки) и слизистой влагалища

III степень

- неполный – то же, что II степень плюс разрыв наружного сфинктера

- полный – еще разрыв стенки rectum (в некоторой литературе это IV степень)

Центральный разрыв – между задней спайкой и наружным сфинктером прямой кишки.

Причины:

- ✓ ригидная промежность;
- ✓ высокая промежность;
- ✓ оперативное родоразрешение;
- ✓ быстрые стремительные роды;
- ✓ крупный плод;
- ✓ анатомически узкий таз;
- ✓ неправильное предлежание и вставление головки;
- ✓ неправильное ведение родов.

Диагностика:

Угроза разрыва:

I стадия – значительное выпячивание, синюшность кожи;

II стадия – отечность, блеск;

III стадия – бледность.

Разрыв – кровотечение.

Техника наложения швов:

Разрыв I степени:

- 1) обнажение верхнего угла разрыва влагалища с помощью зеркал;
- 2) кетгутовый шов на верхний угол раны и узловые швы на слизистую задней стенки влагалища с захватом дна до задней спайки с формированием вульварного кольца;
- 3) шелковые отдельные швы на кожу промежности от нижнего угла раны к задней спайке. Возможен косметический внутрикожный шов (викрил–рапид, полигликолид).

Разрыв II степени:

- 1) кетгутовый шов на верхний угол раны;
- 2) погружные отдельные швы (кетгут или викрил) на мышцы промежности;
- 3) восстановление целостности слизистой влагалища и кожи промежности, как при разрыве I степени.

Ведение в послеродовом периоде:

1. обработка швов йодом;
2. туалет промежности;
3. не разрешается сидеть в течение 2–3 недель;
4. вставать при I–II степени можно через 6 часов после родов;
5. на 4–5 день – очистительная клизма;
6. через день – снятие швов с кожи;
7. в течение 4–5 дней – жидкая пища, чтобы не было стула.

Особенности наложения швов и ведение послеродового периода при разрыве промежности III степени:

1. кетгутовый шов на верхний угол разрыва слизистой влагалища;
2. восстановление целостности прямой кишки (с верхнего угла раны прямой кишки до сфинктера);
3. второй ряд швов на внутритазовую фасцию;
4. швы на m. levator ani (не завязывать); при наложении швов на мышцы использовать кетгут или викрил;
5. матрасный кетгутовый шов на края разрыва наружного сфинктера и завязывание узлов на m. levator ani;

6. ушивание раны слизистой влагалища и восстановление целостности вульварного кольца;

7. погружные кетгутовые швы на мышцы тазового дна;

8. швы на кожу промежности.

В послеродовом периоде:

9. подъем разрешается к концу 1^х суток;

10. в течение 5-6 суток – жидкая пища, чтобы не было стула;

11. антибиотики;

12. обезболивающие;

13. на 5–6 сутки – очистительная клизма;

14. при отеке области швов промежности назначают пузырь со льдом.

Разрывы шейки матки. Классификация:

I степень разрыва – до 2-х см;

II степень – больше 2 см, но не достигающие до сводов влагалища;

III степень – разрывы, достигающие до свода и переходящие на него.

Причины:

1) рубцовые изменения шейки;

2) дистоция шейки матки;

3) оперативные роды;

4) быстрые, стремительные роды;

5) крупный плод;

6) клиническое несоответствие;

7) неправильные предлежания;

8) нерациональное ведение II периода родов.

Диагностика: кровотечение из родовых путей; осмотр шейки матки в зеркалах с помощью окончатых зажимов.

Техника наложения швов:

1) низведение шейки окончатыми зажимами и разведение краев раны в противоположные стороны;

2) первый шов – несколько выше верхнего края разрыва;

3) слизистая цервикального канала не прокалывается; отдельные кетгутовые или викриловые швы завязываются со стороны влагалища;

4) при толстых краях разрыва – 2^х рядный шов;

5) при размозжении шейки – иссечение краев с тщательным анатомическим их сопоставлением;

6) расстояние между швами не больше 1 см.

Особенности ушивания разрыва шейки матки III степени.

1. наложение швов после обязательного ручного обследования нижнего сегмента для исключения неполного его разрыва;

2. ушивая свод влагалища, следует помнить о ходе мочеочника;

3. накладываются отдельные кетгутовые или викриловые швы.

Разрывы влагалища. Причины:

✓ воспалительные и рубцовые изменения стенки влагалища;

✓ стремительные роды;

✓ крупный плод, переносимость;

✓ оперативное родоразрешение;

✓ длительное стояние головки в полости таза.

Диагностика.

Диагностируются разрывы влагалища по: кровотечению при хорошо сократившейся матке; визуально при осмотре влагалища с помощью зеркал.

Особенности наложения швов:

- 1) швы накладываются на 0,5 см. от края раны и на расстоянии 1 см. друг от друга, начиная с верхнего угла раны;
- 2) под контролем пальцев, разводящих разрыв влагалища;
- 3) шов с захватом дна раны для избежания образования гематом и затеков;
- 4) швы отдельные узловые или непрерывные кетгутовые;
- 5) при ушивании задней стенки влагалища – опасность захвата в шов стенки кишки, спереди – уретры.

Кровотечения при нарушении свертывающей системы крови

Этиология:

1) имевшиеся до беременности врожденные и приобретенные дефекты системы гемостаза;

2) различная акушерская патология.

Хроническая форма:

- тяжёлая преэклампсия
- эклампсия;
- мертвый плод.

Клиника:

1. обильное кровотечение, сначала с рыхлыми сгустками, потом жидкая кровь;
2. петехиальная сыпь;
3. гематомы, геморрагии;
4. рвота кровавая, носовые кровотечения, кровоточивость ран;
5. матка Кувелера, пропитывание кровью других органов;
6. тяжёлая полиорганная патология.

Диагностика:

- ✓ анамнез;
- ✓ клиническая картина;
- ✓ лабораторные показатели:

- время свертывания крови;
- концентрация фибриногена;
- количество тромбоцитов;
- количество ПДФ;
- тромбоэластограмма – гипокоагуляция.

Лечение:

- ✓ восстановление гемокоагуляционных свойств и нормализация фибринолиза: свежемороженая плазма, ингибиторы протеаз
- ✓ стимуляция сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза – дицинон, этамзилат
- ✓ глюкокортикоиды
- ✓ реополиглокин.

Задержка дольки плаценты

- ✓ приращение, плотное прикрепление дольки
- ✓ обрыв пуповинного сосуда добавочной дольки при грубом ведении последового периода.

Симптомы: кровотечение из полости матки; осмотр последа - дефект.

Лечение: ручное отделение и выделение дольки плаценты.

Время занятия: 10 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, муляжи, манекены.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Группа риска беременных по кровотечению.
2. Причины кровотечения во время беременности.
3. Шеечная беременность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Предлежания плаценты, определение понятия, частота, классификация.
5. Этиология и патогенез предлежания плаценты.
6. Симптоматология и клиническое течение предлежания плаценты.
7. Диагностика предлежания плаценты.
8. Течение и ведение беременности и родов при предлежании плаценты.
9. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Этиология.

Патогенез.

10. Клиника, диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

11. Дифференциальная диагностика преждевременной отслойки плаценты.

12. Лечение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Акушерская тактика.

13. Профилактика кровотечения во время беременности.

14. Причины кровотечения в последовом периоде.

15. Плотное прикрепление и приращение плаценты. Этиология. Клиника.

Врачебная тактика.

16. Гипо- и атонические маточные кровотечения. Этиология, клиника, диф. диагностика, врачебная тактика. Алгоритм действий.

17. Кровотечения при нарушении свертывающей системы крови. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

18. Дефект последа. Тактика.

Тема 8: «Аномалии родовой деятельности. Родовой травматизм матери и плода. Разрыв матки. Классификация разрывов матки, клиника, диагностика, тактика. Разрывы шейки матки, промежности, вульвы и влагалища. Гематомы. Выворот матки. Растяжения и разрывы сочленений таза. Мочеполовые и кишечно-половые свищи».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ

- клинику, диагностику аномалий родовой деятельности, особенности акушерской тактики при их разновидностях;
- клинику, диагностику разрывов влагалища, промежности, шейки матки, тела матки, акушерскую тактику, профилактику травматизма в родах;
- клинику, диагностику гематом, выворота матки, растяжений и разрывов сочленений таза, мочеполовых и кишечно-половых свищей, особенности оказания помощи при данной патологии;
- клинику, диагностику травм новорожденного, тактику ведения и профилактику.

УМЕТЬ:

- диагностировать аномалии родовой деятельности, дифференцировать их, правильно выбрать методы коррекции;
- осмотреть родовые пути, произвести ручное обследование полости матки, наложить швы на шейку матки, влагалище, промежность, выделить группу риска беременных по родовому травматизму, составить план ведения родов у женщин в анамнезе у которых имеется разрыв промежности, разрыв шейки матки II и III степени, рубец на матке;
- произвести осмотр новорожденного на предмет родовых травм, оказать первую помощь новорожденному.

Содержание занятия:

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аномалии родовой деятельности могут проявляться снижением или повышением базального тонуса матки в сочетании с ослаблением или чрезмерным усилением, нарушением волнообразности и ритма схваток, а также в нарушении координированности, симметричности, равномерности сокращений мускулатуры матки. Соответственно этому принято различать три основные формы аномалий: слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, чрезмерная родовая деятельность. За время существования научного акушерства существовало множество классификаций аномалий родовой деятельности (Николаев А.П. 1968, Яковлев И.И. 1961, Jung 1967, Caldeyro, Garcia 1960). Значительная часть из них на сегодняшний день утратили свое значение. Ниже приводятся классификация аномалий родовой деятельности соответствующая современным представлениям о физиологии и патологии родовой схватки.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (Чернуха Е.А.)

- I.** Патологический прелиминарный период.
- II.** Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):
 - а) первичная;
 - б) вторичная;
 - в) слабость потуг.

Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки).

Дискоординация родовой деятельности:

- а) дискоординация;
- б) гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);
- в) циркуляторная дистоция (контракционное кольцо);
- г) судорожные схватки (тетания матки).

КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСКООРДИНИРОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ МАТКИ (И.С.Сидорова).

- I.** Первичная дискоординация родовой деятельности (патологический прелиминарный период (10,6 –17%).
- II.** Вторичная дискоординация родовой деятельности
 - 1) I степень (циркуляторная дистоция);
 - 2) II степень (спастическая сегментарная дистоция);
 - 3) III степень (спастическая тотальная дистоция).

С нашей точки зрения патогенетически обусловлено и наиболее приемлемо для практического применения следующее деление аномалий родовой деятельности:

- I.** Слабость родовой деятельности:
 - а) первичная;
 - б) вторичная:
 - 1) в первом периоде
 - 2) во втором периоде (слабость потуг)
- II.** Дискоординация родовой деятельности:
 - а) первичная (патологический прелиминарный период);
 - б) вторичная:
 - 1) I степень (циркуляторная дистоция)
 - 2) II степень (спастическая сегментарная дистоция)
 - 3) III степень (спастическая тотальная дистоция)
- III.** Чрезмерно сильная (бурная) родовая деятельность

Этиологические факторы аномалий родовой деятельности весьма разнообразны и могут быть разделены на две большие группы:

- I.** Общие причины:
 - 1. Органические и функциональные заболевания ЦНС.
 - 2. Эндокринопатии (гипотиреоз, сахарный диабет и т.д.).
 - 3. Тяжелые соматические заболевания.
 - 4. Инфекции и интоксикации.
 - 5. Хроническая плацентарная недостаточность.
 - 6. Авитаминозы.
 - 7. Инфантилизм.
- II.** Местные причины:
 - А) Органического характера:
 - 1. Аномалии развития матки.

2. Опухоли матки.
3. Инфантилизм, гипоплазия матки.
4. Дегенеративные изменения миометрия (многорожавшие, аборты, воспалительные процессы).
5. Рубцовые изменения тела и шейки матки.

Б) Функционального характера:

1. Многоводие.
2. Маловодие.
3. Многоплодная беременность.
4. Крупный плод.
5. Переношенная беременность.
6. Нерациональное использование утеротонических средств.
7. Недостаточность раздражения рецепторов шейки и нижнего сегмента при тазовом предлежании, раннем излитии околоплодных вод.
8. Патологическая импульсация от неполноценного плода.

С патогенетической точки зрения аномалии родовой деятельности, независимо от их формы, следует рассматривать как результат нарушения нейро-эндокринной регуляции родового акта на любом из известных уровней: 1. кора головного мозга; 2. подкорковые образования (гипоталамо-гипофизарная система, ретикулярная формация, лимбическая система); 3. спинной мозг (вегетативная нервная система); 4. плацента (гормоны фетоплацентарного комплекса); 5. матка (гладко-мышечная клетка миометрия); 6. плод.

В связи с этим причины всех форм аномалий родовой деятельности целесообразно классифицировать с позиций уровней регуляции родовой деятельности.

1. Органические (опухоли, последствия травм, сосудистых заболеваний и нейроинфекций) и функциональные (стресс, неврастения, следовые негативные реакции).
2. Патология гипоталамо-гипофизарной системы (опухоли, нейроинфекции, сосудистые заболевания и заболевания ЦНС, нейро-эндокринные гипоталамические синдромы: юношеский, Шихана, Симмондса, галактореи-аменореи, болезнь Иценко-Кушинга).
3. Органические заболевания позвоночника и спинного мозга (травмы, опухоли, сосудистые заболевания и их последствия, воспалительные заболевания: миелит, спинная сухотка, полиомиелит, спастические и вялые параличи; деформации позвоночника – кифозы, кифосколиозы).
4. Плацентарная недостаточность
 - а) Первичная, обусловленная:
 1. Патологией ветвистого хориона.
 2. Патологией локализации плаценты.
 - б) Вторичная, обусловленная:
 1. Хроническими и острыми общими инфекционными заболеваниями.
 2. Генитальной инфекцией.
 3. Осложнениями беременности (гестоз и т.д.).
 4. Тяжелыми соматическими заболеваниями (ревматизм, пороки сердца, ГБ, артериальная гипотония и гипертензия, анемия).
 5. Эндокринной патологией (сахарный диабет, тиреотоксикоз, синдром Иценко-Кушинга).
 6. Авиитаминозами (Е, А, С, В).
 7. Хроническими интоксикациями (алкогольная, никотиновая, наркотическая).
 8. Нарушениями обмена веществ.
5. А. Органическая патология матки:
 - а) дистрофические и атрофические изменения миометрия травматического (аборты, роды, выскабливания) и воспалительного генеза.
 - б) аномалии развития матки.

- в) генитальный инфантилизм.
- г) опухоли матки.
- д) рубцовые изменения тела и шейки матки.

Б. Функциональная неполноценность матки:

- а) перерастяжение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде.
- б) недостаточное раздражение рецепторов нижнего сегмента при тазовом предлежании, неправильном положении плода, раннем излитии вод.
- в) биохимические изменения в миометрии (дефицит глюкозы, АТФ, микроэлементов).
- г) нерациональное использование утеротонических, спазмолитических и обезболивающих средств.

