

**Федеральное Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение
Высшего Образования «Северо-Осетинская государственная медицинская
академия» Минздрава РФ**

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Методические рекомендации по акушерству для аспирантов

г.Владикавказ 2017 г.

Под редакцией д.м.н., проф. Л.В. Цаллаговой

Коллектив авторов: к.м.н., доц. Л.С. Попова, д.м.н., проф. Л.В. Майсурадзе,
к.м.н., доц. Н.С. Арсагова, к.м.н. И.В. Кабулова.

Рецензенты:

Зав. кафедрой внутренних болезней №2 ГБОУ ВПО СОГМА, д.м.н., проф. О.О.
Басиева

Доцент кафедры акушерства и гинекологии №2 ФПДО ГБОУ ВПО СОГМА,
к.м.н., доц. А.А. Чельдиева

«Причины наступления родов. Физиология родового акта»

План:

1. Понятие о родовом акте.
2. Причины наступления родов.
3. Предвестники родов.
4. Периоды родов, характеристика каждого периода.
5. Клиника и ведение I периода родов.
6. Клиника и ведение II периода родов.
7. Послеродовый период (клиника и ведение).
8. Ранний послеродовый период.
9. Первый туалет новорожденного.
10. Обезболивание родов.

Роды являются сложным физиологическим процессом, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод. Обычно роды наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39-40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию. Такие роды называются своевременными.

Если роды происходят в сроки от 22-23 до 37-38 недель беременности, их называют преждевременными, а позже 41-42 недели – запоздалыми.

Причины наступления родов: Для объяснения причин наступления родов были выдвинуты многие теории, каждая из которых по-своему отражала основные идеи и направления данного раздела акушерства.

Сторонники старой механической теории считали, что причиной возникновения родов является перерастяжение беременной матки с последующим возбуждением нервных рецепторов в нижнем сегменте матки и в шейке матки.

Согласно иммунной теории, при беременности из плаценты поступают синцитиотоксины, а в ответ вырабатываются синцитиолизгены, вследствие чего

матка становится легковозбудимой и в ней возникают импульсы к сокращениям.

Начало родов некоторые ученые связывали с возникновением различных изменений в плаценте (плацентарная теория). Эта теория также не получила подтверждения дальнейшими исследованиями.

По другой – химической теории начало родового акта связано с изменением состава неорганических веществ в матке, с накоплением угольной кислоты и т.д.

С развитием эндокринологии была выдвинута эндокринная теория, указывающая на снижение экскреции прогестерона и повышением к концу беременности синтеза эстрогенных гормонов.

Такое разнообразие перечисленных теорий указывало на достаточную сложность вопроса и трудность его изучения. Современные исследования позволили считать, что роды возникают в результате физиологических изменений, возникающих в нервной, эндокринной, половой и других системах организма.

Изучение состояния центральной нервной системы легло в основу создания теории о так называемой доминанте беременности. Согласно данной теории, под влиянием афферентной импульсации (главным образом из матки) в центральной нервной системе создается очаг повышенной возбудимости, который тормозит другие рефлексy.

Предвестники родов.

Роды редко наступают неожиданно, внезапно. Обычно за 2-3 недели до их наступления появляется ряд признаков, которые принято называть предвестниками родов. К их числу относятся:

1. Опускание предлежащей части плода к входу в малый таз. За 2-3 недели до родов предлежащая часть плода, чаще всего головка прижимается ко входу в малый таз, вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей становится легче дышать;

2. Повышение возбудимости матки. В последние 2-3 недели беременности периодически возникают нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ощущениями. Такие сокращения матки называются ложными схватками, схватками – предвестниками, подготовительными (прелиминарными) схватками. Ложные схватки никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки;

3. В последние дня перед родами у беременной периодически появляются слизистые выделения из половых путей, происходит выделение слизистой пробки – содержимого шейного канала, что также свидетельствует о близости наступления родового акта.

Накануне родов наблюдаются изменения в шейке матки, совокупность которых характеризует состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании и выражаются в следующем: зрелая шейка матки располагается в центре малого таза, укорачивается, (длина зрелой шейки матки не превышает 2 см) и размягчается, шейный канал становится проходимым для пальца.

Родовые изгоняющие силы.

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги. Началом родов считаются появление регулярных сокращений матки – родовых схваток. Схватки возникают произвольно, независимо от желания женщины. Родовые схватки носят периодический характер и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Промежутки между схватками называются паузами. Вначале схватки учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов схватки возникают каждые 3-4 мин. и длятся по 40-50 секунд. С момента возникновения регулярной родовой деятельности и до окончания родов женщина называется роженицей.

Другой разновидностью изгоняющих сил являются потуги. Кроме сокращения матки потуга включает участие мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и нижних конечностей. Потуги возникают рефлекторно, вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и

фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. Потуги возникают произвольно, но, в отличие от схваток роженица может регулировать их силу и продолжительность. Это позволяет врачу и акушерке специальными приемами управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.

В клиническом течении родов различают три периода: первый период – раскрытия, второй период – изгнания, третий период – последовый.

Период раскрытия

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток (сокращение мышц матки) и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев. Этот процесс неодинаков у перво – и повторнородящих женщин. Если у первородящих вначале происходит сглаживание шейки матки (раскрытие внутреннего маточного зева), а затем раскрытие наружного зева, то у повторнородящих эти процессы происходят одновременно. Раскрытие шейки матки происходит в результате процессов контракции (сокращение мышц), ретракции - перераспределение мышечных волокон по отношению друг к другу, дистракции – оттягивания круговой мускулатуры шейки матки в стороны и вверх. При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется маточным зевом. При полном раскрытии маточного зева полость матки и влагалище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10-12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь.

Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шейный канал, способствуя постепенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при неполном раскрытии – ранним. Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждевременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в период изгнания. Длительность первого периода родов у первородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих от 8 – 10.

Период изгнания

Второй период родов - период изгнания начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. К схваткам присоединяются потуги – регулярные сокращения мышц брюшного пресса. Это способствует быстрому опусканию подлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.

На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок подлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между

потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется врезыванием предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. Это состояние называется **прорезыванием** предлежащей части плода, оно завершается рождением всей головки.

Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположной позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды. Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих – от 20 мин. до 1 ч.

Ведение родов

Первый период родов – период раскрытия, роженица проводит в кровати в послеродовой палате, вставать ей разрешают только при целостности вод и при условии фиксации предлежащей части во входе в малый таз. Медицинский персонал должен неотлучно находиться в предродовой, наблюдать за общим состоянием, самочувствием и поведением роженицы в родах, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, осведомляться о наличии головной боли, расстройства зрения. Медицинская сестра, акушерка должны соблюдать **правила деонтологии**. При работе в предродовой: внимательно, чутко относиться к роженице, четко и своевременно выполнять назначения врача, вселять уверенность в благополучный исход родов.

Акушерка (медицинская сестра), наблюдая за общим состоянием роженицы, каждые 2 часа измеряет артериальное давление, определяет пульс, 2 раза в сутки следит за температурой тела. Применяя наружное акушерское обследование, врач обращает внимание на отношение предлежащей части ко входу в малый таз (над входом, прижата ко входу в малый таз, малым сегментом во входе, ее величина, плотность).

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности. Активность родовой деятельности определяется по продолжительности схватки, ее силе и периодичности. Технически это выполняется следующим образом: акушерка (медицинская сестра) правую руку кладет на переднюю брюшную стенку, стремясь через брюшную стенку определить состояние матки. По секундомеру определяют продолжительность схваток и пауз между ними. Схватка ощущается рукой как уплотнение матки, пауза – как расслабление ее.

Большое внимание в первом периоде родов, уделяется контролю за состоянием плода. Информацию о его состоянии получают при выслушивании сердцебиения плода акушерским стетоскопом, а также путем регистрации кардиотокограммы. При этом учитывают частоту сердцебиения плода, ритм и звучность тонов. В норме частота сердцебиения плода колеблется от 120 до 140 ударов в минуту. Выслушивание сердцебиения плода в периоде раскрытия при целом плодном пузыре осуществляется каждые 15-20 мин., а после отхождения вод – через 5-10 мин.

Может измениться ритм сердцебиения плода, вместо устойчивого постоянного ритма начинает меняться, то урываясь до 90-100 ударов в минуту (брадикардия), то учащаясь до 140-150 в минуту (тахикардия). Нередко изменения ритма сочетаются с изменениями его звучности. Сердцебиение плода становится глухим или, напротив, чрезмерно звучным. Изменения ритма и звучности сердцебиения плода являются наиболее типичными проявлениями гипоксии (кислородной недостаточности) плода. Дополнительным проявлением гипоксии плода является увеличение его двигательной активности, роженица при этом отмечает бурное шевеление плода или, напротив, ослабленное шевеление. В связи с этим акушерка должна постоянно осведомляться у роженицы о ее ощущениях.

Если врач подтверждает возникновение гипоксии плода, медицинская сестра (акушерка) тщательно выполняет его назначения (ингаляция кислорода, введение в вену 40 мл 40 % раствора глюкозы, 4 мл 5 % раствора аскорбиновой

кислоты, 100 мл кокарбоксилазы, 4 мл 1 % раствора сигетина), что способствует обычно улучшению состояния плода.

Немаловажное значение для нормального течения родового акта имеет функция мочевого пузыря. Роженице рекомендуется опорожнять мочевой пузырь каждые 2-3 ч. Переполнение мочевого пузыря оказывает неблагоприятное, ослабляющее влияние на родовую деятельность. Если роженица не может опорожнить мочевой пузырь самостоятельно, прибегают к его катетеризации. С этой целью наружные половые органы обмывают раствором перманганата калия.

С наименьшей тщательностью необходимо наблюдать в первом периоде родов за функцией кишечника. Обычно кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы при поступлении роженицы в родильный дом. В последующем, если в течение 12 ч не было дефекации, ставят очистительную клизму повторно.

С целью профилактики восходящей инфекции следят за чистотой наружных половых органов роженицы, каждые 6 ч проводят их туалет раствором перманганата калия 1:1000. Кроме того, туалет наружных половых органов осуществляют перед производством влагалищного исследования с последующей сменой стерильной подкладной пеленки. Вагинальное исследование проводят через 4 часа, для ориентации во вставлении головки, продвижении, оценки расположения швов, родничков, степени раскрытия шейки матки, целостности плодного пузыря.

Обязательные вагинальные исследования:

- При поступлении в стационар;
- При отхождении околоплодных вод;
- С началом родовой деятельности (оценка состояния и раскрытия шейки матки);
- Перед проведением обезболивания;
- При появлении кровянистых выделений;
- При появлении потуг.

При полном открытии маточного зева и опускании головки плода в полость малого таза роженицу переводят в родовой зал, где продолжают наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания.

Ведение родов

В течение всего периода изгнания около роженицы должны находиться врач и акушерка. В периоде изгнания наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, регулярно следят за пульсом, артериальным давлением, осведомляются о самочувствии роженицы, учитывая возможность появления чувства нехватки воздуха, головной боли, расстройства зрения и др. Тщательно контролируют характер родовой деятельности, определяя частоту, силу и продолжительность потуг, обращают внимание на состояние нижнего маточного сегмента (истончение, болезненность), высоту стояния контракционного кольца.

Кроме наблюдения за общим состоянием роженицы, уровнем артериального давления, частотой пульса, выраженностью родовой деятельности, продвижением плода по родовому каналу, важен контроль за состоянием плода. После каждой потуги определяют сердцебиение плода, обращая внимание на его частоту, звучность, ритм.

Большое значение в периоде изгнания придают наблюдению за состоянием наружных половых органов. Оттек малых и больших половых губ свидетельствует о сдавлении мягких тканей родовых путей, чаще всего при наличии узкого таза. Появление кровянистых выделений из половых путей указывает на начавшийся разрыв мягких тканей (влагалище, промежность) или на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Подтекание околоплодных вод, окрашенных меконием, указывает на гипоксию плода, примесь к околоплодным водам гноя – на инфицирование родовых путей и т.д. Во время прорезывания головки плода мышцы и фасции тазового дна подвергаются выраженному перерастяжению, особенно область промежности. Головка плода в процессе прорезывания подвергается сдавлению со стороны родового канала. Специальными приемами, совокупность которых

носит название – акушерского пособия в родах, акушерка осуществляет защиту промежности от повреждений и бережно выводит плод из родовых путей. Наружные половые органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, или 1% раствором йодоната, область анального отверстия закрывают стерильной марлей, под ягодичцы подкладывают стерильную пленку.

Акушерское пособие в родах заключается в следующем:

1. Регулирование продвижения врезывающейся головки. С этой целью во время врезывания головки акушерка, стоя справа от роженицы располагает левую руку на лобке роженицы, концевыми фалангами 4-х пальцев осторожно надавливает на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку акушерка располагает на промежности, таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, большой и 4 остальные пальцы располагались по сторонам от вульварного кольца – большой палец на правой большой половой губе, 4 – на левой большой половой губе. В паузах между потугами акушерка осуществляет так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т.е. менее растянутые ткани вульварного кольца, низводит в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

2. Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого временно роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолевать потугу.

Акушерка правой рукой продолжает удерживать промежность, а левой рукой захватывает головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводит с головки ткани промежности. Таким образом, постепенно рождается лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком сзади,

затылком спереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шей через головку. Если снять пуповину не удастся, ее пересекают между зажимами Кохера.

3. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1-2 потуг рождается плечевой пояс и весь плод.

Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же как и при рождении головки, поэтому акушерка должна правильно проводить защиту промежности в момент рождения плечиков. Если промежность является существенным препятствием рождающейся головки, то следует провести эпизию – или перинеотомию.

Эпизиотомия показана при угрозе разрыва «низкой» промежности, узкой лонной дуге, инфантилизме, тазовых предлежаниях плода, рубцовых изменениях промежности, акушерских влагалищных операциях, угрозе центрального разрывания промежности; перинеотомия - при угрозе разрыва «высокой» промежности. Рассечение производится при опущенной предлежащей части плода на тазовое дно и появлении напряжения промежности.

При прорезывании плечиков оказывается следующая помощь. Переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры. После этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

4. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины и приподнимают туловище плода спереди. В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Передний вид затылочного предлежания относится к сгибальному виду родов, которые встречаются в 95 % головных предлежаний.

Сгибальный тип родов характеризуется своеобразным членорасположением плода, при котором проводной точкой является малый родничок, а опознавательной линией - стреловидный шов.

Головка плода, проходя через костные кольца таза, совершает ряд движений вокруг продольной и поперечной оси, а совокупность этих движений носит название **биомеханизма родов**.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания складывается из следующих моментов:

1. Сгибание.
2. Правильная ротация.
3. Разгибание.
4. Наружный поворот.

После вставления головки во вход в малый таз, стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и лона, по проводимой оси таза, что носит название **осевого** или **синклитического вставления**, головка делает первый момент в механизме родов – сгибание. Подбородок приближается к грудке, а самой нижней точкой становится родничок малый, который теперь носит название проводной точки. Дальнейшее продвижение головки происходит по проводной оси таза, которая представляет из себя воображаемую линию, идущую через середину всех прямых размеров таза и имеющую форму параболы.