В. Пороки развития и заболевания плода.

Слабость родовой деятельности представляет собой такое патологическое состояние, при котором интенсивность, продолжительность, частота и периодичность схваток недостаточны, а процессы сглаживания и раскрытия шейки, а также продвижения предлежащей части протекают замедленными темпами.

Слабость родовой деятельности возникающая с самого начала родов (в случае упорного консервативного ведения родов, при отсутствии лечения может продолжаться до их завершения), называется **первичной** (55-60% всех случаев слабости родовой деятельности).

Слабость родовой деятельности, развивающаяся после периода нормальных продуктивных схваток, при достаточном (более 5 см) открытии маточного зева называется **вторичной** (может иметь место, как в первом, так и во втором периоде – слабость потуг).

В патогенезе слабости родовой деятельности имеют значение следующие моменты:

1. Нарушение соотношения половых стероидов: значительное снижение уровня секреции эстрогенов, снижение в миометрии количества специфических белков-рецепторов к ним; преобладающее воздействие прогестерона, что сопровождается снижением в крови макроэргических субстанций, необходимых для нормальной сократительной деятельности матки.
2. Значительное снижение уровня секреции окситоцина, снижение окситотической активности плазмы, уменьшение количества специфических белков-рецепторов, снижение чувствительности миометрия к окситоцину, повышение активности окситоциназы.
3. Нарушения функции симпато-адреналовой системы, снижение продукции норадренолина и адренолина, уменьшение количества α и β адренорецепторов в гладкомышечных клетках миометрия.
4. Выраженные изменения холинэргической активности крови в виде снижения уровня ацетилхолина в крови и миометрии, нарушения высвобождения его из связанных форм, более интенсивного его разрушения в результате повышенной активности холинэстераз.
5. Значительное снижение содержания в крови, амниотической жидкости, тканях миометрия биогенных аминов (серотонина, гистамина, кининов, простагландинов), снижение их активности, уменьшение специфических рецепторов к ним, повышение активности ферментов, их разрушающих.
6. Уменьшение активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы матери и плода, нарушение коррелятивных взаимоотношений между глюкокортикоидными гормонами этих систем, которые являются мощными регуляторами функционального состояния миометрия.
7. Нарушение метаболических процессов в миометрии: снижение содержания гликогена, АТФ, РНК, актомиозинового комплекса, уменьшение количества рибосом в клетках миометрия, снижение окислительно-восстановительных процессов в миометрии.

Диагноз слабости родовой деятельности ставят при динамическом клиническом наблюдении за роженицей в течение 4 часов, а при возможности объективной регистрации сократительной деятельности (токография) – в течение 1-2 часов. При постановке диагноза следует учитывать два диагностических критерия:

а) Характер родовой деятельности т.е. основные физиологические параметры схватки: частота (не менее 2 за 10 мин.), интенсивность (50-60мм рт.ст.), продолжительность (90-120сек), маточная активность (не менее 180-200 единиц Монтевидео), базальный тонус матки (10-12 мм.рт.ст.). При слабости родовой деятельности имеет место нарушение всех или отдельных параметров схватки.

б) Темпы сглаживания шейки и открытия маточного зева (средние темпы у первородящих не менее 0,5-0,7 см/ час, у повторнородящих не менее 1 см/час).

Для слабости родовой деятельности характерно замедление темпов сглаживания шейки и открытия маточного зева.

Клиническая картина слабости родовой деятельности может быть весьма разнообразна, в зависимости от варианта нарушений тех или иных параметров схватки.

а) Схватки: редкие (менее 2 за 10 мин), слабые (менее 30 мм.рт.ст.), короткие (менее 60 сек); базальный тонус снижен (менее 8 мм.рт.ст.); темпы открытия маточного зева недостаточны.

Данный вариант является наиболее неблагоприятным т.к. нарушены все параметры схватки.

б) Схватки: достаточной интенсивности (более 30 мм.рт.ст.) и продолжительности (90 сек и более), но редкие (менее 2 за 10 мин); темпы открытия маточного зева замедлены. Данный вариант следует признать наиболее благоприятным т.к. длительные паузы способствуют отдыху маточной мускулатуры.

в) Схватки: достаточной интенсивности (более 30 мм.рт.ст.) и частоты (не менее 2 за 10 мин), но короткие (менее 90 сек), темпы открытия зева замедлены.

г) Схватки: достаточной продолжительности (не менее 90 сек) и частоты (не менее 2 за 10 мин), но неинтенсивные (менее 30 мм.рт.ст.), темпы открытия зева замедлены.

При первичной слабости родовой деятельности предлежащая часть длительное время остается подвижной или слегка прижатой ко входу в малый таз при ее соответствии с размерами таза. Продолжительность родов значительно увеличивается, что приводит к утомлению роженицы. Нередко имеет место несвоевременное излитие околоплодных вод, удлинение безводного промежутка, инфицирование роженицы и плода, гипоксия плода. Развитию внутриутробной гипоксии плода способствует: во-первых, длительное нарушение маточно-плодово-плацентарного кровотока и ограничение поступления к нему кислорода. Во-вторых, при слабости родовой деятельности имеет место накопление в миометрии и активный транспорт через плацентарный барьер недоокисленных продуктов обмена, вызывающих у плода метаболический ацидоз и гипоксию. Во втором периоде родов длительное стояние предлежащей части в одной из плоскостей таза, сопровождается сдавливанием и анемизацией мягких тканей, может привести к последующему возникновению мочеполовых и кишечно-половых свищей. В послеродовом периоде нередко наблюдается гипотоническое кровотечение, как следствие пониженной сократительной способности матки.

Тактика врача при первичной и вторичной слабости родовой деятельности (в первом периоде родов) заключается в адекватной оценке акушерской ситуации, решении вопроса о целесообразности консервативного лечения. Следует признать нецелесообразным лечение слабости родовой деятельности при ее сочетании со следующими видами акушерской патологии:

1. Тазовое предлежание плода.
2. Анатомически узкий таз.
3. Крупный плод.
4. Первородящие старше 30 лет.
5. Рубец на матке после перенесенных операций.
6. Внутриутробная гипоксия плода.
7. Неполное предлежание плаценты.
8. Преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты.
9. Перенашивание беременности.
10. Роженицы с отягощенным акушерским анамнезом.

В сложившихся акушерских ситуациях весьма высока вероятность неблагоприятного исхода родов для матери и плода. В связи с этим оптимальным способом родоразрешения следует признать родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке без проведения предварительного лечения аномалии родовой деятельности.

Лечение слабости родовой деятельности необходимо проводить с учетом оптимального влияния фармакологических препаратов на мать, плод и их побочных эффектов, доступности. За последние годы акушерская тактика в вопросах лечения слабости родовой деятельности изменилась. Утверждается тактика более активного ведения родов, отказ от использования многочисленных и недостаточно эффективных методов родостимуляции, применения длительного сна-отдыха, особенно в условиях преждевременного или раннего излития околоплодных вод, поскольку это чревато удлинением безводного промежутка, развитием хориоамнионита.

Основные принципы лечения слабости родовой деятельности предусматривают:

- 1) Устранение причины, вызывающей слабость родовой деятельности.
- 2) Восстановление энергетических ресурсов матки.
- 3) Нормализация маточно-плацентарного кровотока.
- 4) Родостимуляция в течение 4-6 часов.
- 5) Оценка эффективности медикаментозного лечения.
- 6) Родоразрешение путем операции кесарева сечения в случае неэффективности консервативной терапии.

Лечение слабости родовой деятельности проводят с учетом конкретной ситуации (степень биологической готовности организма к родам, наличие и длительность безводного периода и т.д.).

1. Для повышения энергетических ресурсов и чувствительности миометрия к веществам утеротонического действия оправдано предшествующее введение милдроната (5,0 – 10,0 мл в/в), глюкозы (40% - 20,0 мл), витамин В₁, В₆ (6% 2,0 мл в/м), витамин С (5% 5,0 -10,0 мл в/м), эссенциале (5,0 мл в/в).

2. При наличии функционально неполноценного пузыря необходимо выполнить амниотомию. В большинстве случаев это способствует усилению и нормализации родовой деятельности.

3. В настоящее время наиболее рациональным методом родостимуляции признано внутривенное использование окситоцина или энзапроста.

Основным действием окситоцина является его способность вызывать деполяризацию клеточной мембраны миометрия, обеспечивать спонтанную возбудимость и сократимость матки в виде сильных ритмичных сокращений мускулатуры матки. Доза окситоцина определяется с учетом массы тела роженицы. При массе до 70 кг используется 1,0 мл (5 ЕД), при массе более 70-90 кг 1,5 мл (7,5 ЕД), при массе более 90 кг – 2,0 мл (10 ЕД). Необходимая доза окситоцина разводится в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы и вводят внутривенно капельно, начиная с 8-10 капель в минуту. В течение первого часа введения подбирается индивидуальная доза путем увеличения скорости введения на 5 капель каждые 10-15 минут, но не более 40 капель в минуту.

Простагландины – биогенные физиологически активные вещества, являющиеся “местными” гормонами, активно влияют на сократительную активность гладкой мускулатуры. Преимуществом простагландинов является их способность возбуждать родовую деятельность в любые сроки беременности, способствовать созреванию шейки матки, усиливать родовую деятельность, независимо от степени раскрытия шейки матки, меньшее негативное влияние на плод. С целью родостимуляции используют энзапрост (простагландин F₂ α) 5 мг (1 мл) при массе до 70 кг, 7,5 мг (1,5 мл) при массе до 70-90 кг, 10 мг (2 мл) при массе более 90 кг. Способ и техника введения идентична вышеописанной.

Простагландин E₂ (простенон, простин) можно применять в таблетках. Начальная доза составляет 0,5 мг (1 таблетка) и затем эту дозу повторяют каждый час.

Окситоцин можно комбинировать с простагландином F₂α. В этом случае их действие потенцируется, поэтому дозы каждого препарата снижаются вдвое.

Передозировка простагландинов и, особенно, окситоцина ведет к гипертонусу матки, судорожным ее сокращениям, что, в свою очередь, приводит к нарушению маточно-плацентарного обращения и к внутриутробному страданию плода, к преждевременной отслойке плаценты.

В ряде случаев родостимуляцию следует проводить на фоне обезболивания введением наркотических (промедол 2% - 2,0 мл), ненаркотических (максиган 5,0 в/в, спазган 5,0 в/в) анальгетиков и спазмолитических веществ (апрофен 1% -1,0-2,0 мл в/м; галидор 2,5% 4,0 в/м или в/в; ганглерон 1,5% - 2,0-4,0 в/м или в/в).

Эффект от проводимого лечения слабости родовой деятельности оценивается спустя 4-6 часов от начала родостимуляции с использованием двух диагностических критериев – характера родовой деятельности и темпов открытия маточного зева. При отсутствии эффекта от проведенной родостимуляции, роды завершаются путем операции кесарева сечения.

Лечение вторичной слабости родовой деятельности во втором периоде родов начинают с внутривенного введения окситоцина со скоростью 25-35 капель в минуту (увеличивая).

При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий (медленное или отсутствие продвижения предлежащей части), показано оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец и т.д.), в зависимости от имеющихся условий, не дожидаясь появления признаков острой гипоксии плода. Если продвижение головки, находящейся на тазовом дне, задерживается из-за ригидной или высокой промежности, то следует произвести перинео- или эпизиотомию.

Дискоординация родовой деятельности заключается в неадекватном повышении базального тонуса, нарушении ритма, частоты, амплитуды, продолжительности схваток, значительном повышении их болезненности и замедлении темпов раскрытия шейки матки.

Представление о дискоординации как о простом нарушении координированности сокращений различных отделов матки (правой и левой ее половины, верхних и нижних отделов) с современных позиций является несколько механистическим. Известно, что механизм физиологической схватки может быть представлен следующим образом:

1. Попеременное возбуждение центров ВНС в гипоталамусе, что сопровождается попеременным выделением соответствующего медиатора в синаптической щели (соответственно НА и А; Ах).

2. Под влиянием медиаторов СНС происходит одновременное сокращение продольно расположенных мышечных пучков дна и тела матки (НА взаимодействует с α -адренорецепторами) и активное расслабление циркулярно расположенных мышечных пучков нижнего сегмента и шейки матки (α взаимодействует с β -адренорецепторами) – «систола» схватки.

3. Под влиянием Ах (возбуждение ПС отдела ВНС) происходит сокращение циркулярно расположенных пучков, при адекватном расслаблении продольных – «диастола» схватки. При этом амплитуда сокращения циркулярных пучков значительно ниже, чем продольных.

4. После полного сокращения («систола + диастола») следует пауза – период восстановительного синтеза сократительных белков в клетках миомерия.

Патогенетические изменения при дискоординации родовой деятельности заключаются в нарушении координированности и синхронности попеременных сокращений и расслаблений различно расположенных мышечных пучков, в нарушении фаз нормального сокращения «систола- диастола» схватки.

Причины дискоординированной родовой деятельности, как и других форм аномалий, следует рассматривать в разрезе уровней регуляции родовой деятельности (см. выше).

В патогенезе дискоординированной родовой деятельности имеют значения следующие моменты:

1. Дезорганизация “водителя ритма”, смещение его из трубного угла в нижние отделы – тело или нижний сегмент, нарушение правила «тройного нисходящего градиента», вследствие чего может иметь место изменение направления волны сокращения.
2. Нейроэндокринная дезинтеграция (гипоэстрогения) – может сопровождаться нарушением образования рецепторов к простагландинам, окситоцину и другим биологически активным веществам (серотонин, гистамин, кинины).
3. Ведущую роль в развитии дискоординированной родовой деятельности играет функциональное состояние вегетативной нервной системы, нарушение функционального равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделами в условиях ослабления регулирующей роли центральной нервной системы.
4. Нерациональное ведение родов, неадекватное, необоснованное применение обезболивающих или утеротонических средств.

Первичная дискоординация родовой деятельности (патологический прелиминарный период) – патологическое состояние, развивающееся еще во время беременности и имеющее четкую клиническую симптоматику, обусловленную дискоординированным сокращением мышцы матки. Это обусловлено активацией адренэргической не только (симпатической) нервной системы, характерной для начала родовой деятельности, но и значительным усилением функциональной активности холинэргической (парасимпатической) нервной системы. Для клинической картины патологического прелиминарного периода характерно:

1. Перемежающиеся по силе и продолжительности периодические, нерегулярные, болезненные сокращения матки.
2. Значительное повышение базального тонуса матки.
3. Боли в области крестца, поясницы.
4. Сокращения матки сопровождаются утомлением роженицы, нарушением режима сна и бодрствования.
5. Предлежащая часть, вследствие спазма циркулярной мускулатуры нижнего сегмента, долго остается подвижной, либо слегка прижатой ко входу в малый таз.
6. Отсутствие биологической готовности шейки к родам (“незрелая”).
7. Функциональная неполноценность плодного пузыря (оболочки плотно натянуты на головке).
8. Нередко развивается внутриутробная гипоксия плода, что обусловлено нарушениями маточно-плодово-плацентарного кровотока.
9. Продолжительность патологического прелиминарного периода превышает 8 часов, нередко достигая 24-72 часа.

Терапия патологического прелиминарного периода должна быть комплексной и направлена на решение следующих целей:

1. Устранение корково-подкорковых и нейро-эндокринных нарушений. Решение данной задачи может быть достигнуто созданием:
 - а) Медикаментозного акушерского сна-отдыха, что обеспечивается введением седативных препаратов (реланиум 2,0, седуксен 0,5% -2,0), наркотических анальгетиков (промедол 2%- 2,0), антигистаминных препаратов (пипольфен 2,5%-2,0, димедрол 1%- 2,0), оксibuтирата натрия (ГОМГ) 20%-20,0 в/в, спазмолитических средств (баралгин 5,0 в/в, но-шпа 2,0 в/в).
 - б) Немедикаментозного: проведением сеанса центральной электроаналгезии в режиме электросна.
2. Нормализация сократительной деятельности матки. Данный принцип обеспечивается введением:
 - а) β -адреномиметиков (с учетом противопоказаний) в режиме токолиза: партусистен (10мкг) или бриканил (0,5 мг) разводят в 250 мл физиологического раствора, вводят внутривенно капельно со скоростью 6-12 капель в минуту в течении 2-3 часов.
 - б) использованием холинолитических препаратов (апрофен, тифен), либо антагонистов кальция (финоптин 5,0 растворяется в 300мл физ. раствора, со скоростью 10-20 капель в минуту в течении часа, нифедипин по 10 мг через каждые 15 мин; всего 30 мг).

Если успеха от проводимого лечения патологического премиминарного периода достигнуть не удастся, у беременных группы высокого риска (тазовое предлежание, анатомически узкий таз, аномалии развития половых органов, у первородящих старше 30 лет, при наличии внутриутробной гипоксии плода) целесообразно родоразрешение путем операции кесарева сечения до начала регулярной родовой деятельности.

Вторичная дискоординация родовой деятельности развивается в процессе родов и чаще всего является продолжением неустраненной первичной (патологического прелиминарного периода). Целесообразно различать три степени тяжести клинического течения вторичной дискоординации: циркуляторная дистоция, сегментарная дистоция, тотальная дистоция, являющиеся стадиями единого процесса.

I степень – циркуляторная дистоция.

С патогенетической точки зрения имеет место *перевозбуждение*, как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с преобладанием *тонуса симпатического* отдела, *одновременное* выделение в кровь норадреналина и (адреналина) и ацетилхолина, *одновременное* сокращение как продольной, так и циркулярной мускулатуры матки при сохранении доминантной роли продольной (нарушена фазовость схватки “систола + диастола”).

Патологические изменения наиболее выражены в области внутреннего (маточного) зева.

Основные клинические признаки состоят при этом в усилении основных параметров родовой схватки и замедлении темпов раскрытия маточного зева.

Клиническая картина весьма типична:

- Схватки частые (более 5-10 мин), сильные (70-90 мм.рт.ст.), различной продолжительности (60-120 сек), непериодичные (паузы различной продолжительности от 30 сек до 2-3 мин), болезненные.
- Вне схватки сохраняются боли в крестце и поясничной области.
- Базальный тонус матки, особенно в нижнем сегменте, значительно повышен (15-20 мм.рт.ст.). Внутриамниотическое давление повышено.
- Предлежащая часть подвижна или слегка прижата ко входу в малый таз, часто в состоянии разгибания.
- У плода нередко регистрируется острая внутриутробная гипоксия за счет длительного нарушения маточно-плодово-плацентарного кровотока. Развивается нарушения мозгового кровообращения I – II степени.
- Плодный пузырь функционально не полноценен, передних вод мало, оболочки натянуты на головке.
- Имеет место дистоция шейки матки. Дистоция – функциональная патология, являющаяся следствием нарушения крово- и лимфообращения из-за некоординированного сокращения и недостаточного расслабления различных расположенных мышечных пучков. При этом края маточного зева толстые, плотные, ригидные, темпы раскрытия замедлены. В схватку края зева уплотняются еще больше, открытие зева уменьшается.

II степень – спастическая сегментарная дистоция.

С патогенетической точки зрения имеет место перевозбуждение как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса *парасимпатического*, одновременное выделение в кровь норадреналина и адреналина и ацетилхолина (преобладает), *одновременное сокращение* как продольной, так и циркулярной мускулатуры, с преобладанием силы сокращения циркулярной. Патологические изменения помимо области внутреннего зева, распространяются на область нижнего сегмента.

Клиническая картина характеризуется:

- Схватки сильные (более 100мм.рт.ст.), частые (более 5-10 мин), продолжительные (более 120 сек), непериодичные (паузы от 30 сек до 3 мин), очень болезненные.
- Вне схваток сохраняются боли в крестце и пояснице.

- Базальный тонус матки резко повышен (20-25 мм.рт.ст), пальпация частей плода резко затруднена.
- Поведение роженицы беспокойное, мечется, кричит. Имеет место гиперемия лица, повышение АД, тахикардия, гипертермия, в крови – гипергликемия, лейкоцитоз, сдвиг формулы влево – эректильная фаза родового шока.
- При соразмерности головки плода и таза матери (отсутствие механического препятствия) прекращается самостоятельное мочеиспускание (за счет нарушения крово- и лимфообращения).
- Матка приобретает неправильную форму (“лампочки”) за счет выраженного спазма нижнего сегмента; дно ее стоит высоко у реберной дуги. Граница между спазмированным нижним сегментом и полым мускулом называется спастическим кольцом.
- Предлежащая часть плода подвижна, высоко над входом в малый таз, или слегка прижата ко входу, часто формируется разгибательное и асинклитическое вставление.
- У роженицы высока вероятность развития преждевременной отслойки плаценты, эмболии околоплодными водами, синдромом ДВС, тяжелых гипотонических кровотечений в раннем послеродовом периоде.
- Темпы раскрытия зева замедлены, выражена дистоция шейки матки, выраженный спазм нижнего сегмента, развиваются разрывы шейки матки, спазм влагалища, мышц тазового дна.
- Плодный пузырь функционально неполноценен.
- Осложнения, возникающие у плода, обусловлены нарушением маточно-плацентарного кровотока, которое вызывает гипоксию и ацидоз и “шнурующим” сдавливанием плода. Спастически сокращающийся нижний сегмент сдавливает (давление 700-8000 мм.рт.ст.) вены и сонные артерии плода, вызывая нарушения мозгового кровообращения II - III степени, вплоть до кровоизлияний. Кроме того, спазмированный нижний сегмент плотно охватывает грудную клетку, ограничивая ее экскурсию и кровообращение в легких и сердце. Возникают кровоизлияния в спинномозговой канал, повреждения нервных сплетений, осложняющиеся парезами и параличами верхних и нижних конечностей.

В случае выявления у роженицы дискоординации родовой деятельности I или II степени необходимо определить акушерскую тактику, т.е. решить вопрос о целесообразности консервативного лечения. Консервативное лечение нецелесообразно в случае сочетания дискоординации родовой деятельности со следующими видами акушерской патологии:

- тазовое предлежание,
- анатомически узкий таз,
- крупный плод,
- перенашивание,
- первородящие старше 30 лет,
- отягощенный акушерский анамнез.

Все выше перечисленное является основанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения без проведения предварительного лечения.

Лечение дискоординированной родовой деятельности I – II степени проводится по принципам лечения патологического прелиминарного периода:

1. Акушерский сон-отдых (медикаментозный, немедикаментозный).
2. Нормализация сократительной деятельности матки введением β -адреномиметиков в режиме токолиза или субтоколиза.
С целью увеличения сенсibilизации клеток миометрия (β - рецепторов) предварительно вводится в/в болюсно милдронат 10,0.
3. Проведение сакральной или продленной перидуральной анестезии.

4. Профилактика (лечение) внутриутробной гипоксии плода.

Важно подчеркнуть необходимость одновременной реализации всех принципов терапии. Проведению терапии обычно предшествует устранение неполноценного плодного пузыря (амниотомия). При отсутствии эффекта от проведенного лечения в течение 2-3 часов роды заканчиваются путем операции кесарева сечения.

III степень – спастическая тотальная дистоция.

С патогенетической точки зрения дискоординация родовой деятельности III степени характеризуется резким *угнетением симпатического отдела* вегетативной нервной системы, *угнетением выделения норадреналина и адреналина, прекращением сокращения продольной мускулатуры, резким повышением тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы, значительным повышением концентрации ацетилхолина и тетаническим сокращением циркулярной мускулатуры шейки, нижнего сегмента, тела матки.*

Клиническая картина характеризуется:

- Спастические, очень болезненные схватки, наблюдавшиеся в предшествующих стадиях, сменяются короткими, слабыми (с малой амплитудой) сокращениями на фоне тетанического сокращения циркулярной мускулатуры. Подобная родовая деятельность нередко ошибочно трактуется как вторичная слабость родовой деятельности.

- Базальный тонус резко повышен во всех отделах матки, пальпация частей плода невозможна.

- Сохраняются боли в крестце и поясничной области.

- Роженица апатична, безучастна, пульс учащен (может быть брадикардия), артериальное давление повышено (может быть гипотония) – торпидная фаза родового шока.

- Матка приобретает сигарообразную форму, поперечник резко уменьшен (спазм всей циркулярной мускулатуры), дно матки стоит очень высоко, матка плотно охватывает плод, спастическое кольцо стоит на уровне пупка.

- Нарастает гипоксия плода (брадикардия, глухость тонов, аритмия), внутриутробная гибель плода.

- “Шнурующее” сдавление плода распространяется на органы брюшной полости – возникают нарушения кровообращения в брыжейке, некроз петель кишечника, кровоизлияния в надпочечники, печень, почки.

- Высока опасность отслойки плаценты, эмболии околоплодными водами развития синдрома ДВС, атонических кровотечений в раннем послеродовом периоде.

- Прекращается самостоятельное мочеиспускание, нарастает олигоурия.

- При влагалищном исследовании выявляется напряжение мышц тазового дна, спастически суженное влагалище, нарастает спастическая дистоция шейки. Наряду со спастической, может иметь место “свисающая” дистоция – шейка матки свисает в виде «рукава», края отечны, паралитически мягкие (парадоксальная фаза парабриоза), темпы открытия зева замедлены.

- При целом плодном пузыре оболочки плотно натянуты на головке, большая родовая опухоль, неправильные вставления головки.

Проведение консервативного лечения при наличии дискоординированной родовой деятельности III степени следует признать неоправданным. Роженица нуждается в немедленном родоразрешении либо путем операции кесарева сечения при живом и жизнеспособном плоде, либо путем плодоразрушающей операции - при мертвом плоде.

Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперактивность матки). Эта форма аномалии родовой деятельности встречается в 1-1,5% случаев и проявляется чрезмерно сильными (более 70-100 мм.рт.ст), частыми (более 5 схваток за 10 минут), продолжительными (более 120 сек) схватками, повышением базального тонуса миометрия (более 12 мм.рт.ст.), высокой маточной активностью (более 300 ЕМ) и быстрым открытием маточного зева и изгнанием плода.

Данная форма аномалий родовой деятельности чаще всего наблюдаются у женщин с повышенной общей возбудимостью нервной системы. Можно полагать, что чрезмерно

сильная родовая деятельность может зависеть от нарушений кортико-висцеральной регуляции, при которых, импульсы, поступающие из матки рожавшей женщины в подкорку, не регулируются в должной степени корой головного мозга. При этом, может повышаться содержание в крови таких веществ как окситоцина, адреналина, ацетилхолина, простагландинов, которые оказывают мощное воздействие на сократительную функцию маточной мускулатуры. При чрезмерно сильной родовой деятельности, часто имеет место нарушение маточно-плодово-плацентарного кровообращения, возникает опасность преждевременной отслойки плаценты, эмболии околоплодными водами.

Роды в подобных случаях заканчиваются в течение 1-4 часов и их называют стремительными. Чрезмерно сильная родовая деятельность характеризуется внезапным и бурным началом родов; очень сильные схватки следуют одна за другой, приводят к быстрому достижению полного раскрытия маточного зева. После достижения полного открытия немедленно начинаются бурные и стремительные потуги, иногда в 1-2 потуги рождается плод, а вслед за ним и послед. Подобное течение родов угрожает матери опасностью тяжелого травматизма шейки матки, влагалища, промежности и может вызвать кровотечение, опасное для здоровья и даже жизни женщины.

При быстром продвижении головки плода через родовые пути, она не успевает конфигурироваться и подвергается быстрому и сильному сдавлению, что нередко приводит к травме и внутренним кровоизлияниям вследствие чего увеличивается мертворождаемость и ранняя детская смертность.

Для снятия чрезмерно сильных схваток эффективным является проведение токолиза β -адреномиметиками (партусистен, бриканил).

Роды ведут на боку противоположном позиции; во II периоде родов целесообразно проведение пудендальной анестезии. При наличии в анамнезе стремительных родов с неблагоприятным исходом для плода, необходимо своевременно ставить вопрос о плановом родоразрешении путем операции кесарева сечения в интересах плода.

Профилактика аномалий родовой деятельности.

Профилактика аномалий родовой деятельности должна начинаться у беременных группы высокого риска в условиях женской консультации с 38 недель и продолжаться в условиях отделения патологии беременных.

Комплекс профилактических мероприятий включает:

1. Проведение психопрофилактической подготовки к родам.
2. Дородовую госпитализацию.
3. Подготовки к родам.
4. Оценки состояния плода.

ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ

Повреждения наружных половых органов и промежности (ссадины, гематомы, разрывы)

Классификация разрыва промежности:

По степени повреждения тканей:

- разрыв I степени — повреждается задняя спайка больших половых губ, часть задней стенки влагалища и кожа промежности без повреждения мышц;

- разрыв II степени — помимо задней спайки и кожи промежности повреждается сухожильный центр промежности и идущие к нему луковично-губчатая, поверхностная и глубокая поперечные мышцы промежности;

- разрыв III степени — кроме кожи, фасций и упомянутых выше трёх мышц, происходит надрыв или разрыв наружного сфинктера заднего прохода (m. sphincter ani externus) без

повреждения стенки прямой кишки (неполный разрыв III степени);

- разрыв IV степени — нарушение целостности наружного сфинктера заднего прохода с повреждением стенки прямой кишки (полный разрыв III степени).

Центральный разрыв — между задней спайкой и наружным сфинктером прямой кишки.

По клиническому течению:

- угрожающий разрыв промежности — развивается цианоз и отёк тканей из-за нарушения венозного оттока, к которому присоединяются признаки обескровливания (кожа промежности становится бледной и блестящей);

- начавшийся разрыв промежности — появляются мелкие трещины эпидермиса на глянцево-розовой поверхности кожи;

- совершившийся разрыв промежности — вульва зияет, появляется незначительное кровотечение, а при разрывах III–IV степени — недержание газа и кала.

Причины:

- ✓ ригидная промежность;
- ✓ высокая промежность;
- ✓ оперативное родоразрешение;
- ✓ быстрые стремительные роды;
- ✓ крупный плод;
- ✓ анатомически узкий таз;
- ✓ неправильное предлежание и вставление головки;
- ✓ неправильное ведение родов.