Ведущей же точкой или проводной называется та точка на головке, которая опускается первой во вход в малый таз, идет все время впереди во время ротации и первой показывается под лонным сочленением.

При дальнейшем продвижении плода по родовому каналу при переходе головки из плоскости широкой части в узкую, совершается правильная ротация

затылком кпереди, причем при 1-й позиции ротация происходит через правый косой, при второй – через левый косой размер.

Разгибание головки начинается на тазовом дне, где она фиксируется подзатылочной ямкой под лонной дугой. Следовательно, точка фиксации - это та точка на головке, вокруг которой головка, совершает разгибание при затылочных предлежаниях и сгибание при лицевых.

Наружный поворот головки совпадает с внутренним поворотом плечиков. При 1 позиции личико поворачивается к правому бедру матери, при II – к левому.

При переднем виде затылочного предлежания головка прорезывается малым косым размером 9,5 см, в окружности – 32 см. Форма головки долихоцефалическая. Родовая опухоль на одной из теменных костей противоположной позиции плода.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

Задний вид затылочного предлежания представляет собой вариант нормального механизма родов, при котором затылок и спинка плода повернуты кзади и встречаются в 1% случаев всех черепных предлежаний.

Биомеханизм складывается из следующих моментов:

1. Сгибание.
2. Неправильная ротация.
3. Дополнительное сгибание.
4. Разгибание.
5. Наружный поворот.

Задний вид может образоваться в момент вставления головки или в период ротации, когда затылок описывает дугу в 135° и поворачивается к крестцу. При наружном обследовании сердцебиение плода приглушено, отчетливее оно прослушивается в отлогих местах матери.

При влагалищном исследовании опознавательной линией является стреловидный шов и в первый момент ведущей точкой – малый родничок.

Проводной точкой будет середина расстояния между большим и малым родничком (сгибание головки).

Второй момент - внутренний поворот головки затылком кзади. Сагитальный шов в полости таза переходит в косой размер, в выходе – находится в прямом размере.

Третий момент – дополнительное сгибание. Граница волосистой части лба (первая точка фиксации) упирается в лобковую дугу и вокруг нее головка сильно сгибается.

Четвертый момент – разгибание головки. Головка упирается в крестцово – копчиковое сочленение областью подзатылочной ямки (вторая точка фиксации) и прodelывает разгибание.

Пятый момент – наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков как и при переднем виде затылочного предлежания.

Прорезывающая окружность – 33 см соответствует среднему косому размеру 10,5 см.

Родовая опухоль располагается на предлежащей теменной кости, ближе к большому родничку. Форма головки долихоцефалическая. Течение родов – роды длительные (время затрачивается на дополнительное сгибание), что повышает процент мертворождаемости и является причиной ослабления родовой деятельности.

Частым осложнением является разрыв промежности, так как головка прорезывается большим размером, чем при нормальных родах. Кроме того, затылок рождается со стороны мягких тканей, это надо учитывать во время защиты промежности и производить сгибание головки в сторону симфиза. В послеродовом периоде возможно кровотечение.

Первый туалет новорожденного

Акушерка моет руки, обрабатывает их спиртом и после этого приступает к туалету новорожденного. Полость рта и нос новорожденного освобождает от слизи с помощью стерильного баллончика или катетера, соединенного с электрическим отсосом. Затем приступают к профилактике офтальмобленнореи

по Матвееву. Способ заключается в следующем: веки новорожденного протирают стерильной ватой (отдельным шариком для каждого глаза). Пальцами левой руки осторожно оттягивают нижнее веко вниз и, пользуясь стерильной пипеткой, наносят на слизистую оболочку (конъюнктиву) век 1-2 капли стерильного свежеприготовленного 2 % раствора нитрата серебра или 30 % раствора альбуцида, а девочкам дополнительно в наружные половые органы.

Далее приступают к обработке пуповины. Первичную обработку и перевязку пуповины производят после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2-3 мин. после рождения плода. Пересекать пуповину до прекращения пульсации сосудов не следует, так как за это время по пуповине к плоду поступает около 50-100 мл крови из сосудов пуповины и плаценты. Перед пересечением пуповины ее протирают спиртом на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца, затем накладывают два зажима Кохера. Один зажим на расстоянии 8-10 см от пупочного кольца, второй – на 2 см ниже первого. Пуповину между зажимами обрабатывают 5 % раствором йода и пересекают стерильными ножницами, зажим перекладывают на уровень входа во влагалище. Новорожденного показывают матери и переносят в комнату новорожденного.

В комнате новорожденного ребенка укладывают на пеленальный столик, накрытый стерильной пленкой и производят окончательную обработку пуповины. Она состоит в следующем: акушерка повторно моет руки с мылом и обрабатывает их спиртом. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывает спиртом, выжимает из него оставшуюся кровь.

Вторичная обработка пуповины

а) на расстоянии 0,5 см от пупочного кольца на пуповину специальным инструментом – зажимом накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобкой отсекают стерильными ножницами, поверхность разреза пуповины смазывают 5% раствором перманганата калия, после чего культю пуповины протирают сухой стерильной марлевой салфеткой. Остаток пуповины с наложенной на него скобой на 5-6 ч закрывают стерильной салфеткой, а затем

ее снимают и остаток пуповины остается открытым, его тщательно ежедневно осматривает врач отделения новорожденных.

После наложения скобы Роговина и отсечения пуповинного остатка поверхность разреза дважды с интервалом в 3-5 мин. обрабатывают 96 % раствором спирта.

б) пуповину обрабатывают 96 % этиловым спиртом и перевязывают толстой шелковой лигатурой на расстоянии 1,5-2 см от пуповичного кольца. Лигатуру завязывают на одной стороне пуповины, а затем на противоположной. Пуповину отсекают на 2-3 см выше места перевязки стерильными ножницами. Поверхность разреза протирают стерильным марлевым тампоном, обрабатывают 5-10 % спиртовым раствором йода.

После обработки пуповины акушерка заканчивает туалет новорожденного. Кожные покровы обрабатывают салфеткой, смоченной стерильным вазелиновым маслом, удаляя при этом избыток сыровидной смазки, остатки крови и слизи. Закончив туалет, новорожденного тщательно осматривают с целью выявления врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.). Затем ребенка взвешивают на детских весах, измеряют рост, окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости, незрелости и переносимости. На ручки надевают браслеты из медицинской клеенки, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Затем ребенка пеленают, надевают стерильную, теплую распашонку, заворачивают в стерильную пеленку и одеяло, оставляя на 2 ч на специальном столике, после чего переводят в отделение новорожденных.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

После рождения плода начинается третий – последовый период родов, самый кратковременный, но опасный возможностью кровотечения. При хорошем состоянии роженицы, если нет кровотечения, надо ждать самостоятельной отслойки и рождения плаценты в течение 15-30 мин. Главным

условием, способствующим отслоению плаценты, являются последовые схватки, а так же в изгнании отделившегося последа участвует брюшной пресс.

При последовых схватках сокращается вся мускулатура матки, включая и область прикрепления плаценты, которая называется плацентарной площадкой. Отделение плаценты со стенки матки происходит либо с ее центра, либо с ее края.

Последовый период ведется выжидательно при постоянном наблюдении за роженицей. Необходимо учитывать количество крови, теряемой роженицей. В норме оно составляет 0,5 % от веса женщины и не оказывает отрицательного влияния на организм женщины. В последовом периоде надо следить за состоянием мочевого пузыря и не допускать его переполнения, так как оно тормозит последовые схватки, нарушая при этом процесс отслойки и изгнания последа.

Для ведения последового периода важно знать признаки отделения плаценты. Важнейшими являются следующие:

- Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера)

- после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, нередко отклоняется вправо. После рождения последа матка вновь принимает округлую форму, дно находится ниже уровня пупка.

- Удлинение наружного отрезка пуповины (признак Альфельда)

- лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10-12 см.

- Признак Кюстнера - Чукалова

- при надавливании ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается.

- Появление выпячивания над симфизом (передняя стенка нижнего сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается)

- Позыв на потугу (признак Микулича)

- Удлинение пуповины при натуживании роженицы (признак Клейна)

- конец пуповины, выступающий из половой щели, удлиняется при натуживании.

Способы выделения отделившегося последа.

1. Способ Абуладзе: После опорожнения мочевого пузыря производят бережный массаж матки для ее сокращения. Затем обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться.

2. Способ Гентера. После опорожнения мочевого пузыря дно матки приводится к срединной линии. Становятся сбоку от роженицы, лицом к ее ногам, кисти рук сжаты в кулак, кладут тыльной поверхностью на дно матки (в область трубных углов) и надавливают в направлении книзу и внутрь (роженица при этом не должна тужиться).

3. Способ Креде-Лазаревича. После опорожнения мочевого пузыря становятся слева от роженицы. Дно матки обхватывают правой рукой так, чтобы I палец находился на передней стенке матки, ладонь на дне, а 4 пальца – на задней поверхности матки. Сжимают матку впереднезаднем размере и, одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед. Данный метод менее щадящий, чем способы Абуладзе и Гентера. Родившийся послед тщательно осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек.

За родильницей наблюдают в родильном зале не менее 2 ч. (ранний послеродовый период). При этом обращают внимание на общее состояние женщины, определяют ее пульс, периодически пальпируют матку и выясняют, нет ли кровотечений из влагалища. Через 2 часа при хорошем состоянии родильницы (матка плотная, кровянистые выделения умеренные), ее переводят в послеродовое отделение.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

У большинства женщин роды сопровождаются болевыми ощущениями, степень которых варьирует в широких пределах. Все современные методы обезболивания родов можно разделить на две группы:

- 1) психопрофилактическая подготовка к родам;
- 2) методы обезболивания при помощи фармакологических средств.

Цель психопрофилактической подготовки женщины к родам – снять психогенный компонент родовой боли. Необходимо в женской консультации проводить занятия, на которых даются первоначальные сведения о физиологии родов, при этом направляют внимание женщины на ее активное участие в процессе родов (изучается комплекс физических упражнений, направленных на расслабление мышц и умению управлять дыханием). Обезболивание фармакологическими средствами начинаются в первом периоде родов при наличии регулярных схваток и раскрытии зева на 3-4 см.

В качестве анальгетиков в родах применяют наркотические анальгетики (промедол, текодин, фентанил, ГОМК, кетамин). Кроме того, в настоящее время для обезболивания в родах широко применяется баралгин, обладающий болеутоляющим и спазмолитическим эффектом. Препарат вводят по 5 мл в/м или в/в в первом периоде родов. С целью обезболивания в I и II периоде родов так же используют закись азота в виде наркоза в соотношении 1:1 с кислородом.

Во втором периоде родов вдыхание газовой смеси должно проводиться перед каждой потугой. Так же можно использовать трилен, фторотан. Парацервикальная анестезия используется как вид анестезии только в I периоде родов. Блокаду начинают при раскрытии шейки матки на 5-7 см и регулярных болезненных сокращениях матки. В акушерской практике нашла применение эпидуральная анестезия, как для обезболивания родов, так и при всех видах оперативного родоразрешения.

Наглядные пособия: Фантом, кукла, костный таз, акушерский стетоскоп, диапозитивы.

Таблицы:

- 1.Сглаживание шейки матки у перво – и повторнородящих.
- 2.Полное открытие маточного зева.
- 3.Действие плодного пузыря.
- 4.Врезывание и прорезывание головки.
- 5.Моменты ручного пособия при головном предлежании.
- 6.Центральное и периферическое отделение плаценты.
- 7.Признаки отделения плаценты.
- 8.Способы выделения отделившегося последа (по Абуладзе, по Гентеру, по Креде – Лазаревичу).
- 9.Вид плаценты, оболочек.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ ПО ТЕМЕ: «ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ. ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВОГО АКТА».

Основные вопросы темы:

- 1.Понятие о родовом акте
- 2.Предвестники родов
- 3.Деление родов на периоды, характеристика каждого периода
- 4.Течение и ведение I периода родов
- 5.Течение и ведение II периода родов
- 6.Основные моменты механизма родов при переднем виде затылочного предлежания
- 7.Основные моменты механизма родов при заднем виде затылочного предлежания
- 8.Возможные осложнения при заднем виде затылочного предлежания, их профилактика
- 9.Течение и ведение III периода родов (признаки отделения плаценты, способы выделения)
- 10.Первый туалет новорожденного (первичная и вторичная обработка пуповины)

11. Ранний послеродовой период, его ведение

Наглядные пособия:

1. Кукла, костный таз.

2. Фантом.

3. Акушерский стетоскоп.

4. Диапозитивы.

5. Таблицы:

а) сглаживание шейки матки у перво – и повторнородящих;

б) действие плодного пузыря.

в) основные моменты механизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания

г) графическое изображение положения головки (швов и родничков) в малом тазу в различные моменты механизма родов при переднем и заднем виде затылочного предлежания

д) врезывание и прорезывание головки

е) моменты ручного пособия при головном предлежании

ж) центральное и краевое отделение плаценты

з) признаки и способы отделения последа

и) рисунок последа

й) перинео – и эпизиотомия.

6. Муляжи

а) различные степени раскрытия шейки матки

б) муляжи головок плода с различными формами конфигурации при данных механизмах родов

в) родовая опухоль, кефалогематома

7. Демонстрация последа

8. Демонстрация новорожденного

Формы контроля готовности студентов к занятию (опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач).

Вопросы для самостоятельного изучения

1. Размеры женского таза.
2. Плод – как объект родов (швы, роднички, размеры головки плода).
3. Определение отношения головки плода к различным плоскостям таза.
4. Психопрофилактическая подготовка беременных к родам.
5. Обезболивание родов.

Литература

Обязательная:

1. Айламазян Э.К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. Экземпляры: всего:5 - уч.аб.(5)

2. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.: ил. – 3 экз.

Дополнительная:

1. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с. : ил. Экземпляры: всего:6 - н.аб.(5), ч.з.(1)

«Диагностика беременности»

1. Научно-методическое обоснование темы: Изучение данных общего и специального анамнеза, правил общего соматического и специального акушерского обследования.

2. Цель: На основании знаний студент должен овладеть методами диагностики ранних и поздних сроков беременности, проводить наблюдение за состоянием организма женщины во время физиологически протекающей беременности и при развитии осложнений..

Студент должен знать:

1. Сомнительные, вероятные и достоверные признаки беременности.
2. Акушерская терминология (членорасположение плода, положение плода, позиция и вид, предлежащая часть).
3. Интерпретация лабораторных методов исследования при беременности.

4. Инструментальные методы исследования, применяемые при беременности (методики и интерпретация)
5. Определять группы риска беременных.
6. Определение биофизического профиля плода.

Студент должен уметь:

1. Определять при помощи приемов Леопольда положение плода, вид, позицию.
2. Измерять наружные размеры женского таза.
3. Выслушивать сердцебиение плода.
4. Проводить внутреннее исследование беременной.
5. Определять предполагаемую массу плода.
6. Проводить и расшифровывать данные кардиотокографии плода.
7. Взятие мазка на флору.

3. Содержание занятия:

Тщательно собранный анамнез помогает врачу женской консультации выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, краснуха, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности. Семейный анамнез дает представление о здоровье членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, диабет, онкологические заболевания, туберкулез, алкоголизм).

Акушерский анамнез касается детородной функции женщины. Выясняются цикличность и характер менструаций, число беременностей, аборт, родов, особенности их течения, осложнения, перенесенные гинекологические заболевания. В случае наличия рубца на матке после кесарева сечения, энуклеации фиброматозного узла, ушивания перфорационного отверстия

необходимо уточнить срок перенесенной операции (беременность желательна не ранее чем через 2-3 года после операции), вид кесарева сечения (корпоральное или в нижнем маточном сегменте), характер течения послеоперационного периода (состоятельность рубца), после чего следует решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности и предупредить женщину о необходимости госпитализации за 2-3 недели, а при недостаточной состоятельности рубца - в еще более ранний срок до родов. Необходимо также выяснить гемотрансфузионный анамнез (если производилось переливание крови или ее форменных элементов, то по какой причине), эпидемиологический анамнез, наличие аллергии (пищевой, лекарственной и т. д.), профессиональные вредности.

В ранние сроки диагноз беременности устанавливают на основании предположительных и вероятных признаков.

Предположительные (сомнительные) признаки беременности

К предположительным признакам относят проявления общих изменений, связанных с беременностью:

- перемены в аппетите (отвращение к мясу, рыбе и др.), прихоти (тяготение к острым блюдам, к необычным веществам – мелу, глине и др.), тошнота, рвота по утрам;
- изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.);
- изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.;
- пигментация кожи на лице, по белой линии живота, сосков и околососковых кружков.

Вероятные признаки беременности

К данной группе признаков относят изменения менструальной функции и изменения в половых органах:

- прекращение менструации;

- появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы;
- синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- изменение величины, формы и консистенции матки;
- лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови).

Выявление вероятных признаков беременности производят путем:

- опроса;
- ощупывания молочных желез и выдавливания молозива;
- осмотра наружных половых органов и входа во влагалище;
- исследования при помощи зеркал (ложкообразного зеркала Симпсона, подъемника Отто или створчатого зеркала Куско)
- влагалищного и двуручного влагалищно-абдоминального исследования женщины.

Задержка менструации является важным признаком, особенно у женщин с регулярным циклом. Значение этого симптома увеличивается, если он сочетается с нагрубанием молочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища и особенно влагалищной части шейки матки, с изменением величины и консистенции матки.

Измерение наружных размеров женского таза проводят при помощи тазомера Мартина.

Нормальные размеры женского таза:

1. *Distancia spinarum*- межкостистая дистанция-расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (ость-*spina*), в нормальном тазу равняется 25-26см.
2. *Distancia cristarum* — межгребневая дистанция — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (гребень -*crista*), в норме равняется 28-29см.
3. *Distancia trochanterica* — межбугристая дистанция — расстояние между большими буграми вертелов бедренных костей (большой бугор — *trochanter*

major), в норме равняется 31 см.

4. *Conjugata externa* — наружная конъюгата — расстояние между серединой верхнего края симфиза и надкрестцовой ямкой (углублением между остистым отростком V поясничного и I крестцового позвонков). В норме равняется 20—21 см.

Ромб Михаэлиса — это расширение углубление в крестцовой области пределами которого являются: сверху — ямка под остистым отростком пятого поясничного позвонка. снизу — точки, отвечающие задневерхней осям подвздошных костей. Длина ромба в среднем равен 11 см, а поперечник — 10 см.

Диагональная конъюгата — расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выступающей точки мыса крестцовой кости определяется при вагинальном исследовании. При нормальных размерах таза она составляет 12,5-13 см.

Размер истинной конъюгаты (прямой размер входа в малый таз) определяют путем вычитания 9 см от длины наружной конъюгаты или вычитания 1,5-2 см от длины диагональной конъюгаты (в зависимости от индекса Соловьева).

Индекс Соловьева — окружность лучезапястного-запястного сустава, разделен на 10. Индекс позволяет иметь представление о толщине костей женщины. Чем тоньше кости (индекс = 1,4-1,6), тем больше емкость малого таза. В этих случаях от диагональной конъюгаты вычитают 1,5 см и получают длину истинной конъюгаты. При индексе Соловьева I, 7-1,8 — отнимают 2 см.

С наступлением беременности по мере ее прогрессирования размеры матки меняются. Изменение формы матки определяют при **двуручном (бимануальном)** исследовании. Матка у небеременных женщин имеет грушевидную форму, несколько уплотненную в переднезаднем размере. С наступлением беременности форма матки меняется. С 5-6 недельного срока матка приобретает шаровидную форму. Начиная с 7-8 недель, матка становится асимметричной, может выпячиваться один из ее углов. Примерно к 10 неделям матка вновь становится шаровидной, а к концу беременности приобретает овоидную форму.

На наличие беременности указывают следующие признаки:

Увеличение матки. Увеличение матки заметно на 5-6 неделе беременности; матка вначале увеличивается в переднезаднем направлении (становится шарообразной), позднее увеличивается и поперечный ее размер. Чем больше срок беременности, тем яснее увеличение объема матки. К концу II месяца беременности матка увеличивается до размеров гусиного яйца, в конце III месяца беременности дно матки находится на уровне симфиза или несколько выше его.

Признак Горвица-Гегара. Консистенция беременной матки мягкая, причем размягчение выражено особенно сильно в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании встречаются в области перешейка почти без сопротивления. Этот признак очень характерен для ранних сроков беременности.

Признак Снегирева. Для беременности характерна легкая изменчивость консистенции матки. Размягченная беременная матка во время двуручного исследования под влиянием механического раздражения плотнеет и сокращается в размере. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию.

Признак Пискачека. В ранние сроки беременности нередко имеет место асимметрия матки, зависящая от куполообразного выпячивания правого или левого угла ее с 7-8 недель.

Выпячивание соответствует месту имплантации плодного яйца. По мере роста плодного яйца выпячивание постепенно исчезает (к 10 неделям).

Губарев и Гаус обратили внимание на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности. Легкая смещаемость шейки матки связана со значительным размягчением перешейка.

Признак Гентера. В ранние сроки беременности имеет место усиленный перегиб матки кпереди, возникающий в результате сильного размягчения перешейка, а также гребневидное утолщение (выступ) на передней поверхности матки по средней линии. Это утолщение определяют не всегда.

Таким образом, диагноз беременности устанавливают на основании данных клинического обследования. Однако в некоторых случаях при затруднении диагностики беременности или с целью дифференциальной диагностики применяют лабораторные диагностические методы. Диагностика ранних сроков беременности основана на определении в биологических жидкостях организма женщины веществ, специфичных для беременности.

Современные методы диагностики беременности делят на биологические, иммунологические, эхографические (ультразвуковая диагностика) и другие.

Как биологические, так и иммунологические методы основаны на определении в биологическом материале (чаще всего в моче) хоригонадотропина (ХГ) – гормона, секретлируемого хорионом. Хоригонадотропин (ХГ) по своей химической природе близок к лютропину гипофиза (ЛГ), является гликопротеидом с относительной молекулярной массой 37900. Гормон состоит из двух пептидных цепей (α и β -субъединицы), одна из которых (α) одинакова для всех гликопротеидов – ХГ, лютропина (ЛГ), фоллитропина (ФСГ) и тиротропина (ТТГ), а другая – β -специфична для каждого из них. β -субъединица ХГ с относительной молекулярной массой 23000 обладает специфической гормональной активностью. Синтез ХГ начинается с первых дней беременности и продолжается до родов с максимальной продукцией на 60-70 день после имплантации. Затем уровень его снижается и сохраняется стабильным до родов.

В настоящее время для диагностики ранних сроков беременности применяют иммунологические методы. *Иммунологические методы* основаны на реакции преципитации с кроличьей антисывороткой, либо на фиксации комплемента, либо на подавлении реакции гемагглютинации. Наиболее широкое применение получил метод подавления реакции гемагглютинации, разработанный одновременно в двух лабораториях в 1960 г., Z. Swierczynska, E. Samochowiec (ПНР) и L. Wide, C. Gemzell (Швеция). Метод основан на торможении реакции агглютинации между "заряженными" ХГ эритроцитами (антиген), антисывороткой к ХГ (содержащей специфические антитела) и прибавленной

мочой. Когда к антисыворотке (антитела) добавляют эритроциты, "заряженные" ХГ (антиген) и мочу беременной, то присутствующий в ней ХГ связывается с антисывороткой, а эритроциты не подвергаются агглютинации и оседают на дно ампулы. Если же добавляют мочу небеременной женщины, не содержащую ХГ, происходит реакция агглютинации, и эритроциты распределяются равномерно в ампуле. Для проведения диагностической реакции содержимое ампулы растворяют в 0,4 мл прилагаемого к набору фосфатного буфера и с помощью прилагаемого капилляра добавляют две капли свежей утренней профильтрованной мочи. Содержимое ампулы перемешивают и ампулу помещают при комнатной температуре. Через 2 часа учитывают реакцию: равномерное распределение эритроцитов в ампуле свидетельствует об отсутствии беременности, оседание их на дно в виде кольца или пуговицы – о наличии беременности.

Радиоиммунологический метод в 10 раз чувствительнее иммунологического. Наиболее распространен метод двойных антител, основанный на преципитации антител к гормону. Для радиоиммунологического определения ХГ лучше всего использовать готовые наборы, выпускаемые различными фирмами. Применение радиоиммунологических методов дает возможность уже через 5-7 дней после имплантации плодного яйца определить уровень ХГ, равный 0,12-0,50 МЕ/л. Новейшие радиоиммунологические методы определения β -субъединицы в молекуле ХГ позволяют определить его уровень, равный 3,0 МЕ/л. Время определения составляет 1,5-2,5 мин.

Иммуноферментные экспресс-методы определения ХГ или β -ХГ в моче позволяют диагностировать беременность через 1-2 недели после имплантации плодного яйца.

Существуют тест-системы для быстрого определения наличия или отсутствия беременности, которыми могут пользоваться сами женщины.

Лабораторные и инструментальные методы исследования ранних сроков беременности

Исследование базальной температуры основано на воздействии прогестерона на центр терморегуляции, расположенный в гипоталамусе (гипертермический эффект). Первые 3 месяца беременности базальная температура, измеряемая утром натошак в постели одним и тем же термометром, - выше 37°C .

Исследование свойств шеечной слизи также основано на воздействии прогестерона на физико-химические свойства слизи. Во время беременности, начиная с самых ранних ее сроков, отсутствует симптом "зрачка", так как диаметр канала шейки матки менее 0,2 см. При высушивании на воздухе секрета из канала шейки матки в нем отсутствуют крупные кристаллы.

Диагностика маточной беременности с помощью УЗИ возможна уже с 4-5 недель (с первого дня последней менструации!). При этом в толще эндометрия определяют плодное яйцо в виде округлого образования пониженной эхогенности с внутренним диаметром 0,3-0,5 см. В I триместре темп еженедельного прироста среднего размера плодного яйца составляет приблизительно 0,7 см, и к 10 неделям оно заполняет всю полость матки. К 7 неделям беременности у большинства беременных при исследовании в полости плодного яйца можно выявить эмбрион, как отдельное образование длиной 1 см. В эти сроки у эмбриона уже возможна визуализация сердца – участка с ритмичным колебанием небольшой амплитуды и слабо выраженной двигательной активностью.

При выполнении биометрии в I триместре основное значение для установления срока беременности имеет определение среднего внутреннего диаметра плодного яйца и копчико-теменного размера (КТР) эмбриона, величины которых жестко коррелируют со сроком беременности. Наиболее информативным методом ультразвукового исследования при беременности ранних сроков является трансвагинальное сканирование; трансабдоминальное сканирование используют только при наполненном мочевом пузыре с целью создания "акустического окна".

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И ДАТЫ РОДОВ

Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода), по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода) и по данным дополнительных методов исследования (УЗИ).

Срок беременности и дату родов определяют:

- **По дате последней менструации.** От первого дня последней менструации отсчитывают количество дней (недель) на момент обследования беременной.

Для определения даты родов к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней (10 лунных месяцев) или используют формулу Негеле: *от даты начала последней менструации отнимают 3 месяца и прибавляют 7 дней.* Данный метод не может быть использован у женщин с нерегулярным менструальным циклом.

- **По овуляции.** Если в силу тех или иных обстоятельств женщина может назвать дату предполагаемого зачатия (редкие половые контакты, операция экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), инсеминация спермой донора), то срок беременности отсчитывают от даты зачатия, *предварительно прибавив 2 недели,* а дату родов определяют, отсчитав от даты предполагаемой овуляции 38 недель, или, используя следующую формулу: *от даты овуляции отнимают 3 месяца 7 дней.*

- **По первой явке.** При постановке на учет по беременности обязательным моментом исследования беременной является влагалищное исследование, при котором с определенной точностью можно определить срок беременности (см. таблицу).

- **По первому шевелению.** Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. В среднем первородящие женщины ощущают шевеление, плода, начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель беременности.

- **По данным ультразвукового исследования.** Точность определения срока беременности по данным ультразвукового исследования достаточно высока, особенно в I триместре беременности. Во II и III триместрах ошибка

определения срока беременности этим методом повышается, что связано с конституциональными особенностями развития плода или осложнениями беременности (гипотрофия плода, диабетическая фетопатия и т.д.), поэтому определенную ценность представляет динамическое ультразвуковое наблюдение за плодом.

- По дородовому отпуску. По Российскому законодательству с 30 недель беременности женщина имеет право на дородовой отпуск.

Для быстрого подсчета срока беременности и родов выпускают специальные акушерские календари.

Объективное определение срока беременности в I триместре возможно при бимануальном обследовании женщины, т. к. матка в эти сроки располагается в малом тазу. С 16 недель дно матки прощупывают над лоном и о сроке беременности судят по высоте стояния дна матки над лонным сочленением, измеренной сантиметровой лентой.

Величина матки и высота стояния ее дна в различные сроки беременности

Срок беременности, недели	Признаки
4	Матка величиной с куриное яйцо
8	Матка величиной с гусиное яйцо
12	Матка величиной с мужской кулак, дно у верхнего края лона
16	Дно матки на середине расстояния между лоном и пупком (на 6 см выше лона)
20	Матка вытягивает живот, дно ее на расстоянии 11-12 см над лоном, появляются движения плода, выслушивается сердцебиение

24	Дно матки на уровне пупка, 22-24 см над лоном
28	Дно матки на 4 см выше пупка, 25-28 см над лоном
32	Дно матки на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, 30-32 см над лоном, окружность живота на уровне пупка 80-85 см, пупок несколько сглажен, прямой размер головки 9-10 см
36	Дно матки у реберных дуг, на уровне мечевидного отростка, окружность живота 90 см, пупок сглажен, прямой размер головки 10-12 см
40	Дно матки опускается на середину между пупком и мечевидным отростком, 32 см над лоном, окружность живота 96-98 см, пупок выпячен, прямой размер головки 11-12 см. У первородящих головка прижата ко входу в малый таз, у повторнородящих – подвижная

Для распознавания срока беременности известное значение имеет правильное измерение высоты стояния дна матки над лоном и объема живота. Измерение высоты стояния дна матки над лоном производят сантиметровой лентой или тазомером, при этом, женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевого пузыря опорожнен перед исследованием. Измеряют расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выдающейся точкой дна матки. Во второй половине беременности производят измерение окружности живота

сантиметровой лентой, которую спереди накладывают на уровень пупка, сзади – на середину поясничной области.