Диагностика:

Угроза разрыва:

- ✓ I стадия — значительное выпячивание, синюшность кожи;
- ✓ II стадия — отечность, блеск;
- ✓ III стадия — бледность.
- ✓ Разрыв — кровотечение.

Техника наложения швов:

Разрыв I степени:

- 1) обнажение верхнего угла разрыва влагалища с помощью зеркал;
- 2) кетгутовый шов на верхний угол раны и узловый шов на слизистую задней стенки влагалища с захватом дна до задней спайки с формированием вульварного кольца;
- 3) шелковые отдельные швы на кожу промежности от нижнего угла раны к задней спайке. Возможен косметический внутрикожный шов (викрил–рапид, полигликолид);

Разрыв II степени:

- 1) кетгутовый шов на верхний угол раны;
- 2) погружные отдельные швы на мышцы промежности (кетгут, викрил);
- 3) восстановление целостности слизистой влагалища и кожи промежности, как при разрыве I степени.

Ведение в послеродовом периоде:

- ✓ обработка швов йодом;
- ✓ туалет промежности;
- ✓ не разрешается сидеть в течение 2–3 недель;

- ✓ вставать при I-II степени можно через 6 часов после родов;
- ✓ на 4–5 день – очистительная клизма;
- ✓ через 5 дней – снятие швов с кожи;
- ✓ в течение 4–5 дней – жидкая пища, чтобы не было стула.

Особенности наложения швов и ведение послеродового периода при разрыве промежности III степени:

1. кетгутовый шов на верхний угол разрыва слизистой влагалища;
2. восстановление целостности прямой кишки (с верхнего угла раны прямой кишки до сфинктера);
3. второй ряд швов на внутритазовую фасцию;
4. швы на m. levator ani (не завязывать);
5. матрасный кетгутовый шов на края разрыва наружного сфинктера и завязывание узлов на m. levator ani ;
6. ушивание раны слизистой влагалища и восстановление целостности вульварного кольца;
7. погружные кетгутовые швы на мышцы тазового дна;
8. швы на кожу промежности.

В послеродовом периоде:

1. подъем разрешается к концу 1^х суток;
2. в течение 5–6 суток – жидкая пища, чтобы не было стула;
3. антибиотики;
4. обезболивающие;
5. на 5–6 сутки – очистительная клизма;
6. при отеке области швов промежности назначают пузырь со льдом.

Гематома, тактика ведения при нарастающей гематоме и при прекратившемся кровотечении.

По локализации гематомы подразделяют на лежащие выше или ниже мышцы, поднимающей задний проход.

Причины образования гематом:

- изменения сосудистой стенки (повышенная ломкость сосудов, варикозная болезнь, застой крови),
- быстрое течение родов,
- сдавливание тканей головкой плода,
- проведение акушерских операций (акушерские щипцы и др.).
- нарушение целостности сосудов, не обнаруженное при осмотре;
- ранение сосуда при ушивании раны;
- неправильно наложенные швы (без захвата дна раны).

Кроме того, повреждение может произойти при проведении парацервикальной или пудендальной анестезии. Гематомы могут образоваться также по краю раны при рассечении промежности или вокруг разрывов.

При нарастании гематомы показано:

- ✓ прошивание гематомы без ее вскрытия (небольшие размеры);
- ✓ вскрытие, опорожнение, прошивание раны;
- ✓ тугая тампонада на 24 часа.

При остановившемся кровотечении:

- ✓ покой, холод, гемостатики;
- ✓ рассасывающая терапия.

При опасности инфицирования:

вскрытие, опорожнение, дренирование раны либо открытое ее ведение с применением антибиотиков.

Эпизио- и перинеотомия (показания, техника)

Перинеотомия – рассечение промежности по срединной линии.

Эпизиотомия – рассечение промежности в направлении седалищного бугра справа.

Эпизиотомия и перинеотомия проводятся при врезывании головки плода и открытии вульварного кольца на 4 см.

Показания со стороны плода:

- острая гипоксия и обострение хронической гипоксии;
- дистоция плечиков;
- тазовые предлежания;
- недоношенность.

Показания со стороны матери:

- угроза разрыва промежности;
- гипертензия;
- миопия высокой степени;
- заболевания ССС;
- наложение акушерских щипцов.

Операцию выполняют в момент максимального растяжения тканей вульварного кольца на высоте потуги. Рассечение осуществляют ножницами. Длина разреза 2–3 см.

Разрывы влагалища, шейки матки, стенки мочевого пузыря

Классификация разрывов шейки матки:

I степень разрыва – до 2^x см;

II степень – больше 2^x см, но не достигающие до сводов влагалища;

III степень – разрывы, достигающие до свода и переходящие на него.

Причины:

1. рубцовые изменения шейки;
2. дистоция шейки матки;
3. оперативные роды;
4. быстрые, стремительные роды;
5. крупный плод;
6. клиническое несоответствие;
7. неправильные предлежания;
8. нерациональное ведение II периода родов.

Диагностика:

1) кровотечение из родовых путей;

2) осмотр шейки матки в зеркалах с помощью окончатых зажимов.

Техника наложения швов:

- 1) низведение шейки окончатými зажимами и разведение краев раны в противоположные стороны;
- 2) первый шов – несколько выше верхнего края разрыва;
- 3) слизистая цервикального канала не прокалывается; отдельные кетгутовые швы завязываются со стороны влагалища;
- 4) при толстых краях разрыва – 2^x рядный шов;
- 5) при разможжении шейки – иссечение краев с тщательным анатомическим их сопоставлением;
- 6) расстояние между швами не больше 1 см.

Причины разрывов влагалища:

1. воспалительные и рубцовые изменения стенки влагалища;
2. стремительные роды;
3. крупный плод, переношенность;
4. оперативное родоразрешение;
5. длительное стояние головки в полости таза.

Диагностируются разрывы влагалища по:

- ✓ кровотечению при хорошо сократившейся матке;
- ✓ визуально при осмотре влагалища с помощью зеркал.

Особенности наложения швов:

1. швы накладываются на 0,5 см. от края раны и на расстоянии 1 см. друг от друга, начиная с верхнего угла раны;
2. под контролем пальцев, разводящих разрыв влагалища;
3. шов с захватом дна раны для избежания образования гематом и затеков;
4. швы отдельные узловые или непрерывные кетгутовые или викриловые;
5. при ушивании задней стенки влагалища – опасность захвата в шов стенки кишки, спереди уретры.

Мочеполовые и кишечнополовые свищи (самопроизвольные и насильственные)

Этиология:

- 1) Длительное стояние головки в полости таза, сдавление тканей, ишемия, некроз.
- 2) Повреждение мягких тканей во время оперативных вмешательств.
- 3) Несостоятельность швов на прямой кишке после ушивания разрыва промежности III степени.

Трофические свищи формируются в течение 8–12 дней, травматические проявляются практически сразу.

Клиника:

1. непроизвольное выделение мочи через влагалище;
2. постоянные ноющие боли в области поясницы, влагалища, мочевого пузыря;
3. мацерация, изъязвления влагалища, кожи наружных половых органов, инфекционные осложнения;
4. выделения через влагалище газов, кала, гноя;
5. гематурия.

Диагностика:

1. осмотр в зеркалах;
2. пальпация свищевого отверстия;
3. зондирование;
4. цистоскопия, уретроцистоскопия;
5. вагинография, фистулография;
6. клизма с метиленовым синим, заполнение мочевого пузыря красителем;
7. ректороманоскопия.

Лечение:

- 1) Консервативное лечение, как самостоятельный метод, малоэффективен. Его можно применить при пузырно-, уретровлагалищных свищах
 - ✓ отведение мочи с помощью уретрального катетера, промывание его антисептиками (в течение 10–12 дней);
 - ✓ рыхлая тампонада влагалища с противовоспалительными мазями;
 - ✓ прижигание нитратом серебра.
- 2) Оперативное лечение
 - ✓ после исчезновения воспалительных явлений, некротических изменений в области свища и полного его формирования;

- ✓ выделение свищевого хода, иссечение рубцово-измененных тканей;
- ✓ восстановление целостности стенок (пластика).

Профилактика:

- 1) своевременная госпитализация беременных (до срока родов) с крупным плодом, узким тазом, неправильным предлежанием и вставлением головки, неправильным положением плода и т. д.;
- 2) правильное ведение родов и тщательное наблюдение за роженицей для своевременной диагностики признаков клинического несоответствия;
- 3) качественное выполнение родоразрешающих операций и ушивания разрывов;
- 4) знание клинической анатомии, проведение операций при опорожненном мочевом пузыре;
- 5) профилактика инфицирования ушитых ран;
- 6) соблюдение показаний, противопоказаний, условий выполнения оперативного родоразрешения.

Повреждения сочленений таза

1) Во время беременности происходит умеренное размягчение сочленений таза вследствие усиленного кровенаполнения и серозного пропитывания связок и хрящей. В случае сильного давления головки плода на кольцо таза может произойти расхождение лонных костей (более чем на 0,5 см.). Чаще наблюдается у женщин с узким тазом и при родах крупным плодом.

2) Травматическое повреждение происходит при оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, извлечение плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции).

Клиника:

1. Боль в области лона, усиливающаяся при движении ногами, особенно при разведении ног, согнутых в коленных и тазобедренных суставах.
2. Отечность, болезненность и углубление между концами лонных костей при пальпации.
3. Рентгенография костей таза.

Лечение:

1. Постельный режим в течение 3–5 недель в положении на спине.
2. Перекрестное бинтование в области таза.
3. Препараты кальция, витамины, антибиотики при наличии инфекции.

Выворот матки

Острый выворот матки может произойти при гипотонии матки и давлении на нее сверху. Вывороту способствует сочетание расслабления стенок матки и выжимание последа "по Креде" без предварительного массажа дна матки, а также недозволенное потягивание за пуповину.

Клиника:

1. острая боль;
2. шок;
3. из половой щели показывается вывернутая слизистая матки ярко красного цвета, иногда с неотделившимся последом.

Лечение:

1. обработка раствором фурацилина и вазелиновым маслом;
2. вправление матки под наркозом.

При безуспешности вправления – влагалищная экстирпация матки.

Этиология, классификация разрывов матки

Классификация разрывов матки по Л.С. Персианинову (1964)

I. По времени происхождения:

- Разрыв во время беременности.
- Разрыв во время родов.

II. По патогенетическому признаку:

Самопроизвольные:

Типичные:

• механические (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка);

Атипичные:

- гистопатические (при патологических изменениях стенки матки);
- механическо - гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).

Насильственные разрывы матки:

• Травматические - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы.

- Смешанные - внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

III. По клиническому течению:

- Угрожающий разрыв.
- Начавшийся разрыв.
- Свершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения:

— Трещина (надрыв);

— Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость, без разрыва серозной оболочки) — чаще всего происходит в нижнем сегменте сбоку (между миометрием и брюшиной расположен слой клетчатки), приводит к образованию обширной параметральной гематомы;

— Полный разрыв (проникающий в брюшную полость) происходит разрыв всех слоев маточной стенки, включая серозную оболочку, с проникновением в полость матки. Возникает в тех отделах матки, где миометрий плотно спаян с брюшиной.

V. По локализации:

- Разрыв в дне матки
- Разрыв в теле матки
- Разрыв в нижнем сегменте
- Отрыв матки от сводов влагалища (colporrhexis)

Теории разрыва матки:

- 1) механическая теория – несоответствие размеров плода и таза роженицы;
- 2) гистопатическая теория - глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, приводящие к функциональной неполноценности (вследствие рубцовых, воспалительных изменений, ВПР, инфантилизма, у многорожавших)

Насильственные травматические разрывы:

1. поворот плода на ножку;

2. экстракция плода;
 3. плодоразрушающие операции;
 4. классический поворот плода;
 5. неправильное, грубое ведение родов.
- Этиологические факторы механических разрывов:
1. клинически узкий таз;
 2. неправильные предлежания и вставления;
 3. поперечные, косые положения плода;
 4. переносная беременность;
 5. крупный плод, гидроцефалия.

Клиника угрожающего, начавшегося, свершившегося разрыва матки

I. Угрожающий разрыв

Симптомы более выражены при механическом препятствии и меньше при дегенеративных изменениях в матке

- 1) болезненные схватки, отсутствие расслабления матки;
- 2) сильная родовая деятельность;
- 3) перерастяжение нижнего сегмента, высокое и косое расположение контракционного кольца;
- 4) напряжение и болезненность круглых связок;
- 5) отек маточного зева, переходящий на влагалище и промежность;
- 6) затруднение мочеиспускания;
- 7) неэффективные потуги при полном его раскрытии;
- 8) боли в области рубца матки, его истончение;
- 9) напряжение и болезненность нижнего сегмента.

II. Начавшийся разрыв

Присоединяются:

- 1) кровянистые выделения из половых путей;
- 2) кровь в моче;
- 3) гипоксия плода;
- 4) судорожный характер связок, слабость при дистрофических изменениях;
- 5) выраженное беспокойство роженицы.

III. Совершившийся разрыв

- 1) сильная (кинжальная боль);
- 2) прекращение родовой деятельности;
- 3) клиника острой кровопотери и шока;
- 4) апатия роженицы;
- 5) гибель плода;
- 6) кровотечение из наружных половых путей;
- 7) подвижная предлежащая часть, могут пальпироваться части плода, вышедшие в брюшную полость;
- 8) четкие контуры матки отсутствуют;
- 9) перитонеальные симптомы, боль при смещении матки.

Тактика ведения:

При угрозе разрыва матки:

- 1) женщина нетранспортабельна;
- 2) применяются глубокий наркоз, миорелаксация, ИВЛ;
- 3) при живом плоде и наличии условий для операции производится кесарево сечение;
- 4) при мертвом плоде - плодоразрушающая операция.

При начавшемся и свершившемся разрыве матки проводятся:

- 1) наркоз и чревосечение только нижнесрединным разрезом;
 - 2) реанимационные мероприятия, инфузионная терапия, возмещение кровопотери.
- Из брюшной полости удаляют плод, послед, излившуюся кровь. Ввиду частого сочетания совершившегося разрыва матки с атонией, инфекцией и др. патологией объем оперативного вмешательства - это экстирпация или надвлагалищная ампутация матки.

Профилактика родового травматизма:

1. формирование групп риска;
2. выработка плана ведения женщин (сроки госпитализации, объем обследования и лечения);
3. учет условий, показаний, противопоказания к выполнению оперативных вмешательств;
4. плановое родоразрешение женщин с рубцом на матке не позднее 38–39 недель;
5. бережное родоразрешение и высокая квалификация медперсонала;
6. профилактика и своевременное лечение гинекологической патологии до беременности.

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ НОВОРОЖДЕННОГО

Факторами, предрасполагающими к родовой травме, являются:

- неправильное положение плода,
- несоответствие размеров плода размерами малого таза беременной (крупный плод или суженный таз),
- особенности внутриутробного развития плода (хроническая внутриутробная гипоксия),
- недоношенность,
- переношенность,
- длительность родов (как стремительные, так и затяжные роды).