Измерение длины внутриутробного плода вносит дополнительные данные для определения срока беременности. Точное измерение внутриутробного плода затруднительно, и получаемые при этом данные имеют только ориентировочный характер. Измерение производят при помощи тазомера. Женщина лежит на спине; мочевой пузырь должен быть опорожнен до измерения. Ощупав через брюшную стенку части плода, одну пуговку тазомера устанавливают на нижний полюс головки, другую – на дно матки, где чаще находятся ягодицы плода. В.В. Сутугин установил, что расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца составляет ровно половину длины внутриутробного плода (от темени до пяток). Поэтому величину, полученную при измерении расстояния от нижнего полюса головки до ягодиц, умножают на два. Из полученного числа вычитают 3-5 см в зависимости от толщины брюшной стенки. Определив длину плода, делят это число на 5 и получают срок беременности в месяцах.

Диагностика поздних сроков беременности

В более поздние сроки беременности возможность диагностировать беременность с каждым месяцем повышается. В это время появляются следующие достоверные признаки наличия беременности.

1. Во второй половине беременности при пальпации возможно прощупать отдельные части плода – головку, спинку и мелкие части (конечности) плода.
2. Женщина уже ощущает движения плода, к тому же они заметны невооруженным глазом, и их может ощутить исследующий женщину врач при пальпации. Движения плода при первой беременности женщины начинают ощущать с 20 недель беременности, а повторно беременные – с 16 недель. Однако такие ощущения не расцениваются как достоверные признаки, так как за движения плода женщина может принять перистальтику кишечника.

3. При большом сроке беременности (вторая половина беременности) стетоскопом выслушиваются сердечные тоны плода, в виде ритмичных ударов, повторяющихся 120–140 раз в минуту. Сердцебиение плода иногда удается уловить (при помощи специального кардиомонитора) уже с 18–19-й недели беременности.

После точного установления диагноза «беременность» выполняются следующие уточнения и исследования, связанные с расположением плода в полости матки.

Положение плода в матке

Выяснение положения плода в полости матки имеет очень большое значение. Акушерскими приемами принято определять членорасположение, положение, позицию и вид предлежания плода в матке.

Под **членорасположением плода** понимают отношение конечностей плода к головке и туловищу. При нормально протекающей физиологической беременности туловище плода согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке. При нормальном сгибательном типе членорасположения плод имеет форму овоида, длина которого при доношенной беременности в среднем составляет 25–26 см. Широкая часть овоида (тазовый конец плода) располагается в дне матки, узкая часть (затылок) обращен к входу в малый таз. При движении плода нарушения членорасположения не происходит, изменения положения при этом кратковременны. Нарушения членорасположения (разгибание головки и т. д.) встречаются достаточно редко (в 1–2 % родов).

Следующий важный момент для диагностики ранних сроков беременности – **положение плода**. Под этим понятием понимают отношение продольной оси плода к продольной оси (длиннику) матки.

Может быть продольное, поперечное и косое положение плода. Продольное положение подразумевает, что продольная ось плода и продольная ось матки совпадают. Непосредственно такое понятие, как ось плода, можно

определить как линию, проходящую от затылка до ягодиц. Поперечным положением является то положение, при котором продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом. Следующее косое положение характеризуется тем, что продольная ось плода образует с продольной осью матки продольный угол.

Нормальным является продольное положение, и встречается оно в 99,5 % случаев. Поперечное и косое положения – патологические, встречаются в 0,5 % случаев, в связи с чем возникают непреодолимые препятствия для рождения плода через естественные родовые пути, что вызывает необходимость выполнять оперативное родоразрешение.

Позиция плода подразумевает под собой отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую. При первой позиции спинка плода обращена к левой стороне матки, а при второй – к правой. Чаще встречается первая позиция плода, что объясняется поворотом матки левой стороной кпереди.

Спинка плода не всегда обращена вправо или влево, она обычно несколько повернута кпереди или кзади, поэтому различают вид позиции.

Вид позиции можно определить как отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена кпереди, говорят о переднем виде позиции, а если кзади – о заднем.

Немаловажным моментом является также определение **предлежания плода** – отношения крупной части плода (головки или ягодиц) к входу в таз. В результате при нахождении головки плода над входом в таз говорят о головном предлежании, а если предлежит тазовый конец – о тазовом предлежании. Головное предлежание встречается в 96 % случаев, тогда как тазовое – в 3,5 %.

Если имеет место поперечное или косое положение плода, то его позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева – первая позиция, справа – вторая позиция.

Предлежащей же частью называют ту часть плода, которая расположена к входу в малый таз и первой проходит родовые пути.

При головном предлежании к входу в малый таз могут быть обращены затылок (затылочное предлежание), темя (переднеголовное), лоб (лобное), личико плода (лицевое предлежание). Типичным можно назвать затылочное предлежание (сгибательный тип). При переднеголовном, лобном и лицевом предлежании головка находится в различной степени разгибания, встречаемость такого предлежания – 1 % всех продольных положений.

Если к входу в таз предлежит тазовый конец, то могут предлежать ягодичицы (чисто ягодичное предлежание), ножки (ножное предлежание) и ягодичицы вместе с ножками (смешанное ягодично-ножное предлежание).

Еще один немаловажный момент, который определяют при исследовании положения плода, – **вставление головки**. Это подразумевает отношение сагиттального шва к симфизу и крестцовому мысу (промонторию). Различают осевые, или синклитические, и внеосевые, или асинклитические, вставления головки.

Синклитическое вставление характеризуется тем, что вертикальная ось головки стоит перпендикулярно к плоскости входа в малый таз, а сагиттальный шов находится на одинаковом расстоянии от симфиза и промонтория. В свою очередь **асинклитическое вставление** характеризуется тем, что вертикальная ось головки стоит к плоскости входа в таз не строго перпендикулярно, а сагиттальный шов располагается ближе к промонторию. В этом случае говорят о переднем асинклитизме (вставляется передняя теменная кость). Если сагиттальный шов ближе к симфизу – о заднем асинклитизме (вставление задней теменной кости). Нормальным является синклитическое вставление головки. А при нормально протекающих родах иногда отмечается временный, слабовыраженный передний асинклитизм, который самопроизвольно заменяется синклитическим вставлением. Возникновение выраженного переднего асинклитизма наиболее характерно при узком (плоском) тазе. Следует

отметить, что выраженный передний и задний асинклитизм является патологическим состоянием.

Постоянное и устойчивое положение плода в полости матки устанавливается в последние месяцы беременности. В первые недели и в начале второй половины беременности положение плода меняется в связи с тем, что относительная величина полости матки и количества околоплодных вод в указанное время больше, чем в конце беременности. В первой половине беременности нередко наблюдается тазовое предлежание плода, которое впоследствии переходит в головное. Следует отметить, что для лицевого предлежания характерным является установление в родах. Позиция и вид также устанавливаются во второй половине беременности. Относительно постоянным остается членорасположение плода.

Следует отметить, что основную роль в изменении типичного расположения плода в полости матки является его двигательная активность. В свою очередь двигательная активность плода и возбудимость матки возрастают со сроком беременности. Во время движения плода происходят раздражение рецепторов матки и ее сокращение, корригирующее положение плода. При сокращениях матки уменьшается ее поперечный размер, что способствует образованию продольного положения. Головка, имеющая меньший объем по сравнению с тазовым концом, опускается книзу, где пространство меньше, чем в дне матки.

Используемые методы акушерского исследования во второй половине беременности

Основными методами акушерского исследования во второй половине беременности также остаются опрос, осмотр, пальпация и аускультация живота беременной, измерения женщины и влагалищное исследование.

К классическим методам наружного акушерского исследования относят пальпацию живота, которую осуществляют, используя **приемы Леопольда**. При пальпации определяют части плода, его величину, положение, позицию, предлежание, отношение предлежащей части плода к тазу матери (высоко

над входом в малый таз, прижата к входу, малым сегментом во входе и т. п.), ощущают движения плода, а также получают представление о количестве околоплодных вод и стоянии матки. Немаловажной является возможность при помощи этого метода исследования определить состояние брюшной стенки (избыточное отложение жира, перерастяжение мышц, расхождение прямых мышц и т. д.).

При осуществлении наружного акушерского исследования беременная женщина (роженица) должна лежать на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами для наилучшего расслабления мышц живота. Врач становится справа от беременной лицом к ее лицу.

Первый прием акушерского исследования (**первый прием Леопольда**) позволяет определить часть плода, располагающуюся на дне матки, – чаще всего это тазовый конец. Для его выполнения необходимо ладони обеих рук расположить на дне матки, при этом пальцы рук сближают и осторожными надавливаниями вниз определяют уровень стояния дна матки, по которому судят о сроке беременности и располагающейся в дне части плода. Тазовый конец представляется крупной, но менее плотной и менее округлой частью плода, чем головка.

Второй прием акушерского исследования (**второй прием Леопольда**) помогает определить спинку и мелкие части плода, а по положению спинки судят уже о позиции и виде плода. Обе руки со дна матки перемещают книзу до уровня пупка и располагают на боковых поверхностях матки. Пальпацию частей плода производят поочередно правой и левой рукой. При этом левая рука располагается на одном месте, а пальцы правой руки, скользя по левой боковой стенке матки, ощупывают обращенную туда часть плода. Затем правая рука лежит на стенке матки, а левая ощупывает части плода. Если положение плода продольное, то с одной стороны явно прощупывается спинка плода, а с противоположной – конечности и мелкие части плода. Спинка прощупывается как равномерная площадка, тогда как мелкие части несколько выступают и часто меняют положение. Плюс ко всему второй

наружный акушерский прием помогает определить наличие тонуса матки и ее возбудимость (сокращения в ответ на раздражение, вызванное пальпацией), прощупать круглые связки матки, их толщину и расположение. Определение места расположения круглых связок матки очень важно, вследствие того что по этому судят о месте прикрепления плаценты. Если круглые связки книзу расходятся, плацента расположена на передней стенке, если же сходятся – на задней.

Третий прием наружного акушерского исследования (**третий прием Леопольда**) служит для определения предлежащей части плода. Исследующий стоит справа, лицом к лицу беременной. Одну руку (чаще правую) кладут немного выше лобкового соединения, так чтобы первый палец находился на одной стороне, а четыре остальных – на другой стороне нижнего сегмента матки. Ощупывание производят медленными движениями погружающего вглубь характера и при возможности обхватывают рукой предлежащую часть плода. В большинстве случаев прощупывается головка в виде плотной округлой части, имеющей отчетливые контуры. В свою очередь при тазовом предлежании прощупывается более объемная мягковатая часть, не имеющая округлой формы. Нельзя определить предлежащую часть при поперечном и косом положении плода. Этот же прием помогает определить подвижность предлежащей части (головки). Для этого выполняют короткими легкими толчками воздействие и пытаются ее сдвинуть сначала вправо, а потом налево. При этом если исследующие пальцы ощущают баллотирование головки, делается вывод, что головка над входом в малый таз. Чем выше расположение головки над входом в малый таз, тем баллотирование выраженнее. Проводя диагностику ранних сроков беременности, необходимо выполнять все приемы очень осторожно и бережно, так как резкие движения вызывают болезненные ощущения и рефлекторное напряжение мышц.

Четвертый прием акушерского исследования (**четвертый прием Леопольда**). Его можно назвать дополнительным, так как он позволяет

определить не только характер подлежащей части, но и уровень ее стояния. Для его выполнения врач встает справа, лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук необходимо расположить на нижнем сегменте матки справа и слева, кончики пальцев при этом должны доходить до симфиза. Вытянутыми пальцами осторожно проникают вглубь по направлению к полости таза и кончиками пальцев определяют подлежащую часть (головку или тазовый конец) и высоту ее стояния. Данный прием позволяет более точно определить, находится ли головка над входом в малый таз или прошла через плоскость входа в таз малым или большим сегментом. Следует отметить, что при значительном опущении головки в полость таза можно прощупать только ее основание.

Скрининг включает в себя безопасные и простые методы исследования, применяемые для массового обследования.

Первый скрининг при беременности направлен на выявление различных патологий у плода. Проводится он на 10-14 неделе беременности и включает в себя ультразвуковое исследование (УЗИ) и анализ крови (биохимический скрининг). Многие врачи рекомендуют проводить скрининг всех беременных женщин без исключения.

При ультразвуковом исследовании (11-12 недель) определяют:

- правильность развития внутренних органов ребенка;
- правильность расположения ручек и ножек;
- соответствие размеров тела срокам беременности;
- структуру и расположение плаценты.
- измеряют кровоток и работу сердца;
- измеряют воротничковую зону (область шеи между мягкими тканями и кожей). Измерение является очень важным, так как в этой зоне может скапливаться жидкость, и превышение показателей над нормой (норма составляет до 3 мм) говорит об отклонениях в развитии;
- просматривают и измеряют носовую кость. На сроке 11 недель ее видно у 98% детей и не видно у 70% детей с синдромом Дауна.

При проведении скрининга первого триместра беременности вероятность выявления синдромов Дауна и Эдвардса очень велика и составляет 60%, а совместно с результатами УЗИ повышается до 85%.

Проведение **второго УЗИ-скрининга (22-24 недели)** позволяет выявить следующие признаки:

- качество и количество околоплодных вод
- степень развития плаценты
- полноценная оценка состояния плода
- оценка возможных пороков развития

Ультразвуковой скрининг **третьего триместра** проводят с 30-й по 34-ю недели беременности (оптимальное время- с 32-й по 33-ю недели)

В ходе УЗИ изучается состояние и расположение плаценты, определяется количество околоплодных вод и расположение плода в матке.

По показаниям врач может назначить проведение дополнительных исследований- доплерометрию и кардиотокографию.

КТГ (кардиотокография) представляет собой метод функциональной оценки состояния плода во время беременности и в родах на основании регистрации частоты его сердцебиений и их изменений в зависимости от сокращений матки, действия внешних раздражителей или активности самого плода. КТГ в настоящее время является неотъемлемой частью комплексной оценки состояния плода наряду с ультразвуковым исследованием и доплерометрией. Такое наблюдение за сердечной деятельностью плода значительно расширяет возможности диагностики как во время беременности, так и в родах, и позволяет эффективно решать вопросы рациональной тактики их ведения. Рекомендуется проводить с 32-й недели беременности. Этот метод не имеет противопоказаний.

КТГ проводится с помощью ультразвукового датчика, который закрепляют на животе беременной (обычно применяется наружная, так называемая непрямая КТГ). Продолжительность КТГ (от 40 до 60 минут) зависит от фаз активности и

покоя плода. КТГ может быть использована для наблюдения за состоянием малыша и во время беременности, и во время самих родов.