Непосредственной причиной родового травматизма нередко бывают неправильно выполняемые акушерские пособия при поворотах и извлечении плода, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора и др.

Родовая травма мягких тканей

Повреждения кожи и подкожной клетчатки при родах (ссадины, царапины, кровоизлияния и др.), как правило, не опасны и требуют только местного лечения для предупреждения инфицирования (обработка 0,5% спиртовым раствором йода, наложение асептической повязки); они исчезают обычно через 5 — 7 дней.

Одной из типичных родовых травм (чаще развивается при родах в ягодичном предлежании) является **повреждение грудино-ключично-сосцевидной мышцы**, кровоизлияние, или разрыв. В области повреждения определяется небольшая, умеренно плотная или тестоватой консистенции, слегка болезненная при пальпации опухоль. Иногда ее выявляют только к концу 1-й недели жизни ребенка, когда развивается кривошея: голова ребенка наклонена в сторону поврежденной мышцы, а подбородок повернут в противоположную сторону. Дифференцировать гематому грудино-ключично-сосцевидной мышцы следует с врожденной мышечной кривошеей.

Лечение заключается в создании корригирующего положения, способствующего ликвидации патологического наклона и поворота головы (используют валики), применении сухого тепла, электрофореза йодида калия; В более поздние сроки назначают массаж. Как правило, гематома рассасывается и через 2 — 3 нед функция мышцы восстанавливается. При отсутствии эффекта от консервативной терапии показана хирургическая коррекция, которая должна быть проведена в первые 6 мес. жизни ребенка.

Кефалогематома — кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа (чаще одной или обеих теменных, реже затылочной). Ее необходимо дифференцировать с родовой опухолью, которая представляет собой локальный отек кожи и подкожной клетчатки новорожденного, располагается, как правило, на предлежащей части плода и возникает в результате длительного механического сдавления соответствующей области. Родовая опухоль встречается обычно при затяжных родах, а также при акушерских пособиях (наложение щипцов). В отличие от кефалогематомы родовая опухоль выходит за пределы одной кости, она мягкоэластической консистенции, флюктуации и валика по периферии не отмечается; родовая опухоль исчезает через 1—2 дня и специального лечения не требует.

Дети, перенесшие родовую травму мягких тканей, как правило, полностью выздоравливают.

Родовая травма костной системы

Наиболее часто наблюдаются повреждения ключицы, плечевых и бедренных костей. Причинами их являются неправильно проводимые акушерские пособия.

Перелом ключицы, обычно поднадкостничный, характеризуется значительным ограничением активных движений, болезненной реакцией (плач) при пассивных движениях руки на стороне поражения. При легкой пальпации отмечают припухлость, болезненность и крепитацию над местом перелома.

Переломы плечевой и бедренной костей диагностируют по отсутствию активных движений в конечности, болевой реакции при пассивных движениях, наличию отека, деформации и укорочения поврежденной кости. При всех видах переломов костей диагноз должен быть подтвержден рентгенологически.

Лечение перелома ключицы заключается в кратковременной иммобилизации руки с помощью повязки Дезо с валиком в подмышечной области или путем плотного пеленания вытянутой руки к туловищу сроком на 7—10 дней (при этом ребенка укладывают на противоположный бок). При переломах плечевой и бедренной костей показана иммобилизация конечности (после репозиции в случае необходимости) и ее вытяжение (чаще с помощью лейкопластыря). Прогноз при переломах ключицы, плечевой и бедренной костей благоприятный.

Травматический эпифизолиз плечевой кости встречается редко, проявляется припухлостью, болезненностью и крепитацией при пальпации в области плечевого или локтевого суставов, ограничением движений пораженной руки. При этом повреждении в дальнейшем часто развивается сгибательная контрактура в локтевом и лучезапястном суставах из-за пареза лучевого нерва. Диагноз подтверждают с помощью рентгенографии плечевой кости. Лечение: фиксация и иммобилизация конечности в функционально выгодном положении в течение 10 — 14 дней с последующим назначением физиотерапевтических процедур, массажа.

Дети, перенесшие родовую травму костей, как правило, полностью выздоравливают.

Родовая травма внутренних органов

Встречается редко и, как правило, является следствием механических воздействий на плод при неправильном ведении родов, оказании различных акушерских пособий. Наиболее часто повреждаются печень, селезенка и надпочечники в результате кровоизлияния в эти

органы. В течение первых 2 сут. явной клинической картины кровоизлияния во внутренние органы не отмечают («светлый» промежуток). Резкое ухудшение состояния ребенка наступает на 3—5-е сутки в связи с кровотечением вследствие разрыва гематомы и нарастанием кровоизлияния. Клинически это проявляется симптомами острой постгеморрагической анемии и нарушением функции того органа, в который произошло кровоизлияние. При разрыве гематом часто отмечают вздутие живота и наличие свободной жидкости в брюшной полости. Выраженную клиническую картину имеет кровоизлияние в надпочечники, которое часто встречается при ягодичном предлежании. Оно проявляется резкой мышечной гипотонией (вплоть до атонии), угнетением физиологических рефлексов, парезом кишечника, падением АД, упорными срыгиваниями, рвотой.

Для подтверждения диагноза родовой травмы внутренних органов производят обзорную рентгенографию и ультразвуковое исследование брюшной полости, а также исследование функционального состояния поврежденных органов.

При кровоизлиянии в надпочечники и развитии острой надпочечниковой недостаточности необходима заместительная терапия глюкокортикоидными гормонами. При разрыве гематомы, внутриполостном кровотечении производят оперативное вмешательство.

Прогноз родовой травмы внутренних органов зависит от объема и степени тяжести поражения органов. Если ребенок не погибает в острый период родовой травмы, его последующее развитие во многом определяется сохранностью функций пораженного органа. У многих новорожденных, перенесших кровоизлияние в надпочечники, в дальнейшем развивается хроническая надпочечниковая недостаточность.

Родовая травма центральной нервной системы

Является наиболее тяжелой и опасна для жизни ребенка. Она объединяет различные по этиологии, патогенезу, локализации и степени тяжести патологические изменения нервной системы, возникающие в результате воздействия на плод в родах механических факторов. Родовая травма нервной системы в большинстве случаев возникает на фоне хронической гипоксии плода, обусловленной неблагоприятным течением беременности (токсикозы, угроза выкидыша, инфекционные, эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания, профессиональные вредности и др.).

Внутричерепные кровоизлияния. Клиническая картина неврологических расстройств зависит от тяжести кровоизлияния, сочетания с другими нарушениями (гипоксией, кровоизлияниями другой локализации). Чаще встречаются легкие кровоизлияния с такими клиническими проявлениями, как срыгивание, тремор рук, беспокойство, повышение сухожильных рефлексов. Иногда неврологическая симптоматика может появиться только на 2—3-й день жизни после прикладывания ребенка к груди. При массивных кровоизлияниях дети рождаются в асфиксии, у них наблюдаются беспокойство, нарушение сна, ригидность мышц затылка, срыгивание, рвота, нистагм, косоглазие, тремор, судороги. Мышечный тонус повышен, ярко выражены все безусловные рефлексы. На 3—4-й день жизни иногда отмечают синдром Арлекина, проявляющийся изменением окраски половины тела новорожденного от розового до светло-красного цвета; другая половина бывает бледнее, чем в норме. Отчетливо этот синдром выявляется при положении ребенка на боку. Изменение окраски тела может наблюдаться в течение от 30 с до 20 мин, в этот период самочувствие ребенка не нарушается.

Лечение заключается в коррекции дыхательных, сердечно-сосудистых и метаболических нарушений. При развитии реактивного менингита назначают антибактериальную терапию. При повышении внутричерепного давления необходима дегидратационная терапия.

При наличии легких неврологических расстройств или асимптомном течении прогноз благоприятный. Если развитие кровоизлияния сочеталось с тяжелыми гипоксическими и (или) травматическими повреждениями, дети, как правило, погибают, а у немногих выживших обычно наблюдаются такие серьезные осложнения, как гидроцефалия, судороги, детский церебральный паралич, задержка речевого и психического развития.

Травма спинного мозга — результат воздействия механических факторов (избыточная тракция или ротация) при патологическом течении родов, приводящих к кровоизлиянию, растяжению, сдавлению и разрывам спинного мозга на различных уровнях. Позвоночник и его связочный аппарат у новорожденных более растяжимы, чем спинной мозг, который сверху фиксирован продолговатым мозгом и корешками плечевого сплетения, а снизу конским хвостом. Поэтому повреждения чаще всего обнаруживают в нижнешейном и верхнегрудном отделах, т.е. в местах наибольшей подвижности и прикрепления спинного мозга. Чрезмерное растяжение позвоночника может привести к опусканию ствола мозга и его вклинению в большое затылочное отверстие.

Клинические проявления зависят от степени тяжести травмы и уровня поражения. В тяжелых случаях выражена картина спинального шока: вялость, адинамия, мышечная гипотония, арефлексия, диафрагмальное дыхание, слабый крик. Мочевой пузырь растянут, задний проход зияет. Резко выражен рефлекс отдергивания: в ответ на единичный укол нога сгибается и разгибается несколько раз во всех суставах. Могут быть чувствительные и тазовые расстройства. Чаще явления спинального шока постепенно регрессируют, но у ребенка еще в течение недель или месяцев сохраняется гипотония. Затем она сменяется спастикой, усилением рефлекторной активности. Ноги принимают положение «тройного сгибания», появляется выраженный симптом Бабинского. Отмечаются также вегетативные нарушения: потливость и вазомоторные феномены; могут быть выражены трофические изменения мышц и костей. При легкой спинальной травме наблюдается преходящая неврологическая симптоматика.

Диагноз устанавливают на основании сведений об акушерском анамнезе (роды в тазовом предлежании), клинических проявлений, результатов обследования. Травма спинного мозга может сочетаться с повреждением позвоночника, поэтому необходимы проведение рентгенографии предполагаемой области поражения, исследование цереброспинальной жидкости.

Лечение заключается в иммобилизации предполагаемой области травмы (шейный или поясничный отделы); в остром периоде проводят дегидратационную терапию (диакарб, триамтерен, фуросемид), назначают викасол, рутин, аскорбиновую кислоту и др. В восстановительном периоде показаны ортопедический режим, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия, электростимуляция. Применяют алоэ, АТФ, дибазол, пирогенал, витамины группы В, галантамин, прозерин, ксантинола никотинат.

При стойких неврологических нарушениях дети нуждаются в длительной восстановительной терапии. Профилактика предполагает правильное ведение родов в тазовом предлежании и при дискоординации родовой деятельности, предупреждении гипоксии плода, применение кесарева сечения с целью исключения переразгибания его головки, выявление хирургически корригируемых поражений.

Травма периферической нервной системы

Включает травму корешков, сплетений, периферических нервов и черепных нервов. Наиболее часто наблюдается травма плечевого сплетения, диафрагмального, лицевого и срединного нервов. Остальные варианты травматических повреждений периферической нервной системы встречаются реже.

Травма плечевого сплетения (акушерский парез) отмечается преимущественно у детей с большой массой тела, рожденных в ягодичном или ножном предлежании. Основной причиной травмы являются акушерские пособия, оказываемые при запрокидывании верхних конечностей плода, затрудненном выведении плечиков и головки. Тракция и ротация головки при фиксированных плечиках и, наоборот, тракция и ротация плечиков при фиксированной головке приводят к натяжению корешков-нижнешейных и верхнегрудных сегментов спинного мозга над поперечными отростками позвонков. В большинстве случаев акушерские парезы возникают на фоне асфиксии плода.

В зависимости от локализации повреждения парезы плечевого сплетения подразделяют на верхний (проксимальный), нижний (дистальный) и тотальный типы. Верхний тип акушерского пареза (Дюшенна—Эрба) возникает в результате повреждения верхнего плечевого пучка плечевого сплетения или шейных корешков, берущих начало из сегментов CV — CVI спинного мозга. В результате пареза мышц, отводящих плечо, ротирующих его наружу, поднимающих руку выше горизонтального уровня, сгибателей и супинаторов предплечья нарушается функция проксимального отдела верхней конечности. Рука ребенка приведена к туловищу, разогнута, ротирована внутрь в плече, пронирована в предплечье, кисть в состоянии ладонного сгибания, головка наклонена к большому плечу.

Нижний тип акушерского пареза (Дежерина—Клюмпке) возникает в результате поражения среднего и нижнего первичных пучков плечевого сплетения или корешков, берущих начало от CV ThI, сегментов спинного мозга. В результате пареза сгибателей предплечья, кисти и пальцев нарушается функция дистального отдела руки. Отмечается мышечная гипотония; движения в локтевом, лучезапястном суставах и пальцах резко ограничены; кисть свисает или находится в положении так называемой когтистой лапы. В плечевом суставе движения сохранены.

Тотальный тип акушерского пареза обусловлен повреждением нервных волокон, берущих начало от CV-, ThI-сегментов спинного мозга. Мышечная гипотония резко выражена во всех группах мышц. Рука ребенка пассивно свисает вдоль туловища, ее легко можно обвить вокруг шеи — симптом шарфа. Спонтанные движения отсутствуют или незначительны. Сухожильные рефлексы не вызываются. Кожа бледная, рука холодная на ощупь. К концу периода новорожденности развивается, как правило, атрофия мышц.

Акушерские парезы чаще бывают односторонними, но могут быть и двусторонними. При тяжелых парезах наряду с травмой нервов плечевого сплетения и образующих их корешков в патологический процесс вовлекаются и соответствующие сегменты спинного мозга.

Лечение следует начинать с первых дней жизни и проводить постоянно с целью профилактики развития мышечных контрактур и тренировки активных движений. Руке придают физиологическое положение с помощью шин, лонгет; назначают массаж, лечебную физкультуру, тепловые (аппликации озокерита, парафина, горячие укутывания) и физиотерапевтические (электростимуляция) процедуры; лекарственный электрофорез (калия йодида, прозерина, лидазы, эуфиллина, никотиновой кислоты). Лекарственная терапия включает витамины группы B, АТФ, дибазол, пропермил, алоэ, прозерин, галантамин.

При своевременно начатом и правильном лечении функции конечности восстанавливаются в течение 3 — 6 мес; период восстановления при парезах средней тяжести длится до 3 лет, но часто компенсация бывает неполной; тяжелые акушерские параличи приводят к стойкому дефекту функции руки.

Парез диафрагмы — ограничение функции диафрагмы в результате поражения корешков СIII — CV или диафрагмального нерва при чрезмерной боковой тракции в родах. Клинически проявляется одышкой, учащенным, нерегулярным или парадоксальным дыханием, повторными приступами цианоза, выбуханием грудной клетки на стороне пареза. У 80% больных поражается правая сторона, двустороннее поражение составляет менее 10%. Парез диафрагмы не всегда выражен клинически и часто обнаруживается

лишь при рентгеноскопии грудной клетки. Купол диафрагмы на стороне пареза стоит высоко и мало подвижен, что у новорожденных может способствовать развитию пневмонии. Парез диафрагмы часто сочетается с травмой плечевого сплетения.

Лечение заключается в обеспечении адекватной вентиляции легких до восстановления самостоятельного дыхания. Ребенка помещают в так называемую качающуюся кровать. При необходимости проводят искусственную вентиляцию легких, чрескожную стимуляцию диафрагмального нерва. Большинство детей выздоравливает в течение 10 — 12 мес.

Парез лицевого нерва — повреждение в родах ствола и (или) ветвей лицевого нерва. Возникает в результате сжатия лицевого нерва мысом крестца, акушерскими щипцами, при переломах височной кости.

Клинически отмечают асимметрию лица, особенно при крике, расширение глазной щели («заячий глаз»). При крике глазное яблоко может смещаться вверх, а в неплотно сомкнутой глазной щели видна белковая оболочка. Угол рта опущен по отношению к другому, рот сдвинут в здоровую сторону. Грубый периферический парез лицевого нерва может затруднять процесс сосания. Восстановление часто протекает быстро и без специфического лечения. При более глубоком поражении проводят аппликации озокерита, парафина и другие тепловые процедуры.

Травма срединного нерва у новорожденных может быть в антекубитальной ямке и в запястье. Оба вида связаны с чрескожной пункцией артерий (плечевой и лучевой соответственно).

Клиническая картина в обоих случаях сходная: нарушено пальцевое схватывание предмета, которое зависит от сгибания указательного пальца и отведения и противопоставления большого пальца кисти. Характерна позиция кисти, обусловленная слабостью сгибания проксимальных фаланг первых трех пальцев, дистальной фаланги большого пальца, а также связанная со слабостью отведения и противопоставления большого пальца. Наблюдается атрофия возвышения большого пальца. Лечение включает наложение лонгеты на кисть, лечебную физкультуру, массаж. Прогноз благоприятный.

Травма лучевого нерва происходит при переломе плеча со сдавлением нерва. Это может быть вызвано неправильным внутриутробным положением плода, а также тяжелым течением родов. Клинически проявляется жировым некрозом кожи выше надмыщелка лучевой кости, что соответствует зоне компрессии, слабостью разгибания кисти, пальцев и большого пальца (свисание кисти). В большинстве случаев функция кисти быстро восстанавливается.

Травма седалищного нерва у новорожденных происходит в результате неправильного проведения внутримышечных инъекций в ягодичную область, а также при введении гипертонических растворов глюкозы, аналептиков, хлорида кальция в пупочную артерию, в результате чего возможно развитие спазма или тромбоза нижней ягодичной артерии, которая снабжает кровью седалищный нерв. Проявляется нарушением отведения бедра и ограничением движения в коленном суставе, иногда наблюдается некроз мышц ягодичы. Лечение включает наложение лонгеты на стопу, массаж, лечебную физкультуру, тепловые процедуры, лекарственный электрофорез, электростимуляцию.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, муляжи, манекены, инструментарий.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Аномалии родовой деятельности. Причины и патогенез.
2. Классификация аномалий родовой деятельности.
3. Патологический прелиминарный период. Клиника. Диагностика. Тактика.
4. Слабость родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Тактика.
5. Чрезмерно сильная родовая деятельность. Клиника. Диагностика. Тактика.
6. Дискоординация родовой деятельности. Клиника. Диагностика. Тактика.
7. Повреждения наружных половых органов и промежности (ссадины, гематомы, разрывы). Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Эпизио- и перинеотомия. Показания и техника.
9. Разрывы влагалища, шейки матки, стенки мочевого пузыря.
10. Мочеполовые и кишечно-половые свищи (самопроизвольные, насильственные).
Причины. Диагностика. Тактика.
11. Повреждения сочленений таза.
12. Выворот матки. Причины. Клиника. Лечение.
13. Этиология, классификация разрывов матки.
14. Клиника угрожающего, начавшегося и совершившегося разрыва тела матки.
15. Тактика врача при угрожающем, начавшемся и совершившемся разрыве тела матки.
16. Профилактика травматизма матери в родах.
17. Травмы мягких тканей новорожденных.
18. Травматизм костной системы новорожденных.
19. Травмы нервной системы новорожденных.
20. Травмы внутренних органов новорожденного.

Тема 9: «Предмет «Кесарево сечение в современном акушерстве. Другие родоразрешающие операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода). Их влияние на плод».

Цели и задачи занятия

ЗНАТЬ

- показания, условия и противопоказания для операции кесарево сечение, виды, технику операции кесарево сечение, способы ушивания матки, предоперационную подготовку, анестезиологическое пособие, осложнения, ведение послеоперационного периода;
- показания, условия и противопоказания для операции наложения акушерских щипцов, виды, технику операции, осложнения;
- показания, условия и противопоказания для операции вакуум-экстракции, виды, технику операции, осложнения.

УМЕТЬ:

- определить абсолютные и относительные показания, противопоказания и условия к операции кесарево сечение;
- выбрать методику кесарева сечения, провести предоперационную подготовку к плановой и экстренной операциям, вести послеоперационный период;
- определить показания, условия для родоразрешающих операций.

Содержание занятия:

Кесарево сечение

Показания абсолютные и относительные

Абсолютные показания – клинические ситуации, при которых роды через естественные родовые пути невозможны или нецелесообразны в интересах матери и плода:

1. преждевременная отслойка плаценты с кровотечением;
2. полное предлежание плаценты;
3. неполное с выраженным кровотечением и неподготовленностью родовых путей;
4. анатомически узкий таз III–IV ст.;
5. клинически узкий таз;
6. угрожающий и начавшийся разрыв матки;
7. препятствия со стороны родовых путей к рождению плода;
8. неполноценность рубца на матке, 2 и более рубца;
9. предлежание и выпадение петель пуповины;
10. свищи в анамнезе (мочеполовые, кишечнополовые);
11. злокачественные опухоли различной локализации;

12. рубцовые изменения шейки (разрыв III ст.) и влагетища;
13. аномалии родовой деятельности при неэффективности консервативной терапии;
14. тяжелые гестозы при отсутствии условий для естественного родоразрешения;
15. выраженный варикоз вульвы, влагетища;
16. тяжелые экстрагенитальные заболевания и осложнения;
17. неправильные вставления и предлежания плода;
18. острая гипоксия плода в родах.

Относительные показания – роды через естественные пути возможны, но с большим риском для матери и плода, чем с помощью кесарева сечения:

1. анатомически узкий таз I–II степени, особенно с другими факторами;
2. множественная миома;
3. лицевое предлежание;
4. хроническая гипоксия плода;
5. тазовое предлежание при массе > 3500 г;
6. возрастные первородящие (> 30 лет с ОАА);
7. сахарный диабет и крупный плод;
8. перенашивание;
9. пороки развития матки и влагетища;
10. прогрессирующее течение поздних токсикозов и экстрагенитальных заболеваний при неэффективной терапии;
11. длительное бесплодие с ОАА, ЭКО, искусственная инсеминация;
12. поперечное положение плода;
13. многоплодие при поперечном положении I плода, тазовое предлежание обоих плодов или внутриутробной гипоксии;
14. аномалии родовой деятельности;
15. рубец на матке после кесарева сечения в нижнем сегменте.

Условия:

1. отсутствие инфекции;
2. живой и жизнеспособный плод;
3. согласие женщины на операцию;
4. опорожненный мочевой пузырь;
5. высококвалифицированный хирург.

Противопоказания:

1) неблагоприятное состояние плода (внутриутробная гибель, уродства, глубокая недоношенность);

2) потенциальная или клинически выраженная инфекция – инфицирование мочевых путей:

- ✓ безводный период более 12 часов;
- ✓ затяжные роды;
- ✓ хориоамнионит в родах;
- ✓ острое и хроническое инфекционное заболевание;
- ✓ большое количество влагалищных исследований;

3) неудавшаяся попытка влагалищного родоразрешения;

4) отсутствие хирургических условий.

Но эти условия и противопоказания не имеют значения в случае витальных показаний со стороны женщины.

Виды операций

1. Абдоминальное: –

- ✓ корпоральное
- ✓ в нижнем сегменте матки
- ✓ в нижнем сегменте с временным ограничением брюшной полости

2. Влагалищное

Различают также:

- ✓ экстраперитонеальное
- ✓ интраперитонеальное (в зависимости от того вскрывают или нет брюшную

полость).

С временным ограничением брюшной полости – это кесарево сечение в нижнем сегменте;

- особенности:

* пузырно-маточная складка рассекается на 1–2 см. выше дна мочевого пузыря; ее листки отсепаровываются книзу и вверх так, чтобы был освобожден нижний сегмент матки на 5–6 см.;

* края пузырно-маточной складки подшиваются к краям париетальной брюшины сверху и снизу, а мочевой пузырь вместе с фиксированной складкой брюшины отодвигается книзу;

* полость матки вскрывается поперечным полулунным разрезом;

* после ушивания матки снимаются швы с брюшины.

Показания – при высоком риске инфекционных осложнений.

Экстраперитонеальное кесарево сечение

- показания, как и при кесаревом сечении с временным ограничением;

- противопоказано при необходимости ревизии брюшной полости и расширения объема операции;

- технически сложная операция, часто повреждается мочевой пузырь и мочеточник.

Корпоральное кесарево сечение – продольный разрез по передней стенке матки.

Показания:

1. невозможность осуществить операцию в нижнем сегменте;
2. несостоятельность рубца на матке после корпорального кесарева сечения;
3. необходимость удаления матки;
4. сросшаяся двойня;
5. неразвернутый нижний сегмент (глубоконеодоношенный);
6. на умирающей женщине при живом плоде.

Наиболее рациональный метод – кесарево сечение в нижнем сегменте матки

1) разрез передней брюшной стенки

- поперечный надлобковый по Пфанненштилю

- по Джож-Кохену

- продольный нижнесрединный;

2) послыжное вскрытие передней брюшной стенки и мобилизация мочевого пузыря;

3) разрез стенки матки

- по Керру-Гусакову

- модификация Дерфлера;

4) рождение ребенка;

5) ручная ревизия полости матки.

Кюретаж полости матки. В мышцу – утеротоник, обработка полости матки тампоном со спиртом;

- 6) расширение цервикального канала;
- 7) ушивание раны на матке
 - ✓ чаще непрерывный двухрядный кетгутовый (викрил) шов;
 - ✓ перитонизация за счет пузыряно-маточной складки;
- 8) ревизия брюшной полости;
- 9) послойное ушивание передней брюшной стенки на кожу – "косметический" шов (внутрикожный непрерывный) или отдельные узловые;
- 10) туалет влагалища.

Подготовка к операции

- 1) полное клиническое обследование;
- 2) консультация анестезиолога и терапевта;
- 3) лечение выявленной патологии;
- 4) коррекция нарушений гемодинамики, водно-солевого обмена и т. д.;
- 5) накануне операции – легкий обед, легкий ужин;
- 6) вечером и утром за 2 часа до операции – очистительная клизма;
- 7) на ночь – снотворное;
- 8) непосредственно перед операцией
 - ✓ обработка влагалища хлоргексидином в течение 5 минут;
 - ✓ выведение мочи катетером;
- 9) туалетная гигиеническая подготовка, санация влагалища.

Послеоперационный период

1. холод и тяжесть на низ живота (пузырь со льдом) сразу после операции;
2. в/венное капельное введение окситоцина – затем внутримышечно;
3. в первые 2^е суток инфузионно-трансфузионная терапия в зависимости от нарушений гомеостаза;
4. при опасности инфекции – антибиотики;
5. первые 4 сут. – обезболивание;
6. гемотрансфузия по показаниям;
7. ежедневный туалет послеоперационного шва;
8. с целью стимуляции кишечника не позднее 1^х суток – алиментарный метод стимуляции – лекарственная терапия (церукал, прозерин);
9. дыхательная гимнастика, ЛФК;
10. вставать разрешается к концу 1^х суток, ходить – на 2^е сутки при отсутствии противопоказаний;
11. контрольное УЗИ.

Осложнения:

1. кровотечение из поврежденных сосудов;
2. ранение смежных органов;
3. ранение подлежащей части плода;
4. затруднение при выведении головки;
5. гнойно-септические осложнения раны;
6. гипотонические кровотечения;
7. эндометрит, перитонит, сепсис;
8. тромбоэмболические осложнения;
9. ДВС-синдром.

Профилактика:

- 1) до операции

- ✓ тщательная гигиеническая подготовка;
- ✓ тщательное обследование и лечение выявленной патологии;
- ✓ санация очагов инфекции;
- ✓ правильная тактика родоразрешения;
- 2) во время операции
 - ✓ тщательное соблюдение техники операции;
 - ✓ знание топографоанатомических особенностей;
- 3) после операции
 - ✓ правильное ведение послеродового периода.

Особенности ведения беременности и родов у женщин с рубцом на матке

- 1) оценка полноценности рубца
 - гистеросальпингография (до беременности)
 - УЗИ (3–4 раза);
- 2) дородовая госпитализация (за 3–4 недели до родов);
- 3) при возникновении несостоятельности рубца – немедленная госпитализация – кесарево сечение в любом сроке;
- 4) родоразрешение:
 - через естественные родовые пути:
 - полноценный рубец после кесарева сечения в нижнем сегменте;
 - соответствие размеров головки плода и размеров таза;
 - кардиотокография в родах;
 - нельзя окситоцин и наркотические анальгетики;
 - отсутствие другой акушерской и гинекологической патологии;
 - после родов – ручной контроль полости матки (п/операционного рубца);
 - кесарево сечение:
 - при неполноценности рубца
 - рубец после корпорального кесарева сечения
 - два и более рубца
 - плацента в области рубца
 - при другой акушерской патологии;
 - при появлении признаков несостоятельности рубца в родах.

Акушерские щипцы.

Наложение акушерских щипцов — родоразрешающая операция, во время которой плод извлекают из родовых путей матери с помощью специальных инструментов.

Акушерские щипцы предназначены только для извлечения плода за головку, но не для изменения положения головки плода. Цель операции наложения акушерских щипцов — замещение родовых изгоняющих сил влекущей силой врача акушера.

Акушерские щипцы имеют две ветви, соединяющиеся между собой с помощью замка, каждая ветвь состоит из ложки, замка и рукоятки. Ложки щипцов имеют тазовую и головную кривизну и предназначены собственно для захвата головки, рукоятка служит для проведения тракций. В зависимости от устройства замка выделяют несколько модификаций акушерских щипцов, в России используют акушерские щипцы Симпсона–Феноменова, замок которых характеризуется простотой устройства и значительной подвижностью.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от положения головки плода в малом тазу техника операции различается. При расположении головки плода в широкой плоскости малого таза накладывают полостные или атипичные щипцы. Щипцы, накладываемые на головку, находящуюся в

узкой части полости малого таза (стреловидный шов находится почти в прямом размере), называются низкими полостными (типичными).

Наиболее благоприятный вариант операции, сопряжённый с наименьшим числом осложнений, как для матери, так и для плода, — наложение типичных акушерских щипцов. В связи с расширением показаний к операции КС в современном акушерстве щипцы применяют только как метод экстренного родоразрешения, если упущена возможность выполнения КС.