Сердечную деятельность плода регистрируют специальным ультразвуковым датчиком с частотой 1.5 – 2.0 МГц, работа которого основана на эффекте Доплера. Этот датчик укрепляют на передней брюшной стенке беременной женщины в области наилучшей слышимости сердечных тонов плода, которую предварительно определяют с помощью обычного акушерского стетоскопа. Датчик генерирует ультразвуковой сигнал, который отражается от сердца плода и вновь воспринимается датчиком. Электронная система кардиомонитора преобразует зарегистрированные изменения интервалов между отдельными ударами сердца плода в мгновенную частоту его сердечных сокращений, рассчитывая количество ударов в минуту на момент исследования.

Изменения частоты сердечных сокращений отображается прибором в виде светового, звукового, цифрового сигналов и графического изображения в виде графика на бумажной ленте.

При выполнении КТГ одновременно с записью сердечной деятельности плода регистрируют сократительную активность матки специальным датчиком, который фиксируют на передней брюшной стенке беременной женщины в области дна матки.

В современных приборах для КТГ предусмотрен специальный пульт, с помощью которого беременная может самостоятельно фиксировать движения плода. Сокращения матки и движения плода отображаются прибором в процессе исследования в нижней части бумажной ленты в виде кривой линии.

При расшифровке записи КТГ и оценке взаимосвязи полученных данных с состоянием плода следует исходить из того, что полученная запись отражает, прежде всего, реактивность нервной системы плода и состояние его защитно-приспособительных реакций на момент исследования. Изменения сердечной деятельности плода только косвенно свидетельствуют о характере патологических процессов, происходящих в организме плода.

Допплерометрия- это исследование делают, начиная с 24-й недели беременности, но чаще всего врачи назначают её после 30-й недели.

Показания для проведения:

- фетоплацентарная недостаточность;
- недостаточный прирост высоты стояния дна матки;
- обвитие пуповины;
- гестоз и др.

Допплерометрия- это метод ультразвукового исследования, дающий информацию о кровоснабжении плода. Исследуется скорость кровотока в сосудах матки, пуповины, средней мозговой артерии и аорте плода и сравниваются с показателями нормы для данного срока. По результатам делаются выводы о том, нормально ли происходит кровоснабжение плода, нет ли недостатка кислорода и питательных веществ. Если есть необходимость, то назначаются препараты для улучшения кровоснабжения плаценты.

4. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

- 1.Сбор анамнеза при проведении опроса беременной.
- 2.Проведение объективного обследования беременной.
- 3.Проведение акушерского обследования беременной.
- 4.Диагностика ранних сроков беременности.
- 5.Диагностика поздних сроков беременности.
- 6.Определение сроков беременности и даты родов.

5. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

- 1.Лабораторные методы диагностики беременности.
- 2.Инструментальные методы диагностики.
- 3.Проведение УЗИ -скрининга беременных.
- 4.Ведение беременных в условиях женской консультации.
- 5.Определение дородового отпуска при физиологических и осложненных родах.

6.Перечень ТСО,наглядные пособия:

- 1.Кукла, таз, фантом, сантиметровая лента
- 2.Инструментарий для внутреннего осмотра
- 3.Таблицы по теме занятия
- 4.Учебный фильм

7. Тестовый контроль знаний

1.Кратность посещений женской консультации в III триместре физиологической беременности

- 1)**1 раз в неделю**
- 2)2 раза в месяц
- 3)3 раза в месяц
- 4)до 28 нед 1 раз в месяц, 28-36 нед 2 раза в месяц, после 36 нед каждые 7 дней
- 5)по желанию пациентки

2.Понятие «Биофизический профиль плода» включает:

- 1)оценку дыхательных движений
- 2)оценку двигательной активности и тонуса плода
- 3)оценку степени зрелости плаценты
- 4)оценку количество околоплодных вод
- 5)**верно все**

3.Наименьшим размером малого таза является...

- 1) Прямой размер плоскости входа в малый таз
- 2) Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза
- 3) **Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза**
- 4) **Поперечный размер выхода из полости малого таза**

5) Косые размеры плоскости входа в малый таз

4.Особенностью биомеханизма родов при переднеголовном вставлении является...

1)усиленное сгибание головки во входе в малый таз

2)переход плода в передний вид

3)прорезывание головки окружностью, соответствующей прямому размеру

4)рождение головки в сгибании

5)формирование родовой опухоли в области большого родничка

5..Перво- и повторнобеременные начинают ощущать шевеления плода соответственно с...

1)16 и 18 недель

2)18 и 16 недель

3)20 и 18 недель

4)22 и 20 недель

5)24 и 22 недель

6.Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:

1)пальпации живота

2)аускультации живота

3)измерения окружности таза

4)объективного обследования по системам

7. Предлежание плода - это отношение:

1)головки плода ко входу в таз

2)тазового конца плода ко входу в малый таз

3)наиболее низколежащей части плода ко входу в таз

4)4)головки плода ко дну матки

8. Достоверным признаком беременности является:

1)отсутствие менструации

2)увеличение размеров матки

3)диспепсические нарушения

4)наличие плода в матке

5)увеличение живота

9. Для оценки состояния плода применяется:

1)аускультация

2)кардиотокография

3)ультразвуковое исследование

4)все вышеперечисленное

10.В I триместре беременности плановое УЗИ выполняется

1) в 9 недель беременности

2) при появлении кровянистых выделений из половых путей, болей внизу живота

3) в 11-12 недель беременности с оценкой толщины воротникового пространства

4) в 7 недель беременности для диагностики сердцебиения плода

5) верно 3),4)

11.Признак Губарева – Гауса для диагностики беременности раннего срока заключается в...

1)легкой подвижности шейки матки за счет размягчения ее перешейка

2)сокращении матки при пальпации

3)гиперфлексии матки

4)уплотнении перешейка матки

5)ассиметрии матки за счет выпячивания одного из ее углов

14.Ранняя диагностика беременности предполагает:

1)изменение базальной температуры

2)определение уровня ХГ в моче

3)УЗ-исследование

4)динамическое наблюдение

5)все вышеперечисленное

15. Объективное исследование беременной или роженицы начинается с:

- 1)пальпации живота
- 2)аускультации живота
- 3)измерения окружности таза

1)объективного обследования по системам

16. Правильным является членорасположение, когда:

- 1) головка разогнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- 2)головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто**
- 3)головка согнута, позвоночник разогнут, ручки скрещены на груди, ножки согнуты в коленях и тазобедренных суставах, туловище согнуто
- 4)головка согнута, ручки скрещены на груди, ножки разогнуты в тазобедренных и коленных суставах

17. При развивающейся беременности не происходит:

- 1)увеличения размеров матки
- 2)размягчения ее
- 3)изменения реакции на пальпацию
- 4)уплотнения матки**
- 5)изменения ее формы

8. Хронометраж занятия:

1. Введение - 5 минут.
2. Контроль исходного уровня знаний - 20 минут.
3. Курация беременной с неправильным положение плода - 20 минут.
4. Обработка этапов акушерского поворота на фантоме - 45 минут.

5. Итоговый контроль знаний с помощью решения ситуационных задач - 30 минут.
6. Подведение итога занятия - 15 минут.
7. Перерывы по 10 минут через 45 минут.

9. Литература.

Основная литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
2. Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.:

Дополнительная литература:

1. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.

«ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ»

Содержание занятия:

1. Определение и задачи женской консультации.
2. Структура женской консультации.
3. Наблюдение беременных.
4. Гинекологическая помощь.
5. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам на промышленных предприятиях.
6. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам сельской местности.
7. Анализ деятельности женской консультации.
8. Принципы диспансеризации беременных.
9. Обследование беременных.
10. Определение срока беременности, родов, дородового и послеродового отпуска.

11. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам.
12. Рациональное питание беременных.
13. Выделение и диспансеризация беременных в группах повышенного риска.

Женская консультация (ЖК) является подразделением поликлиники, МСЧ или родильного дома, оказывающим амбулаторную лечебно-профилактическую, акушерско-гинекологическую помощь населению.

Основными задачами женской консультации являются:

- оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, послеродового периода, предупреждение гинекологических заболеваний;
- оказание женщинам социально-правовой помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;
- внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.

В соответствии с основными задачами женская консультация должна осуществлять:

- организацию и проведение санитарно-профилактической работы среди женщин;
- профилактические осмотры женского населения;
- проведение работы по контрацепции для предупреждения не планируемой беременности;
- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных между женской консультацией и

родильным домом, детской консультацией, другими лечебно-профилактическими учреждениями (консультация “Семья и брак”, консультативно-диагностические центры, медико-генетические консультации).

Важной задачей врача женской консультации является взятие на учет беременных и осуществление лечебных мероприятий беременным, включенным в группу риска.

Деятельность консультации строится по участковому принципу. Акушерско-гинекологический участок рассчитан на 6000 женщин, проживающих на территории деятельности данной консультации. На каждом из них до 25% женщин находятся в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет). Режим работы женской консультации установлен с учетом безотказного обеспечения амбулаторной акушерско-гинекологической помощью женщин в их не рабочее время. Один день в неделю выделен врачу для оказания помощи и профилактических осмотров работниц прикрепленных промышленных предприятий, территориально расположенных на участке врача или для специализированного приема.

СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ: регистратура, кабинеты врачей акушеров-гинекологов для приема беременных, родильниц, гинекологических больных, манипуляционная комната, физиотерапевтический кабинет, где проводят лечебные процедуры, кабинеты терапевта, стоматолога, венеролога и юриста для консультаций по социально-правовым вопросам. Организованы кабинеты специализированного приема для женщин, страдающих бесплодием, невынашиванием беременности, для консультаций по вопросам контрацепции, патологии пременопаузального, климактерического и постменопаузального периодов, лаборатория, кабинет УЗИ.

Регистратура женской консультации обеспечивает предварительную запись на прием к врачу на все дни недели при личном посещении или по телефону.

Врач участка, кроме приема в женской консультации оказывает помощь на дому беременным, родильницам, гинекологическим больным, которые по состоянию здоровья не могут сами явиться в женскую консультацию. Если врач находит нужным, он активно посещает больную или беременную на дому без вызова (патронаж).

Санитарно-просветительную работу проводят врачи и акушерки по плану. Основные формы этой работы: индивидуальные и групповые беседы, лекции, ответы на вопросы с использованием аудио- и видеокассет, радио, кино, телевидения.

Правовую защиту женщин осуществляют юрисконсульты женской консультации, которые вместе с врачами выявляют женщин, нуждающихся в правовой защите, читают лекции, проводят беседы по основам российского законодательства о браке и семье, льготах трудового законодательства для женщин.

Одной из главных задач женской консультации является выявление предраковых заболеваний, профилактика онкологических заболеваний. Существуют три вида профилактических осмотров: комплексные, целевые, индивидуальные. Профилактические осмотры женского населения проводят с 20-летнего возраста, два раза в год с обязательным цитологическим и кольпоскопическим обследованиями.

НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Главная задача женской консультации - диспансеризация беременных. Срок взятия на учет - до 12 недель беременности. При первом посещении заполняют "Индивидуальную карту беременной и родильницы" (форма 111у), в которой записывают все данные опроса, обследования, назначения при каждом посещении. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель) определяют принадлежность каждой беременной к той или иной группе риска. Для количественной оценки факторов риска следует пользоваться шкалой "Оценка пренатальных факторов риска в баллах" (приказ №430).

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

Выявляют гинекологические заболевания при посещении женщинами женской консультации, на профилактических осмотрах в женской консультации или предприятиях, смотровых кабинетах поликлиник. На каждую женщину, первично обратившуюся в женскую консультацию, заводят “Медицинскую карту амбулаторного больного” (форма 025у). При наличии показаний для диспансеризации, заполняют “Контрольную карту диспансерного наблюдения” (форма 030у).

Первичная медицинская документация женской консультации

№	Наименование формы	№ формы
1	Медицинская карты стационарного больного	003/у
2	Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара	007-дс/у-02
3	Вкладной лист в медицинскую карту амбулаторного больного	025/у вкл
4	Статистический талон регистрации заключительных диагнозов	025-2/у
5	Талон на прием к врачу	025-4/у-88
6	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-04
7	Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у
8	Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/у
9	Журнал учета процедур	029/у
10	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у-04
11	Журнал учета клинико-экспортной работы	035/у-02
12	Книга регистрации листов нетрудоспособности	036/у
13	Листок ежедневного учета работы врача стоматолога	037/у

14	Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/y
15	Ведомость врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях	039/y-02
16	Сводная ведомость учета работы врача стоматолога	039-2/y-88
17	Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры	042/y
18	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении	058/y
19	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/y
20	Статическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания	066/y-02
21	Журнал записи амбулаторных операций	069/y
22	Справка для получения путевки	070/y-04
23	Сводная ведомость учета заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/y
24	Санаторно-курортная карта	072/y-04
25	Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y
26	Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонорее и т.д.	089/y-кв
27	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащихся училищ, о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/y
28	Рецепт (взрослый, детский)	107/y
29	Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y
30	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/y
31	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медсестры (акушерки)	116/y
32	Журнал записи родовспоможения на дому	032/y

33	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного заболевания	090/у
----	---	-------

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

Врачи акушеры-гинекологи женской консультации проводят на предприятиях, прикрепленных к консультации, комплекс лечебно-профилактической работы. Для проведения этой работы врачу отводят один день в неделю. В настоящее время в женской консультации выделяют акушера-гинеколога для работы с предприятиями из расчета один врач на 2000-2500 женщин.

На предприятии акушер-гинеколог проводит:

- профилактические осмотры женщин;
- углубленный анализ гинекологической заболеваемости;
- исходов беременности и родов;
- ведет прием гинекологических больных; контролирует работу комнаты личной гигиены;
- изучает условия труда женщин на предприятии;
- участвует в работе по улучшению условий труда работниц.

ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Выездная женская консультация является регулярно действующим филиалом женской консультации центральной районной больницы (ЦРБ) и создана для оказания врачебной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.

На сельском фельдшерско-акушерском пункте (ФАП) доврачебной

помощи работа акушерки направлена в основном на раннее взятие на учет и систематическое наблюдение беременных с целью предупреждения осложнений беременности, проведения санитарно-просветительной работы. Периодическое врачебное обследование женщин на ФАП осуществляют врачи женской консультации районной больницы (РБ) или центральной районной больницы (ЦРБ), а также врачи выездной бригады ЦРБ в составе акушера-гинеколога, терапевта, стоматолога и лаборанта. Главная задача выездной женской консультации - диспансерное наблюдение беременных и оказание помощи больным с гинекологическими заболеваниями.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Анализ работы проводят по следующим разделам деятельности женской консультации: общие данные по консультации, анализ профилактической деятельности, акушерская деятельность. Анализ акушерской деятельности включает: отчет о медицинской помощи беременным и родильницам (вкладыш № 3): раннее (до 12 недель) взятие на диспансерное наблюдение беременных, осмотр беременных терапевтом, осложнения беременности (поздние гестозы, заболевания, не зависящие от беременности), сведения о новорожденных (родились живыми, мертвыми, доношенными, недоношенными, умершие), перинатальная смертность, смертность беременных, рожениц и родильниц (материнская смертность).

ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

Ранний охват беременных врачебным наблюдением. Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 недель. Это позволит своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, рациональном

трудоустройстве, установить степень риска и при необходимости обеспечить оздоровление беременной. Установлено, что при наблюдении женщин в ранние сроки беременности и посещениях ими врача 7-12 раз уровень перинатальной смертности в 2-2,5 раза ниже, чем у всех беременных в целом, и в 5-6 раз ниже, чем при посещении врача в сроке беременности после 28 недель. Таким образом, санитарно-просветительная работа в сочетании с квалифицированным врачебным наблюдением – основной резерв для увеличения числа женщин, обращающихся к врачам в ранние сроки беременности.