ПОКАЗАНИЯ

Со стороны матери:

- тяжелые заболевания ССС и дыхательной системы, почек, органов зрения и др;
- тяжелая нефропатия, эклампсия;
- слабость родовой деятельности, не поддающаяся терапии, утомлению;
- хориоамнионит, в родах, если в течении 2 часов не ожидается окончание родов.

Со стороны плода:

- острая гипоксия плода;
- выпадение петель пуповины;
- ПОНРП.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- мертвый плод;
- неполное раскрытие маточного зева;
- гидроцефалия, пнэнцефолия;
- узкий таз;
- глубоконе доношенный плод;
- высокое расположение головки плода;
- угрожающий или начавшийся разрыв матки.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ

- Живой плод.
- Полное открытие маточного зева.
- Отсутствие плодного пузыря.
- Расположение головки плода в узкой части полости малого таза.
- Соответствие размеров головки плода и таза матери.

ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ

Необходима консультация анестезиолога и выбор метода обезболивания. Роженица находится в положении лёжа на спине с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Проводят опорожнение мочевого пузыря, обрабатывают дезинфицирующими растворами наружные половые органы и внутреннюю поверхность бёдер роженицы. Проводят влагалищное исследование для уточнения положения головки плода в малом тазу. Проверяют щипцы, руки врача акушера обрабатывают как для проведения хирургической операции.

МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

Метод обезболивания выбирают в зависимости от состояния женщины и плода и характера показаний к операции. У здоровой женщины (при целесообразности её участия в процессе родов) со слабостью родовой деятельности или острой гипоксией плода можно использовать эпидуральную анестезию или ингаляцию смеси закиси азота с кислородом. При необходимости выключения потуг операцию проводят под наркозом.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Общая техника операции наложения акушерских щипцов включает правила наложения акушерских щипцов, соблюдаемые независимо от того, в какой плоскости таза расположена головка плода. Операция наложения акушерских щипцов обязательно

включает пять этапов: введение ложек и расположение их на головке плода, замыкание ветвей щипцов, пробная тракция, извлечение головки, снятие щипцов.

Правила введения ложек

- Левую ложку держат левой рукой и вводят в левую сторону таза матери под контролем правой руки, левую ложку вводят первой, так как она имеет замок.

- Правую ложку держат правой рукой и вводят в правую сторону таза матери поверх левой ложки. Для контроля за положением ложки во влагалище вводят все пальцы руки акушера, кроме большого, который остаётся снаружи и отводится в сторону. Затем как писчее перо или смычок берут рукоятку щипцов, при этом верхушка ложки должна быть обращена вперёд, а рукоятка щипцов — параллельно противоположной паховой складке. Ложку вводят медленно и осторожно с помощью подталкивающих движений большого пальца. По мере продвижения ложки рукоятку щипцов перемещают в горизонтальное положение и опускают вниз. После введения левой ложки акушер извлекает руку из влагалища и передаёт рукоятку введённой ложки ассистенту, который предотвращает смещение ложки. Затем вводят вторую ложку.

Ложки щипцов ложатся на головку плода в её поперечном размере. После введения ложек рукоятки щипцов сближают и стараются замкнуть замок. При этом могут возникнуть затруднения:

- замок не закрывается потому, что ложки щипцов размещены на головке не в одной плоскости — положение правой ложки исправляют, смещая ветвь щипцов скользящими движениями по головке;

- одна ложка расположена выше другой и замок не закрывается — под контролем пальцев, введённых во влагалище, вышележащую ложку смещают книзу;

- ветви замкнулись, но рукоятки щипцов сильно расходятся, что свидетельствует о наложении ложек щипцов не на поперечный размер головки, а на косой, о больших размерах головки или слишком высоком расположении ложек на головке плода, когда верхушки ложек упираются в головку и головная кривизна щипцов не облегает её — желательнее снять ложки, провести повторное влагалищное исследование и повторить попытку наложения щипцов;

- внутренние поверхности рукояток щипцов неплотно прилегают друг к другу, что, как правило, встречается, если поперечный размер головки плода более 8 см — между рукоятками щипцов вкладывают сложенную вчетверо пелёнку, что предотвращает чрезмерное давление на головку плода.

После замыкания ветвей щипцов следует проверить, не захвачены ли щипцами мягкие ткани родовых путей. Затем проводят пробную тракцию: правой рукой захватывают рукоятки щипцов, левой рукой фиксируют их, указательным пальцем левой руки соприкасаются с головкой плода (если во время тракции он не удаляется от головки, то щипцы наложены правильно).

Далее осуществляют собственно тракцию, цель которых — извлечь головку плода. Направление тракций определяется положением головки плода в полости малого таза. При нахождении головки в широкой части полости малого таза тракцию направляют книзу и назад, при тракциях из узкой части полости малого таза влечение проводят вниз, а при головке, стоящей в выходе малого таза, — вниз, на себя и вперёд.

Тракции должны имитировать схватки по интенсивности: постепенно начинаться, усиливаться и ослабляться, между тракциями необходима пауза 1–2 мин. Обычно 3–5 тракций достаточно для извлечения плода.

Головка плода может быть выведена в щипцах или они снимаются после низведения головки до выхода малого таза и вульварного кольца. При прохождении вульварного кольца обычно рассекают промежность (косо или продольно).

При извлечении головки могут встретиться такие серьёзные осложнения, как отсутствие продвижения головки и соскальзывание ложек с головки плода, профилактика которых заключается в уточнении положения головки в малом тазу и коррекции положения ложек.

Если щипцы снимают до прорезывания головки, то сначала разводят рукоятки щипцов и размыкают замок, потом выводят ложки щипцов в порядке, обратном введению, —

сначала правую, потом левую, отклоняя рукоятки в сторону противоположного бедра роженицы. При выведении головки плода в щипцах тракции проводят правой рукой по направлению кпереди, а левой поддерживают промежность. После рождения головки замок щипцов размыкают и щипцы снимают.

Типичные акушерские щипцы

Самый благоприятный вариант операции. Головка находится в узкой части малого таза: заняты две трети крестцовой впадины и вся внутренняя поверхность лонного сочленения. При владалищном исследовании седалищные ости достигаются с трудом. Стреловидный шов расположен в прямом или почти прямом размере таза. Малый родничок располагается ниже большого и кпереди или кзади от него в зависимости от вида (передний или задний).

Щипцы накладывают в поперечном размере таза, ложки щипцов располагают на боковых поверхностях головы, тазовую кривизну инструмента сопоставляют с тазовой осью. При переднем виде тракции проводят книзу и кпереди до момента фиксации подзатылочной ямки у нижнего края симфиза, затем кпереди до прорезывания головки.

При заднем виде затылочного предлежания тракции проводят сначала горизонтально до формирования первой точки фиксации (передний край большого родничка — нижний край лонного сочленения), а затем кпереди до фиксации подзатылочной ямки у верхушки копчика (вторая точка фиксации) и опускают рукоятки щипцов кзади вследствие чего происходит разгибание головки и рождение лба, лица и подбородка плода.

Головка плода расположена в широкой части полости малого таза, выполняя крестцовую впадину в верхней части, поворот затылка кпереди ещё не совершился, стреловидный шов расположен в одном из косых размеров. При первой позиции плода щипцы накладывают в левом косом размере — левая ложка оказывается сзади, а правая ложка «блуждает»; при второй позиции наоборот — «блуждает» левая ложка, а правая ложка остаётся позади. Тракции проводят по направлению книзу и кзади до перехода головки в плоскость выхода таза, далее головка освобождается ручными приёмами.

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Повреждения мягких родовых путей (разрывы владалища, промежности, редко шейки матки).
- Разрыв нижнего сегмента матки (при операции наложения полостных акушерских щипцов).
- Повреждение тазовых органов: мочевого пузыря и прямой кишки.
- Повреждения лонного сочленения: от симфизита до разрыва.
- Повреждения крестцовокопчикового сочленения.
- Послеродовые гнойносеptические заболевания.
- Травматические повреждения плода: кефалогематомы, парез лицевого нерва, травмы мягких тканей лица, повреждения костей черепа, внутричерепные кровоизлияния.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

- В раннем послеоперационном периоде после наложения полостных акушерских щипцов проводят контрольное ручное обследование послеродовой матки для установления её целостности.
- Необходимо контролировать функцию тазовых органов.
- В послеродовом периоде необходимо провести профилактику воспалительных осложнений.

Вакуум-экстракция

Вакуум-экстракция — родоразрешающая операция, при которой плод искусственно извлекают через естественные родовые пути с помощью специального аппарата — вакуум-экстрактора. Первые попытки использовать вакуум для извлечения плода через естественные родовые пути были предприняты в середине 19 века. Во второй половине 20 века широкое распространение получил разработанный в 1956 году вакуум-экстрактор

Мальстрема (Malstrom).

Основными элементами аппарата для вакуум-экстракции являются: герметичная емкость-буфер и связанный с ней манометр, ручной отсос для создания отрицательного давления, набор аппликаторов (в модели Мальстрема - набор металлических чашечек от 4 до 7 номера диаметром от 15 до 80 мм). Принцип работы аппарата состоит в создании отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечек и головкой плода. Вакуум-экстракция плода имеет ограниченное применение в связи с неблагоприятными последствиями для плода. Вакуум-экстракцию используют только в случаях, когда нет условий для выполнения других родоразрешающих операций.

Показаниями к вакуум-экстракции являются слабость родовой деятельности, начавшая асфиксия плода. Противопоказана вакуум-экстракция при тяжелых формах гестоза, декомпенсированных пороках сердца, миопии высокой степени, гипертонической болезни, так как во время вакуум-экстракции плода требуется активная потужная деятельность роженицы; при несоответствии размеров головки плода и таза матери; при разгибательных предлежаниях головки плода; при недоношенности плода (менее 36 недель). Последние два противопоказания связаны с особенностью физического действия вакуум-экстрактора. Размещение чашечек на головке недоношенного плода или в области большого родничка чревато тяжелыми осложнениями. Условиями для проведения операции являются: полное открытие маточного зева; отсутствие плодного пузыря; соответствие размеров таза матери и головки плода. Головка плода должна находиться в полости малого таза большим сегментом во входе в малый таз.

Операция вакуум-экстракции плода проходит следующим образом. Сначала чашечку вводят во влагалище боковой поверхностью. Затем ее поворачивают и рабочей поверхностью прижимают к головке плода, по возможности ближе к малому родничку. Чашечку присоединяют к аппарату и в течение 3-4 минут создают отрицательное давление до 0,7-0,8 атмосфер (500 мм рт. ст.). Извлечение плода за головку выполняют синхронно с потугами в направлении, соответствующем биомеханизму родов. При прорезывании через вульварное кольцо теменных бугров чашечку снимают, после этого головку выводят ручными приемами. Наиболее частым осложнением является соскальзывание чашечки с головки плода, что происходит при нарушении герметичности в аппарате. На головке плода часто возникают кефалогематомы, наблюдают мозговые симптомы.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, муляжи, манекены, инструментарий.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Показания, условия и противопоказания для операции кесарево сечение.
2. Виды операции кесарево сечение: абдоминальное, влагалищное, малое кесарево сечение.
3. Этапы операции классического и кесарева сечения в нижнем сегменте. Способы ушивания матки.
4. Предоперационная подготовка при плановом и экстренном кесаревом сечении.
5. Анестезиологическое пособие.
6. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

7. Ведение послеоперационного периода.
8. Беременность и роды после кесарева сечения.
9. Признаки состоятельности послеоперационного рубца на матке.
10. Операция наложения акушерских щипцов: показания и противопоказания, условия наложения, техника наложения, осложнения.
11. Операция вакуум-экстракция: показания и противопоказания, условия наложения, техника наложения, осложнения.

Тема 10: «Послеродовые заболевания матери и новорожденного и их профилактика. Тестовый контроль. Решение ситуационных задач. Зачёт».

Цели и задачи занятия

После изучения темы студент должен

ЗНАТЬ:

- классификацию, этиопатогенез, клинику, диагностику и лечение послеродовых септических заболеваний; показания для хирургического лечения, особенности течения послеродового перитонита и перитонита после кесарева сечения, септический шок; ведение послеродового периода;
- профилактику послеродовых септических заболеваний.

УМЕТЬ:

- провести диагностику и лечение послеродовых септических заболеваний по клиническим и лабораторным данным; произвести кюретаж послеродовой матки, лаваж матки, вакуум-аспирацию; снятие и наложение вторичных швов.

Содержание занятия:

Пути распространения инфекции

Из септического очага инфекция распространяется чаще всего по кровеносным и лимфатическим путям, реже – по межклеточным щелям.

Клинически классификация С. В. Сазонова (1935) и А. В. Бартельса (1973) выделяет 4 формы и этапа распространения инфекции:

I этап – форма септической инфекции, ограниченной пределами раны(послеродовая язва, послеродовой эндометрит).

II этап – инфекция, распространившаяся за пределы раны, но ограничена полостью м/таза (миоэндометрит, параметрит, метротромбофлебит, аднексит, флебит вен таза и нижних конечностей, пельвиоперитонит).

III этап – инфекция близкая по клинической картине к генерализованным формам (перитонит, прогрессирующий тромбофлебит, бактериальный шок); анаэробная газовая инфекция.

IV этап – генерализованная форма общей септической инфекции сепсис (септицемия и септикопиемия); инфекционно-токсический шок.

Отдельная форма послеродовой инфекции – лактационный мастит.

Послеродовая инфекция

Послеродовая инфекция – это раневая септическая инфекция, которая отличается рядом особенностей, связанных с анатомическим строением женских половых органов и их функциональным состоянием в гестационный период.

В развитии патологии послеродового периода, кроме бактериальной инфекции определенное значение имеет вирусная инфекция, перенесенная во время беременности, особенно накануне родов и в родах. При этом развивается своеобразный вирусно-бактериальный синергизм, значительно ухудшающий прогноз послеродового периода.

Центральным вопросом в проблеме патогенеза послеродовых инфекций является вопрос о взаимоотношении макроорганизма и микрофлоры. Важное значение в развитии инфекции имеет характер микроорганизмов – их вирулентность, темп размножения,

степень обсемененности. С другой стороны, многие неблагоприятные факторы течения беременности (анемия, гестоз, пиелонефрит, кольпит) и родов (оперативное родоразрешение, слабость родовой деятельности, травмы родовых путей, большая кровопотеря, остатки плаценты в матке) значительно повышают риск развития послеродовой инфекции, т. к. нарушают защитные функции организма женщины.

В зависимости от множества факторов (макроорганизма и микрофлоры) проявления септической инфекции могут быть различными – от самых легких местных изменений до генерализованных форм.

Послеродовая язва

Послеродовая язва – это инфицирование разрывов промежности, неушитых трещин и ссадин слизистой оболочки и преддверия влагалища.

При этом общее состояние родильницы нарушается не всегда. Температура субфебрильная или может оставаться нормальной, пульс учащается соответственно увеличению температуры. Появляется боль в области швов – на промежности или во влагалище. При осмотре отмечается гиперемия слизистой оболочки или кожи, отек, пораженные участки покрыты серо-желтым некротическим налетом, при снятии и отторжении которого возникает кровоточащая поверхность.