Взятие на учет. При взятии беременной на учет независимо от срока беременности врач женской консультации обязан: ознакомиться с амбулаторной картой (или выпиской из нее) женщины из поликлинической сети для выявления.

Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование. Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обследовать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

Дородовый и послеродовой патронаж. Дородовый патронаж осуществляет участковая акушерка в обязательном порядке дважды: при взятии на учет и перед родами и, кроме того, проводится по мере необходимости (для вызова беременной к врачу, контроля назначенного режима и т.п.). Послеродовой патронаж. В течение первых 3 суток после выписки из родильного дома женщину посещают работники женской консультации – врач (после патологических родов) или акушерка (после нормальных родов). Для обеспечения своевременного послеродового патронажа женская консультация должна иметь постоянную связь с родильными стационарами.

Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов. При возникновении показаний экстренная или плановая госпитализация беременной является главной задачей врача женской консультации. Своевременная госпитализация позволяет снизить перинатальную смертность в

8 раз по сравнению с группой женщин, подлежащих стационарному лечению, но своевременно не госпитализированных.

Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 недель – 2 раза в месяц; с 28 до 40 недель – 1 раз в неделю (10-12 раз за время беременности). При выявлении соматической или акушерской патологии частота посещений возрастает. При неявке женщины к врачу в течение 2 дней после очередного срока необходимо провести патронаж и добиться регулярного посещения консультации.

Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных. Занятия в "Школе матерей".

100 % охват мужей беременных женщин занятиями в "Школе отцов".

Аntenатальная профилактика рахита (витамины, ультрафиолетовое облучение).

Профилактика гнойно-септических осложнений, включающая обязательно урологическую и ЛОР-санацию.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

При взятии на учет врач обследует беременную и записывает результаты в индивидуальную карту беременной.

Паспортные данные:

- Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.
- Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, пожилая первородящая – 26-30 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.
- Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).
- Профессия.

При наличии профессиональной вредности с целью исключения неблагоприятного влияния производственных факторов на организм

беременной и плод следует немедленно решить вопрос о рациональном трудоустройстве женщины. Если по месту работы имеется медсанчасть, сведения о беременных передают цеховым врачам – терапевту и гинекологу – с рекомендациями женской консультации, а из медсанчасти запрашивают выписку из амбулаторной карты женщины. В дальнейшем женщину наблюдает врач женской консультации, но врачи медсанчасти обеспечивают антенатальную охрану плода (гигиенические мероприятия, ультрафиолетовое облучение, лечебная гимнастика до 30 недель беременности). Несмотря на то, что многие предприятия имеют медсанчасти, более целесообразно наблюдать беременных по месту жительства. Это обеспечивает более качественное и квалифицированное наблюдение и уменьшает число осложнений во время беременности и родов.

При первом обращении беременной в консультации на нее заводят "Индивидуальную карту беременной и родильницы", куда заносят данные подробно собранного анамнеза, включая семейный анамнез, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.

АНАМНЕЗ

Анамнез помогает врачу выяснить условия жизни, влияние перенесенных общесоматических и инфекционных заболеваний (рахит, ревматизм, скарлатина, дифтерия, вирусный гепатит, тифы, туберкулез, пневмония, болезни сердца, почек), заболеваний половых органов (воспалительные процессы, бесплодие, нарушение менструальной функции, операции на матке, трубах, яичниках), бывших беременностей и родов на развитие настоящей беременности.

Семейный анамнез дает представление о состоянии здоровья членов семьи, проживающих вместе с беременной (туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания, злоупотребление курением), и наследственности (многоплодные беременности, сахарный диабет, онкологические заболевания, туберкулез,

алкоголизм).

Необходимо получить сведения о перенесенных женщиной заболеваниях, особенно о краснухе, хроническом тонзиллите, болезнях почек, легких, печени, сердечно-сосудистой системы, эндокринной патологии, повышенной кровоточивости, операциях, переливаниях крови, аллергических реакциях и др.

Акушерско-гинекологический анамнез должен включать сведения об особенностях менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалах между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и аборт, массе новорожденного, развитии и здоровье имеющихся в семье детей, использовании контрацептивных средств. Необходимо уточнить возраст и состояние здоровья мужа, его группу крови и резус-принадлежность, а также наличие профессиональных вредностей и вредных привычек у супругов.

Объективное обследование проводят врач-акушер, терапевт, стоматолог, отоларинголог, окулист, при необходимости – эндокринолог, уролог.

При выявлении у беременной экстрагенитальной патологии терапевт должен решить вопрос о возможности вынашивания беременности и, в случае необходимости, произвести дополнительные исследования или направить беременную в стационар.

Стоматолог должен не только произвести осмотр, но и санацию полости рта. Акушер-гинеколог контролирует, как выполняются рекомендации специалистов при каждом посещении консультации беременной. При наличии высокой степени миопии, особенно осложненной, необходимо получить конкретное заключение окулиста о ведении или исключении второго периода родов. В случае показаний проводят медико-генетическое консультирование. Повторные осмотры терапевтом - в сроки 30 и 37-38 недель беременности, а стоматологом – в 24 и 33-34 недели.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

При взятии беременной на учет проводят общий анализ крови,

определяют реакцию Вассермана, ВИЧ-инфекцию, группу крови и резус-принадлежность у обоих супругов, уровень сахара крови, общий анализ мочи, анализ выделений из влагалища на микрофлору, кала - на яйца гельминтов.

При наличии в анамнезе мертворождений, невынашивания следует определить содержание гемолитинов в крови беременной, установить группу крови и резус-принадлежность крови мужа, особенно, при определении резус-отрицательного типа крови у беременной или группы крови 0(I). Кроме того, нужно произвести реакцию связывания комплемента с токсоплазменным антигеном (мы считаем, что от внутрикожной пробы следует отказаться, так как она не является неспецифичной).

В дальнейшем лабораторные исследования проводят в следующие сроки:

- общий анализ крови – 1 раз в месяц, а с 30 недель беременности – 1 раз в 2 недели;
- анализ мочи в первой половине беременности - ежемесячно, а затем - 1 раз в 2 недели;
- уровень сахара в крови – в 36-37 недель;
- коагулограмма – в 36-37 недель; RW и ВИЧ – в 30 недель и перед родами;
- бактериологическое (желательно) и бактериоскопическое (обязательно) исследования выделений из влагалища – в 36-37 недель;
- ЭКГ – в 36-37 недель.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В течение беременности следует измерять рост и массу тела женщины. Определение антропометрических показателей является необходимым условием для диагностики ожирения, контроля увеличения массы тела беременной. Очевидно, что чем раньше женщина посетит консультацию, тем более достоверные данные получит врач.

При установлении повышенного артериального давления в ранние сроки беременности необходимо обследование для исключения или подтверждения гипертонической болезни. В поздние сроки беременности дифференциальная

диагностика гипертонической болезни и позднего гестоза усложнена. Обязательно следует установить величины артериального давления до беременности, так как повышение его до 125/80 мм рт.ст. у женщин с гипотонией может быть симптомом, характерным для нефропатии.

Осмотр беременной включает оценку ее телосложения, степени развития подкожной основы, определение видимых отеков, состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.

Наружное и внутреннее акушерское исследование включает измерение таза, определение состояния половых органов и, начиная с 20 недель беременности, измерение, пальпацию и аускультацию живота.

При первом влагалищном исследовании, которое производят два врача, помимо определения величины матки, необходимо установить наличие экзостозов в малом тазу, состояние тканей, наличие аномалий развития половых органов. Кроме того, измеряют высоту лона (4 см), так как при наличии высокого лобкового симфиза и наклонном его положении к плоскости входа емкость таза уменьшается.

Пальпация живота позволяет определить состояние передней брюшной стенки и эластичность мышц. После увеличения размеров матки, когда становится возможной наружная ее пальпация (13-15 недель), можно определить тонус матки, величину плода, количество околоплодных вод, предлежащую часть, а затем, по мере прогрессирования беременности, - членорасположение плода, положение его, позицию и вид. Пальпацию проводят, используя 4 классических акушерских приема (по Леопольду – Левицкому, см. метод. практ. нав.).

Аускультацию тонов сердца плода проводят с 20 недель беременности. Следует указать, что даже четкое определение ритмичных шумов до 19-20 недель беременности не свидетельствует о наличии сердечных тонов, поэтому фиксировать в карте наблюдения сердцебиения плода до указанного срока нецелесообразно. Сердцебиение плода определяется акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а

также с помощью аппаратов УЗИ и доплерометрии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ДОРОДОВОГО И ПОСЛЕРОДОВОГО ОТПУСКА

Определение срока беременности и предполагаемой даты родов является чрезвычайно важным фактором, обеспечивающим своевременность диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от принадлежности женщин к определенным группам риска.

В соответствии с законодательством работающим женщинам независимо от стажа работы предоставляется отпуск по беременности и родам продолжительностью 140 (70 календарных дней до родов и 70 – после родов) дней. В случае осложненных родов – 86, а при рождении 2 детей и более – 110 календарных дней после родов.

Задача женской консультации – проявить максимальную объективность при определении срока родового и выдаче послеродового отпусков. Первый осмотр женщины в консультации должны проводить два врача для более квалифицированного заключения о сроке беременности. Если женщина согласна с установленным сроком, следует зарегистрировать это в карте наблюдения беременной. При возникновении разногласий необходимо немедленно определить срок беременности, используя все имеющиеся методы.

УЗИ во время беременности производят в динамике. Первое – в сроке до 12 недель – для исключения нарушений в системе мать-плацента; второе – в сроке 18-24 недели с целью диагностики врожденных пороков развития плода; третье – в сроке 32-34 недели для биометрии плода и выявления соответствия его физических параметров гестационному возрасту (признаки внутриутробной задержки развития плода).

ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

В комплексе физиопсихопрофилактической подготовки беременных к

родам входит гигиеническая гимнастика, которой рекомендуется заниматься ежедневно или через день с ранних сроков беременности под руководством инструктора лечебной физкультуры либо специально обученной медицинской сестры. Беременных после первичного обследования акушер-гинеколог и терапевт направляют в кабинет физкультуры с указанием срока беременности и состояния здоровья. Группы формируются из 8-10 человек с учетом сроков беременности. Занятия проводят в утренние, а для работающих беременных дополнительно в вечерние часы. Физические упражнения делят на 3 комплекса соответственно срокам: до 16 недель, от 17 до 32 недель и от 33 до 40 недель. Каждый комплекс упражнений предусматривает обучение определенным навыкам, необходимым для адаптации организма к соответствующему периоду беременности. Занятия гимнастикой целесообразно завершать ультрафиолетовым облучением, особенно в осенне-зимний сезон. Если беременная не может посещать кабинет физкультуры, ее знакомят с комплексом гимнастических упражнений, после чего она продолжает гимнастику дома под контролем инструктора каждые 10-12 дней.

Больные беременные женщины выполняют лечебную гимнастику дифференцированно, с учетом основного заболевания. Противопоказана физкультура при острых или часто обостряющихся и декомпенсированных соматических заболеваниях, привычных выкидышах в анамнезе и угрозе прерывания данной беременности.

При подготовке к родам беременных не только знакомят с процессом родов, но и обучают упражнениям по аутотренингу и точечному самомассажу как факторам, развивающим и укрепляющим волевые способности человека к самовнушению. Методика организации и проведения занятий по психофизической подготовке беременных к родам представлена в методических рекомендациях МЗ СССР "Физическая и психическая подготовка беременных к родам" (1990, приложение № 2). Беременных обучают правилам личной гигиены и готовят к будущему материнству в "Школах материнства", организуемых в женских консультациях с использованием демонстративных

материалов, наглядных пособий, технических средств и предметов ухода за ребенком. К посещению "Школы материнства" следует привлекать всех женщин с ранних сроков беременности. Беременным следует разъяснять важность посещения этих занятий. В консультации должна быть яркая информация о программе и времени проведения занятий. Непосредственными помощниками врачей при проведении занятий в "Школе материнства" являются акушерки и медицинские сестры по уходу за ребенком.

При проведении занятий по определенным дням недели целесообразно формировать группы численностью 15-20 человек, желательно с одинаковым сроком беременности. В группе могут быть беременные, находящиеся под наблюдением как одного врача, так и нескольких. Заведующая консультацией организует занятия, учитывая особенности местных условий, осуществляет контроль над работой "Школы материнства" и связь с территориальным центром здоровья для получения методической помощи и печатных материалов.

Учебный план "Школы материнства" предусматривает 3 занятия акушера-гинеколога, 2 педиатра и 1 юрисконсульта при его наличии. Учебный план и программа акушера-гинеколога в "Школе материнства" представлены в приложении. В целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья женщины и особенностях течения беременности врач женской консультации выдает на руки беременной при сроке беременности 30 недель "Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы".

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ

Правильно организованное рациональное питание является одним из основных условий благоприятного течения беременности и родов, развития плода и новорожденного.

Питание в первой половине беременности почти не отличается от рациона здорового человека. Общая энергетическая ценность пищи должна колебаться в зависимости от роста, массы и характера трудовой деятельности беременной. В первой половине беременности увеличение массы не должно превышать 2 кг, а

при дефиците массы – 3-4 кг. При ожирении беременная до 20 недель должна сохранить прежнюю массу или же похудеть на 4-6 кг (при ожирении II-III степени). Энергетическая ценность диеты для беременных до 16 недель, страдающих ожирением, не должна превышать 5024 кДж в сутки, а после 16 недель – 6113 кДж. Однако следует помнить, что полная женщина может похудеть за неделю не более чем на 1 кг, ибо чрезмерная потеря массы отрицательно скажется на состоянии ее здоровья.

Во второй половине беременности из рациона исключают мясные навары, острые и жареные блюда, пряности, шоколад, пирожные, торты, уменьшают количество поваренной соли. После 20 недель беременности женщине ежедневно следует потреблять 120 г мяса и 100 г рыбы в отварном виде. При необходимости мясо можно заменить сосисками или сардельками. Все виды продуктов нужно вносить в меню в определенной дозе. Прежде считалось, что молочные продукты, фрукты и ягоды можно есть без ограничений. Однако излишек в рационе фруктов, особенно сладких, неминуемо приводит к развитию крупного плода в связи с большим количеством фруктового сахара, который быстро накапливается в организме. В суточный рацион беременной должно обязательно входить подсолнечное масло (25-30 г), содержащее незаменимые ненасыщенные жирные кислоты (линолевую, линоленовую и арахидоновую). Рекомендуется ежедневно съедать до 500 г овощей. Они малокалорийны, обеспечивают нормальную работу кишечника, содержат достаточное количество витаминов и минеральных солей.

Самым доступным методом контроля режима питания является регулярное взвешивание беременной. В оптимальных случаях во время беременности масса женщины увеличивается на 8-10 кг (на 2 кг в течение первой половины и на 6-8 кг – во время второй, следовательно, на 350-400 г в неделю). Эти нормативы не являются эталоном для всех. Иногда рожают крупных детей и при увеличении массы в течение беременности до 8 кг. Но, как правило, это бывает, когда женщина излишне прибавляет в массе.

Рекомендуют такие примерные нормы увеличения массы во время

беременности с учетом конституции женщины: при первой беременности для женщин с астеническим телосложением – 10-14 кг, с нормальным – 8-10 кг, при склонности к полноте – 2-6 кг; при второй беременности – соответственно 8-10, 6-8 и 0-5 кг (в зависимости от степени ожирения).

Для эффективного контроля необходимо точно знать массу женщины до беременности или в ее ранние сроки (до 12 недель). Если у беременной масса соответствует росту, нет жалоб на повышенный аппетит, и она не рожала в прошлом детей с большой массой, ограничения в пище следует начинать после 20 недель беременности. При усиленном аппетите, чрезмерном увеличении массы, наличии в прошлом родов крупным плодом или родов, которые сопровождались осложнениями при массе ребенка 3700-3800 г, при ожирении, сужении таза нужно пересмотреть меню уже с 12-13 недель беременности и, прежде всего, ограничить углеводы и жиры.

ВЫДЕЛЕНИЕ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ГРУППАХ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией. Беременные, состоящие на учете в женской консультации, могут быть отнесены к следующим группам риска:

- с перинатальной патологией со стороны плода;
- с акушерской патологией;
- с экстрагенитальной патологией.

В 32 и 38 недель беременности проводят балльный скрининг, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

С 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска

повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска. В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют по графикам обл-, горздравотделов для профилактического лечения в определенные акушерские стационары. Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатывать совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, - последняя, но очень важная задача женской консультации. Своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска, врач женской консультации может считать свою функцию выполненной.

Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии. Установлено, что 2/3 всех случаев перинатальной смертности встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 1/3 общего числа беременных. На основе данных литературы, собственного клинического опыта, а также многоплановой разработки историй родов при изучении перинатальной смертности О.Г. Фролова и Е.Н. Николаева (1979) определили отдельные факторы риска. К ним отнесены только те факторы, которые приводили к более высокому уровню перинатальной смертности по отношению к этому показателю во всей группе обследованных беременных. Все факторы риска авторы делят на две большие группы: пренатальные (А) и интранатальные (В). Пренатальные факторы в свою очередь подразделяют на 5 подгрупп:

1. социально-биологические;
2. акушерско-гинекологического анамнеза;
3. экстрагенитальной патологии;
4. осложнений настоящей беременности;

5. оценки состояния внутриутробного плода.

Общее число пренатальных факторов составило 52.

Интранатальные факторы также были разделены на 3 подгруппы. Это факторы со стороны:

1. матери;
2. плаценты и пуповины;
3. плода.

Эта группа объединяет 20 факторов. Таким образом, всего было выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применена балльная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов. Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, авторы выделяют следующие степени риска: высокую – 10 баллов и выше; среднюю – 5-9 баллов; низкую – до 4 баллов. Самая частая ошибка при подсчете баллов заключается в том, что врач не суммирует показатели, кажущиеся ему несущественными, считая, что незачем увеличивать группу риска.

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности. В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода (определение эстриола, плацентарного лактогена в крови, амниоцентез с исследованием околоплодных вод, ФКГ и ЭКГ плода и т.д.).

Инфекционная патология репродуктивной системы женщин занимает значительную долю в структуре неблагоприятных перинатальных исходов, материнской заболеваемости и смертности. Нижние отделы генитального тракта у беременных с нарушением микроэкологии влагалища являются резервуаром огромного количества различных условно-патогенных микроорганизмов. Большое внимание уделяется разработке мероприятий по

повышению эффективности лечения нарушений влагалищного микробиоценоза при беременности: бактериального вагиноза и кандидоза.

В течении многолетних исследований сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии №1 СОГМА выявлена высокая эффективность применения озонированного физ. раствора в комплексной терапии бактериального вагиноза у беременных, что будет способствовать снижению числа осложнений гестации и уменьшению риска внутриутробного инфицирования плода (см. информационное письмо и акт внедрения «Эффективность влагалищного применения медицинского озона у беременных группы риска инфекционных заболеваний», Л.В.Цаллагова, Л.В.Майсурадзе, И.В.Кабулова, Владикавказ, 2013).

ПРОГРАММА

санитарно-просветительных занятий с беременными акушера-гинеколога в
"Школе материнства"

Занятие 1

Жизнь до рождения

Краткие сведения о строении и функционировании половой системы.

Женские и мужские половые клетки.

Зарождение новой жизни.

Факторы риска беременности.

Медицинское наблюдение за развитием беременности.

Занятие 2

Гигиенические правила в период беременности

Изменение стиля жизни.

Питание – как важный фактор для правильного развития беременности.

Личная гигиена.

Гигиеническая гимнастика

Психо-эмоциональная эволюция женщины во время беременности.

Занятие 3

Подготовка к "родам без страха"

Календарные сроки наступления родов.

Предвестники родов.

Подготовка к поступлению в родильный дом.

Периоды родов и их продолжительность.

Управление родами.

Рождение ребенка и первые часы после родов.

Лечебная гимнастика в послеродовом периоде.

Информация о помощи юриста по защите прав материнства.

Наглядные пособия: муляжи, таблицы или слайды по организации работы женской консультации и диспансерному наблюдению.

Формы контроля готовности аспирантов к занятию.

Опрос.

Тестовый контроль.

Решение ситуационных задач.

Вопросы для контроля знаний.

1. Приказ МЗСССР № 430 от 22.04.81 г. " Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации".
2. Основные задачи женской консультации.
3. Значение и формы санитарно-просветительской работы.
4. Классификация степеней риска беременных по сумме баллов.
5. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при неосложненном течении беременности и родов.
6. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при осложненном течении беременности и родах, при многоплодии.
7. Основные показатели деятельности женской консультации.

8. Оказание гинекологической помощи женщинам на промышленных предприятиях.
9. Профилактические осмотры женщин. Смотровые кабинеты.
10. Организация работы дневных стационаров при женских консультациях.
11. Сроки взятия на учет беременных.
12. Обследование беременных в женской консультации.
13. В какие сроки проводят УЗИ?
14. Сколько раз беременная должна посещать женскую консультацию до родов?
15. Какое обследование проводят беременной при каждом посещении?
16. Длительность отпуска по беременности и родам.

Вопросы, темы, предлагаемые аспирантов для самостоятельного изучения.

Структура женской консультации.

Задачи женской консультации.

Принципы работы женской консультации.

Задачи медико-генетического консультирования.

Основная документация женской консультации.

Цель занятия: изучить задачи и организацию работы женской консультации, принципы наблюдения беременных.

Студент должен знать: основные регламентирующие документы (приказы) по организации работы женской консультации, показатели работы женской консультации, сроки взятия беременных на учет, дородовой и послеродовой патронаж, периодичность посещения женской консультации, объем обследования во время беременности (сроки и цели УЗИ), организацию и методику проведения физиопсихопрофилактической подготовки (ФППП) к родам, пренатальные факторы риска, группы риска, сроки предоставления и продолжительность родового отпуска.

Студент должен уметь: провести анализ показателей работы женской консультации, подсчет факторов и оценку степени риска беременных по возникновению и развитию перинатальной, акушерской и экстрагенитальной патологии, заполнить индивидуальную карту беременных.

Содержание обучения

1. Приказ МЗСССР № 430 от 22.04.81 г. " Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации".
2. Основные задачи женской консультации.
3. Значение и формы санитарно-просветительской работы.
4. Классификация степеней риска беременных по сумме баллов.
5. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при неосложненном течении беременности и родов.
6. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при осложненном течении беременности и родах, при многоплодии.
7. Основные показатели деятельности женской консультации.
8. Оказание гинекологической помощи женщинам на промышленных предприятиях.
9. Профилактические осмотры женщин. Смотровые кабинеты.
10. Организация работы дневных стационаров при женских консультациях.
11. Сроки взятия на учет беременных.
12. Обследование беременных в женской консультации.
13. В какие сроки проводят УЗИ?
14. Сколько раз беременная должна посещать женскую консультацию до родов?
15. Какое обследование проводят беременной при каждом посещении?
16. Длительность отпуска по беременности и родам.

Наглядные пособия.

- а) муляжи;
- б) таблицы, мультимедийные презентации, методические пособия по организации работы женской консультации и диспансерному наблюдению.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Приказ МЗСССР № 430 от 22.04.81 г. " Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации".
2. Основные задачи женской консультации.
3. Значение и формы санитарно-просветительской работы.
4. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при неосложненном течении беременности и родов.
5. Продолжительность дородового и послеродового отпуска при осложненном течении беременности и родах, при многоплодии.
6. Основные показатели деятельности женской консультации.
7. Организация работы дневных стационаров при женских консультациях.

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний.

1. Классификация степеней риска беременных по сумме баллов.
2. Оказание гинекологической помощи женщинам на промышленных предприятиях.
3. Профилактические осмотры женщин. Смотровые кабинеты.
4. Сроки взятия на учет беременных.
5. Обследование беременных в женской консультации.
6. В какие сроки проводят УЗИ?
7. Сколько раз беременная должна посещать женскую консультацию до родов?
8. Какое обследование проводят беременной при каждом посещении?
9. Длительность отпуска по беременности и родам.

Формы контроля, используемые для определения готовности аспирантов к занятию и для последующего закрепления знаний.

Тестовый контроль.

1. Организация специализированного акушерского стационара, как правило, целесообразна для беременных с заболеваниями:
 - а) сердечно-сосудистой системы
 - б) почек
 - в) диабете и другой эндокринной патологии
 - г) со всеми перечисленными
 - д) ни с одним из перечисленных
2. Совместное пребывание матери и новорожденного организуется:
 - а) в специализированном родильном доме
 - б) в неспециализированном родильном доме
 - в) в наблюдационном отделении родильного дома
 - г) в послеоперационных палатах родильного дома
3. Минимальный интервал между беременностями, несоблюдение которого, как правило, увеличивает в 2 раза показатели материнской и перинатальной смертности, составляет
 - а) 5 лет
 - б) 4 года
 - в) 3 года
 - г) 2 года
 - д) 1 год
4. В структуре причин материнской смертности, как правило, первое место занимает
 - а) поздний гестоз беременных
 - б) экстрагенитальная патология
 - в) кровотечения
 - г) инфекция
 - д) разрыв матки

5. Основными качественными показателями деятельности родильного дома (отделения) являются все перечисленные, кроме
- а) материнской смертности
 - б) перинатальной смертности
 - в) заболеваемости новорожденных
 - г) средне-годовой занятости койки

Эталоны ответов: 1-г, 2-б, 3-г, 4-в, 5-г.

Ситуационные задачи.

Задача №1.

К участковому врачу женской консультации обратилась женщина с жалобами на задержку менструации (последняя была 7 недель назад), тошноту и иногда рвоту по утрам. В анамнезе 3 родов и 4 медицинских аборта. Соматически здорова. Гинекологические и венерические заболевания отрицают. Выражен цианоз слизистой влагалища. При влагалищном исследовании установлено: шейка охранена, наружный зев закрыт. Тело матки в гиперантефлексии, мягковатое, но при пальпации плотнеет, увеличена до 7 недель беременности. Выделения серозные.

Диагноз?

Определить тактику.

Задача №2.

Повторно беременная пришла к участковому акушеру на очередную явку. Жалоб не предъявляет. Консультацию посещает регулярно. Соматически здорова. Беременность протекала без осложнений. При обследовании обнаружено: еженедельная прибавка массы тела составила 300 г, АД - 120/80 мм рт. ст. - на обеих руках. Отеков нет. По данным анамнеза и объективным матка соответствует 30-недельному сроку беременности. Поставить диагноз.

Определить тактику ведения.

Задача №3.

В женскую консультацию обратилась повторно беременная 30 лет с жалобами на задержку менструации, тошноту, иногда рвоту, незначительные тянущие боли внизу живота. Последняя менструация 10 недель тому назад. Настоящая беременность 3-я. Первые 2 беременности закончились самопроизвольными выкидышами на сроке 9 и 11 недель. В прошлом медико-генетическое консультирование, обследования и реабилитация не проводились. Соматически здорова. Гинекологические и венерические заболевания отрицают.

При объективном обследовании выявлено: выражен цианоз влагалища, увеличение матки до 10 недель беременности. Тело ее мягковато, слегка асимметрично. Выделения из влагалища серозные. Диагноз? Тактика ведения.

Литература:

Основная литература:

1. Айламазян Э.К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с.
2. Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.:

Дополнительная литература:

1. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с.

«АБОРТЫ. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС. ХОРИОНКАРЦИНОМА.»

План:

Аборты.

1. Определение понятия.
2. Классификация.
3. Клиническое течение.
4. Диагностика.
5. Лечение и прогноз.

Пузырный занос.

1. Определение понятия.
2. Этиология.
3. Клиника.
4. Диагностика.
5. Лечение и прогнозы.

Хорионкарцинома.

1. Определение понятия.
2. Гистологическая особенность и отличие от пузырного заноса.
3. Клиника.
4. Диагностика.
5. Лечение и прогноз.

I. Аборты. Определение понятия.

Абортом (от *aborire* – погибать, изгонять) называют прерывание маточной беременности с момента зачатия до 22 недель с одновременным или позже наступающим изгнанием плодного яйца через естественные родовые пути. Прерывание её в сроки от 22 до 28 недель, согласно номенклатуре ВОЗ, относят к очень ранним преждевременным родам и в большинстве развитых стран с этого срока гестации исчисляют перинатальную смертность. В нашей стране прерывание беременности при сроке 22-28 недель относят к преждевременным

родам, если новорожденный прожил 7 дней после рождения. Если гибель произошла ранее 7 дней после рождения, то это считается поздним выкидышем.

Классификация. Аборт в течение первых 14-15 недель называется ранним, после этого срока – поздним.

По характеру возникновения аборт делится на 2 основные группы: **самопроизвольные и искусственные.**

Самопроизвольный аборт (*abortus spontaneus*) происходит без всяких вмешательств, вопреки желанию женщины. Если самопроизвольные аборт повторяют более 2 раз, говорят о привычном аборте (выкидыше).

Искусственным абортом (*abortus artificialis*) называют преднамеренное прерывание беременности либо по собственному желанию, либо по рекомендации врача при наличии заболеваний, течение которых при беременности отягощается. Прерывание беременности вне лечебного учреждения есть криминальный аборт. В отличие от искусственных абортов, произведенных врачом в больничных условиях, все прочие виды их называют внебольничными абортами.

Этиология.

В этиологии самопроизвольного прерывания беременности в I триместре большую роль играют гормональные нарушения в организме матери. Наиболее частыми из них являются гипофункция яичников и гиперандрогения различного генеза (стертые формы), нарушение функции щитовидной железы (как повышение, так и снижение), диабет, инфекционные заболевания матери (хронический тонзиллит), инфекции мочевыводящих органов, местериоз, токсоплазмоз, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания половых органов и вирусные инфекции; пороки развития матки (внутриматочная перегородка, двурогая, однорогая, седловидная и реже двойная матка); генитальный инфантилизм; гестмико-цервикальная недостаточность, миома матки; хромосомные и генные аномалии;

изоантигенная несовместимость крови матери и плода по резус – фактору и системе АВО.