Лечение: при наличии воспалительного инфильтрата необходимо распустить швы в области промежности и во влагалище обеспечить свободный отток раневого отделяемого; при необходимости – дренирование.

До очищения раны промывание ее антисептическими жидкостями (3 % H_2O_2 ; 0,002% р-ра фурацилина; 1 % р-ра диоксида и др.) и накладывание повязки с мазями (левомиколь, диоксиколь и др.).

Послеродовой эндомиометрит

Послеродовой эндомиометрит – наиболее частая форма инфекционных осложнений у родильниц.

Формы:

- классическая
- стертая
- абортивная

Классическая форма: развивается на 3–5 сутки после родов. температура, озноб; P_s частый, мягкий, не соответствует общей кровопотере в родах; головная боль и др. признаки интоксикации; изменяется цвет кожных покров. ОАК: умеренная анемия, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, эозинопения, лимфо- и моноцитопения. Характерны изменения со стороны половых органов: размеры матки соответствуют нормальной инволюции органа, консистенция матки более мягкая; количество выделений уменьшено, и они приобретают патологический характер (примесь гноя, зловонный запах).

Стертая форма: развивается на 8–9^е сутки; все симптомы менее выражены.

Диагностика:

1. УЗИ матки как неинвазивный метод исследования может широко применяться в послеродовом периоде для выяснения вопроса о наличии в полости матки тех или иных патологических включений.

2. Гистероскопия позволяет более четко оценить состояние эндометрия, характер патологических включений.

3. Необходимо выделить возбудитель из полости матки, идентифицировать его и количество оценить микробную обсемененность полости матки. Определить чувствительность выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Интенсивная терапия: местное лечение, антибактериальная терапия, инфузионная, дезинтоксикационная, иммунная терапия.

I. Местное лечение:

- 1) расширение цервикального канала для создания оттока из полости матки.
- 2) промывное дренирование трубчатым катетером, через который производят промывание и орошение стенок полости матки растворами антисептиков, антибиотиков и др.;
- 3) аспирационно-промывное дренирование после аспирации содержимого полости матки шприцем Брауна (полученный аспират необходимо направить в бак. лабораторию) полость матки дренируют двумя объединенными катетерами.

Один из них (приточный) должен быть введен до дна матки, второй (дренажный) на 6–7 см. от внутреннего зева. Введение катетеров через цервикальный канал должно быть выполнено без усилия и без фиксации шейки матки щипцами Мюзо. Наружный отрезок промывной трубки фиксируют лейкопластырем к коже бедра, а конец дренажной трубки опускают в лоток.

Послеродовой параметрит

Послеродовой параметрит представляет собой дальнейшее распространение процесса, переходящего на околоматочную клетчатку.

Клиника послеродового параметрита проявляется на 10–12^е сутки после родов. Процесс, как правило, начинается с озноба, повышения температуры до 39–40 С°; температура держится 8–10 дней. Через несколько дней после начала заболевания при влагалищном исследовании определяется инфильтрат между боковой поверхностью матки и стенкой таза. При одностороннем процессе матки как бы лежит на воспалительной опухоли и отдельно от инфильтрата не пальпируется. При двустороннем параметрите матка отодвигается вверх и кзади. Пальпаторно определяется большой единый воспалительный конгломерат. При разрешении процесса инфильтрат постепенно рассасывается. В редких случаях образуется абсцесс, который может вскрыться с брюшную полость, влагалище или соседние органы мочевого пузыря и прямую кишку.

Тромбофлебит

а) Поверхностный тромбофлебит н./конечностей развивается при наличии варикозно расширенных подкожных вен (течение легкое). Общее состояние при этом нарушается мало: учащенный пульс, субфебрильная температура. Локально под кожей бедра или голени прощупывается затромбированная болезненная плотная вена в виде шнура или конгломерата. Кожа над ней гиперемирована, отечна, болезненна. При соответствующем лечении, общем и местном через 1–2 недели процесс ликвидируется;

б) тромбофлебит глубоких вен: метротромбофлебит, тромбофлебит тазовых вен и тромбофлебит глубоких вен бедра, голени, брюшной полости.

Если на фоне эндомиометрита, несмотря на адекватное лечение, процесс не заканчивается через 2–3 недели, температура тела остается высокой, продолжаются ознобы, не прекращаются кровянистые выделения из матки, можно думать о развитии метротромбофлебита.

Характерными являются частый пульс, несоответствующий температуре тела, ознобы, головная боль, изменение цвета кожных покровов, боль внизу живота, часто без определенной локализации. При пальпации матки определяется ее увеличение, мягкая консистенция, болезненность. По боковым поверхностям удается пропальпировать извитые, плотные, болезненные шнуры. Часто на боковых поверхностях матки также определяются четкообразные или в виде мелкой россыпи тромбированные резко болезненные вены таза.

Тромбофлебит бедренных вен развивается вслед за тромбозом вен таза. Первый симптом – боль по ходу сосудистого пучка в нисходящем направлении от паховой связки к бедренному треугольнику. Появляется отечность бедра в паховой области, кожа становится бледной, блестящей, гладкой. Окружность пораженной конечности на

несколько сантиметров больше, чем здоровой. Течение затяжное 6–8 недель.

Лечение тромбоза может быть консервативным и хирургическим (при эмболических формах заболевания).

Консервативное лечение: постельный режим, возвышенное положение конечности, повязки с гепариновой, троксевазиновой или бутадионовой мазью (при метротромбозе – указанные мази вводят во влагалище на тампонах). Электрофорез гепарина и химотрипсина при нормальной температуре тела с 10–12 дня заболевания, магнитотерапия, ДДТ.

Лактационные маститы

Лактационные маститы представляют собой воспаление молочной железы, связанное с внедрением в нее различных возбудителей.

Входными воротами чаще всего являются трещины сосков. Воспаление может распространяться на соединительно-тканной клетчатке молочных желез (интерстициальный мастит) или по молочным протокам (паренхиматозный мастит).

По клиническому течению выделяют серозные, инфильтративные, инфильтративно-гнойные, абсцедирующие и флегмонозные маститы.

Клиническая картина серозного и инфильтративного маститов характеризуется внезапным подъемом температуры до 38–40 °С, иногда с ознобом. Появляются головная боль, общая слабость, недомогание. Как правило, нарушается отток молока вследствие закупорки молочных ходов. Боль в молочной железе. При пальпации в одной из ее долек обнаруживается уплотнение с гиперемией кожи в данной области. При развитии инфильтративного мастита определяется ограниченный, плотный, болезненный инфильтрат.

Общие принципы лечения маститов складываются из проведения активной антибактериальной терапии, применения дезинтоксикационных и симптоматических средств, а также местной терапии.

При нагноении лечение хирургическое. Вскрытие гнойника радиальным разрезом с последующим дренированием обязательно в сочетании с применением антибиотиков и других средств. Кормление разрешается только при серозной форме маститов.

Послеродовой пельвиоперитонит

Послеродовой пельвиоперитонит представляет собой воспаление брюшины, ограниченное полостью малого таза.

Клиническая картина послеродового пельвиоперитонита чаще всего развивается к 3–4^{му} дню после родов. Заболевание, как правило, начинается остро, с повышения температуры до 39–40 °С. При этом возникают резкие боли внизу живота, метеоризм. Могут быть тошнота, рвота, болезненная дефекация, отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота. При пельвиоперитоните – перкуторная граница тупости ниже пальпаторной границы инфильтрата, а граница болезненности – выше.

Матка, которая, как правило, является источником инфекции, увеличена, болезненна, из-за напряжения передней брюшной стенки плохо контурируется. Процесс может разрешаться образованием ограниченного абсцесса (excavatio recto-uterina) или рассасыванием инфильтрата.

Лечение послеродового пельвиоперитонита комплексное. Оно состоит из активной антибактериальной терапии и проведения дезинтоксикационных мероприятий. В ряде случаев применяются симптоматические средства и общеукрепляющая терапия. При рассасывании инфильтрата для ликвидации спаечного процесса рекомендуются физиотерапевтические процедуры. При образовании абсцесса последний вскрывают чаще всего через задний влагалищный свод.

Разлитой послеродовой перитонит

Разлитой послеродовой перитонит представляет собой воспаление брюшины, связанное с дальнейшим распространением инфекции в брюшной полости.

Инфекция распространяется либо лимфатическим путем (как правило, из матки), либо вследствие непосредственного инфицирования брюшины (несостоятельность швов матки после кесарева сечения, перфорации гнойных образований и т.п.). При несостоятельности швов или разрыве гнойника перитонит возникает уже на 1–2^е сутки после родов, при лимфогенном распространении инфекции – несколько позже. Клиника послеродового разлитого перитонита характеризуется тяжелым состоянием больной. Отмечается резко выраженная тахикардия, может быть аритмия пульса. Дыхание частое, поверхностное, температура тела повышается до 39–40 С°, отмечается выраженный эксикоз, тошнота, может быть рвота, вздутие живота вследствие задержки газов и отсутствия дефекации. В особо тяжелых случаях ряд описанных симптомов (повышение температуры, раздражение брюшины) может отсутствовать.

Лечение разлитого послеродового перитонита заключается в безотлагательном удалении очага инфекции (как правило, матки с придатками). Применяются меры для эвакуации содержимого брюшной полости, обеспечивается дренирование ее с промыванием дезинфицирующими растворами, введение антибиотиков. Важнейшее значение имеет также коррекция расстройств жизненно важных органов: восстановление водно-солевого баланса, применение сердечных средств, проведение дезинтоксикационной, витаминно- и симптоматической терапии.

Перитонит после кесарева сечения

1. Ранний перитонит возникает в результате инфицирования брюшины во время операции, чаще всего произведенной на фоне хориоамнионита, при длительном безводном промежутке.

Клинические признаки перитонита появляются на 1^е–2^е сутки после операции. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Наблюдается парез кишечника, более выражены симптомы интоксикации. ОАК: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг.

2. Перитонит, развивающийся вследствие длительного пареза кишечника у больной с послеоперационным эндометритом.

Инфицирование брюшины происходит вследствие нарушения барьерной функции кишечника при упорном парезе его и динамической непроходимости.

Общее состояние относительно удовлетворительное: температура тела 37,4–37,6 С°, тахикардия 90–100 уд./мин, рано появляются признаки пареза кишечника. Боли в животе не выражены, периодически возникают тошнота и рвота. Живот может оставаться мягким, признаков раздражения брюшины нет. Течение волнообразное (со "светлыми" промежутками), процесс прогрессирует и несмотря на проводимую консервативную терапию с 4^{го} дня состояние больной ухудшается, нарастают симптомы интоксикации. ОАК: нарастает лейкоцитоз, сдвиг формулы влево.

3. Перитонит, развивающийся в результате несостоятельности швов на матке.

Чаще всего это бывает связано с инфекцией, реже – с техническими погрешностями в процессе операции.

В клинической картине преобладает местная симптоматика: боли в нижних отделах живота, которые более выражены при пальпации, уменьшение выделений из матки, определяются симптомы раздражения брюшины. Перкуторно определяется наличие экссудата в брюшной полости.

Четко выражены общие симптомы интоксикации: рвота, тахикардия, лихорадка, тахипное.

При пальпации шва выявляется его несостоятельность, в забрюшинном

пространстве – отечность тканей с инфильтрацией, наличие экссудата.

При инфицировании швов заболевание развивается на 4–9^е сутки; во втором случае – в первые сутки после операции.

Лечение:

1. Оперативное независимо от стадии заболевания.
2. Восстановление функции кишечника.
3. Инфузионно-трансфузионная терапия
4. Антибактериальная терапия: одновременно 2–3 препарата; смена антибиотиков проводится через 10 дней с учетом чувствительности к ним микрофлоры.
5. Лечение гепаторенального синдрома: гемосорбция, гемодиализ, плазмоферез, перитонеальный диализ.
6. Сердечные и вазоактивные средства (коргликон, строфантин, изоланид, курантил).
7. Иммуноterapia (стафилококковая плазма, гамма-глобулин и полиглобулин) и т. д.

Септический шок

Септический шок – это остро развивающийся, угрожающий жизни патологический процесс, обусловленный действием на организм бактериальных токсинов, продуктов распада и характеризующийся тяжелыми нарушениями деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ.

Диагностика. Септический шок представляет смертельную опасность для больной, поэтому важна его ранняя диагностика. Фактор времени играет решающую роль, т. к. необратимые изменения в организме наступают рано: в пределах 6–12 часов.

Диагноз ставится на основании следующих клинических проявлений:

- 1) наличие септического очага в организме;
- 2) высокая лихорадка с частыми ознобами, сменяющаяся резким снижением температуры тела;
- 3) падение АД, не соответствующее геморрагии;
- 4) тахикардия, тахипное;
- 5) расстройство сознания;
- 6) боли в животе, грудной клетке, пояснице, конечностях, головная боль;
- 7) снижение диуреза, вплоть до анурии;
- 8) петехиальная сыпь, некроз участков кожи;
- 9) несоответствие незначительных местных изменений в очаге инфекции тяжести общего состояния больной;
- 10) диагностика ДВС-синдрома (своевременная оценка системы гемостаза).

Лечение:

I. Купирование микроциркуляторных изменений и восстановление эффективного ОЦК и адекватной перфузии в жизненно важных органах.

II. Интенсивную терапию заболевания, на фоне которого развился септический шок (борьба с инфекцией и ликвидация ее очагов).

III. Коррекция метаболических нарушений.

IV. Симптоматическая терапия.

Основные принципы профилактики послеродовых инфекционных заболеваний

Основные принципы профилактики послеродовых инфекционных заболеваний включают в себя строгое соблюдение правил асептики и антисептики как персоналом родильного дома, так и самой беременной, роженицей, родильницей.

Очень важно строго соблюдать принцип цикличности при заполнении палат послеродового отделения. При малейшем подозрении на развитие инфекционного

заболевания родильница должна быть переведена в наблюдательное отделение или в специализированный родильный дом. Врачи женской консультации и родильного дома должны постоянно вести санитарно-просветительную работу, объясняя женщинам важное значение строгого соблюдения правил личной гигиены после родов и в период грудного вскармливания.

Время занятия: 5 часов.

Оснащение занятия: приказы, таблицы, муляжи, манекены, инструментарий.

Место проведения занятия: учебная комната, отделения родильного дома и женская консультация.

Контрольные вопросы:

1. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Классификация. Пути распространения инфекции.
2. Факторы благоприятствующие возникновению послеродовой инфекции (воспалительные заболевания, экстрагенитального характера, контакт с больными, отягощенный анамнез и т.д.).
3. Послеродовая язва. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Метроэндометрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Параметрит. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Тромбофлебит поверхностных и глубоких вен матки, таза, конечностей. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Трещины сосков и послеродовые маститы. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Послеродовой пельвиоперитонит. Гонорея в послеродовом периоде.
9. Послеродовой перитонит. Особенности течения. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Перитонит после кесарева сечения. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Септический шок. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Профилактика послеродовых септических заболеваний.