По своим клиническим симптомам и степени развития процесса внебольничные аборт разделяются на следующие виды:

- 1) угрожающий аборт (*abortus imminens*),
- 2) начавшийся аборт (*abortus incipiens*),
- 3) прогрессирующий аборт или аборт в ходу (*abortus progrediens*),
- 4) неполный аборт (*abortus incompeetus*),
- 5) полный аборт (*abortus compeetus*).

Особую форму представляет несостоявшийся аборт (*missed abortion*).

Часто внебольничные аборты осложняются инфекцией. По степени распространенности инфекции, клиническому течению и осложнениям их можно разделить на три вида:

- 1) аборт лихорадочный (*abortus febrilis*), сопровождающийся повышением температуры; инфицировано только плодное яйцо и оболочки;
- 2) аборт осложненный (*abortus complicatus*) – повышение температуры, инфекция проникла за пределы матки; наблюдается воспаление придатков, тазовой брюшины и клетчатки;
- 3) аборт септический (*abortus septicus*) – общие септические проявления: повышение температуры, ознобы, тахикардия.

Симптоматология абортов.

В отличие от поздних абортов, наступающих во второй половине беременности, при ранних абортах основным симптомом является кровотечение. Интенсивность его находится в прямой зависимости от степени отслойки плодного яйца и силы сократительной функции матки. При затяжных формах аборта незначительные кровянистые выделения в виде пятен с отхождением небольших сгустков могут длиться дни и недели.

Кровотечения из париетальной части, децидуальной оболочки, расположенной далеко от яйцевого ложа, незначительны и характеризуются отхождением темной крови иногда только в виде небольших коричневых пятен.

Наоборот, в случае нарушения базальной децидуальной оболочки, когда широко вскрываются межворсинчатые пространства и маточно-плацентарные сосуды, обильно выделяется алая и большие сгустки.

Второй симптом раннего аборта – боли. Чем больше срок беременности и, следовательно, значительнее размеры объекта изгнания, чем совершеннее схватки, тем выраженнее бывают схваткообразные боли.

Третий симптом аборта – отхождение частей плодного яйца. Этот симптом свидетельствует о прогрессирующем течении аборта, то есть о том, что беременность сохранить невозможно. Необходимо собирать все куски тканей, отходящие вместе с кровью для последующего их исследования.

Клиническое течение и лечение отдельных видов аборта.

Угрожающий аборт проявляется ощущением тяжести или небольшой тянущей болью внизу живота и в области крестца. При позднем аборте боль может быть схваткообразной. Кровянистые выделения незначительны или отсутствуют. Тонус матки повышен. Шейка матки сохранена. Зев закрыт. Величина матки соответствует сроку беременности.

Угрожающий аборт следует дифференцировать от злокачественных или доброкачественных заболеваний шейки матки. Для этого необходим осторожный осмотр в зеркалах, а иногда кольпоскопия или биопсия.

При перерождении беременности в пузырный занос – величина матки больше срока предполагаемой гестации; бывают специфические выделения в виде пузырьков. Эта патология отличается характерной картиной при УЗИ, сердцебиение отсутствует. Угрожающей аборт следует дифференцировать от внематочной беременности. При этом больные жалуются на кровянистые выделения, боль билатеральную или генерализованную, нередко обморочные состояния, чувство давления на прямую кишку или мочевого пузырь. Во время бимануального исследования отмечается болезненность при движении за

шейку матки, она меньших размеров, чем должна быть к сроку гестации, нередко пальпируются утолщенная труба, нависание сводов.

Для уточнения диагноза и контроля за течением беременности, кроме общеклинических методов исследования, целесообразно использовать такие тесты:

- измерять ректальную температуру, и если на выше 37° без приема препаратов – это благоприятный признак;
- определять уровень хориогонического гонадотропина;
- производить УЗИ.

Лечение при угрожающем аборте должно быть комплексным: постельный режим, седативные средства, спазмолитики. В случае неясного генеза выкидыша специфическую терапию (гормональное лечение, иммуноцитотерапию) проводить нецелесообразно. Могут быть использованы немедикаментозные и физиотерапевтические методы: иглорефлексотерапия, электроанальгезия, эндоназальная гальванизация, а также спазмолитики, препарат Магне-В₆. При позднем угрожающем выкидыше назначают бета-миметики, индометацин.

До начала лечения в I триместре необходимо сделать УЗИ для определения жизнеспособности эмбриона, так как нередко признаки угрозы появляются уже после гибели плода.

Установив, что сердцебиение у эмбриона есть, пациентке назначают комплексное лечение, в том числе:

1. Физический и сексуальный покой.
 2. Психотерапию, седативные средства: отвары пустырника, валерианы.
- Основная задача лечения психовегетативного синдрома – снизить уровень тревоги, изменив отношение женщины к психотравмирующим факторам и настроив её на благополучный исход беременности с помощью психотерапии, иглорефлексотерапии и устранения болевого синдрома. Если терапия, корригирующая психовегетативные нарушения, не проводится, одно лишь медикаментозное лечение невынашивания недостаточно эффективно.

3. Магне-В₆ назначают практически всем пациенткам как базисную терапию, вне зависимости от патогенетических механизмов привычного невынашивания. Магне-В₆ принимают по 4 таблетки в день: 2 утром и 2 на ночь или по одной утром и в обед и 2 табл. на ночь. Длительность приема – от 2 недель и практически на протяжении всего срока беременности, что определяется самочувствием пациентки. Он оказывает выраженный седативный эффект, уменьшает боли внизу живота и пояснице, нормализует работу кишечника. Магне-В₆ комбинированный препарат, состоящий из солей магния и витамина В₆ (пиридоксина). Ионы магния уменьшают нервно-мышечную возбудимость нейронов и замедляют нервно-мышечную передачу. Дефицит магния вызывает мышечную слабость, тремор, тетанию, повышенную рефлекторную возбудимость, нарушение сердечного ритма, расстройство сна. Витамин В₆ —участвует в качестве кофермента во многих метаболических процессах.

4. Спазмолитики: дротаверин (но-шпа) внутрь по 40 мг 3 раза в день, а в случае выраженности боли – по 2 мл (40 мг) 2-3 раза в день.

5. Если невынашивание обусловлено недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ), то с 6 недель следует назначить дидрогестерон (дюфастон) в таблетках по 10 мг 2 раза в день или прогестерон в капсулах по 100 мг 2-3 раза в день внутрь или вагинально. Гормональная терапия может быть продолжена до 16 недель беременности – до окончания формирования плаценты. Чтобы уменьшить дозу лекарственных средств, гормональное лечение сочетают с физиотерапией, например, с эндоназальной гальванизацией, иглорефлексотерапией.

В последние годы внимание врачей привлекает метод лимфоцитоиммунотерапии (ЛИТ) – иммунизация беременной лимфоцитами мужа или донора в зависимости от совместимости по системе НУА. Этот метод стимулирует развитие плаценты, значительно уменьшает случаи плацентарной недостаточности, токсикоза первой и второй половины беременности, задержки внутриутробного развития плаценты.

Противопоказано лечение ЛИТ при аутоиммунных нарушениях и заболеваниях.

У 36% пациенток с яичниковой и смешанной формами гиперандрогении возникает угроза прерывания беременности. Определение уровня и динамики ХГ, ДЭА-С (дегидроэпиандростерон-сульфата), 17-КС, эстрадиола (E₂) и прогестерона (P) необходимо для подбора гормонального лечения.

Терапию дексаметазоном назначают для уменьшения сочетанного действия андрогенов на эмбрион. Гиперандрогения в гораздо большей степени нарушает его развитие, чем та доза глюкокортикоидов, которую рекомендуется применять – не более 0,5 мг дексаметазона в день.

Пациентам с яичниковой формой гиперандрогении лечение прекращают после 16 недель, а при смешанной форме продолжают практически до конца беременности, но не позднее 35-36 недель. Нередко в эти сроки развивается токсокоз второй половины, из-за чего лечение дексаметазоном по 35-36 недель не показано.

Однако, во всех случаях угрозы преждевременного прерывания беременности лечение глюкокортикоидами должно быть продолжено.

Во II триместре беременности важно следить за состоянием шейки матки, причем не только с помощью УЗИ, но и при влагалищном исследовании, поскольку у 30,8% женщин не исключена возможность ИЦН.

С первых недель беременности необходима профилактика плацентарной недостаточности и активации вирусно-бактериальной инфекции.

При подозрении на инфекционный генез прерывания беременности необходим контроль за активацией бактериальной и вирусной инфекции (каждые 2 недели). Лечебные меры в I триместре несколько ограничены в связи с опасностью использования некоторых медикаментозных средств в период эмбриогенеза. Тем не менее рекомендуется ввести иммуноглобулин в/в капельно по 25 мл через день 3 раза. Если есть опасность обострения вирусной инфекции, назначают октогам в/в по 2,5 г через 2 дня 2-3 раза. Эти лечебно-профилактические меры показаны в 7-8 недель беременности.

С первых недель беременности необходима профилактика плацентарной недостаточности – лимфоцитотерапия лимфоцитами мужа, актовегин по 1 драже 3 раза в день не менее месяца или в/в по 5 мл в 200 мл физиологического раствора через день 5 раз.

Для успешного течения беременности целесообразно использовать препарат Магне-В₆.

В I триместре беременности проводить лечение антибиотиками не рекомендуется. При появлении в шейке матки хламидий, микоплазмы, уреоплазмы, стрептококка группы В применяют вагинально эубиотики (ацилакт, примадофилус, бифидус) и ждут 13-14 недель, когда можно будет назначить этиотропную терапию.

В случае выявления вагиноза в I триместре рекомендуется обрабатывать влагалище мирамистином. При кандидозе используют бороглицерин или обрабатывают влагалище раствором бриллиантового зеленого.

Во II триместре беременности продолжается микробиологический и вирусологический мониторинг, микроскопия мазков.

Отличительная особенность этого периода – контроль за состоянием шейки матки, так как возможна ИЦН, причем УЗИ недостаточно.

Вне зависимости от того, обнаружена или нет ИЦН, имеется ли обострение инфицирования, проводят 2 курс профилактики активации вирусной инфекции: вводят иммуноглобулин - в/в капельно 25 мл через день (всего 3 капельницы) или октагам – в/в капельно по 2,5 г 2-3 раза, назначают ректальные свечи с вифероном – по 2 свечи в день 10 дней.

Во II триместре также необходим контроль за состоянием плода методом доплерометрии плодоплацентарного и маточно-плацентарного кровотока. Одновременно проводят курс профилактики плацентарной недостаточности: актовегин – в/в капельно по 5 мл в 200 мл физиологического, чередуя с инстеноном – по 2 мл в 200 мл физиологического раствора, всего по 5 капельниц. Вводить инстенон надо очень медленно, так как может быть сильная головная боль.

При невозможности проведения курсов профилактики путем в/в трансфузий можно рекомендовать таблетированный прием актовегина, троксевазина в течение месяца.

Одной из причин прерывания беременности является истмиоцервикальная недостаточность – ИЦН. С целью сохранения беременности рекомендуют хирургическую коррекцию ИЦН, которую осуществляют от 11 до 27 недель. Для профилактики внутриматочной инфекции целесообразно производить операцию в 13-17 недель, когда отсутствуют значительное укорочение и раскрытие шейки матки.

Начавшийся аборт.

Схваткообразная боль и кровянистые выделения более выражены, чем при угрожающем аборте. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Канал шейки матки закрыт или слегка приоткрыт, но при истмиоцервикальной недостаточности он несколько расширен, поэтому болевые ощущения менее выражены или отсутствуют, таким образом, при начавшемся аборте в противоположность угрожающему выкидышу имеются структурные изменения шейки матки.

Дифференциальный диагноз следует проводить с угрожающим абортом, неполным абортом и ИЦН.

Если кровянистых выделений больше, чем при угрожающем выкидыше, следует учесть, что возможны:

- 1) кровотечения из второго рога матки при пороках её развития,
- 2) менструально подобное кровотечение в дни ожидаемой менструации,
- 3) гибель одного эмбриона из двойни и естественная элиминация погибшего эмбриона,
- 4) отслойка хориона с образованием ретрохормальной гематомы или отслойка по краю хориона или плаценты,
- 5) предлежание хориона или плаценты.

В любой из этих ситуаций необходимо срочно определить группу крови, резус-принадлежность, сделать общий анализ крови, гемостазиограмму и УЗИ.

Если состояние пациентки компенсированное и определяется живой эмбрион, следует установить также величину отслойки и её характер (ретрохориальная или по краю без образования гематомы), осторожно произвести осмотр в зеркалах, убрать сгустки крови, осмотреть шейку матки. Влагалищное исследование нецелесообразно, так как есть данные УЗИ.

Лечение. Для остановки кровотечения положительные результаты дает транексамовая кислота: она способствует приклеиванию хориона или плаценты и оказывает антифибринолитическое действие. Выпускается препарат в таблетках, капсулах, гранулах, сиропе и растворе. Вводит его целесообразно внутривенно капельно по 5 мл (250 мг) в 200 мл физиологического раствора 1-2 раза в день или в/м по 2 мл (100 мг) 2-3 раза в день. После остановки кровотечения препарат необходимо принимать в виде таблеток еще 4-5 дней.

При отсутствии транексамовой кислоты можно вводить свежезамороженную плазму.

Рекомендуется этамзилат в/м по 2 мл 2-3 раза в день, а затем в таблетках по 250 мг 3 раза в день до полной остановки кровотечения.

Одновременно с кровоостанавливающими средствами назначают спазмолитики, Магне-В₆, противоанемические средства. После прекращения кровотечения показан вобензим по 3 таблетки 3 раза в день за 40 минут до еды.

Вобензим выпускается в драже. Состав его: панкреатин, бромелайн, амилаза, химотрипсин, папаин, липаза, трипсин. Он обладает противовоспалительным, местным, противоотечным и рассасывающим действием; ускоряет лизис токсических продуктов обмена веществ и отмирание тканей; улучшает рассасывание гематом и отеков, нормализует проницаемость стенок сосудов, нормализует вязкость крови и улучшает микроциркуляцию, снабжение тканей кислородом и питательными веществами.

При подтекании околоплодных вод беременность сохранять нецелесообразно. Проводят инструментальное опорожнение матки: вакуум-экскохлеацию, выскабливание.

Аборт в ходу – характеризуется схваткообразной болью внизу живота, выраженным кровотечением. Плодное яйцо изгоняется в канал шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище. Такой аборт завершается неполным или полным абортом.

Неполный аборт. Возникают схваткообразные боли внизу живота, плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, что, сопровождается кровотечением разной интенсивности и может быть угрожающим для жизни женщины. Матка мягковатой консистенции, величина её меньше, чем должна быть при предполагаемом сроке беременности. В ней обычно задерживаются части плодного яйца. Канал шейки матки обычно проходим для одного исследующего пальца.

В связи с тем, что кровотечение может быть обильным необходима неотложная помощь: срочно сделать анализ крови, определить её группу и резус-принадлежность. Состояние больной стабилизируется трансфузией жидкости. Абортцангом удаляют остатки плодного яйца, производят вакуум-аспирацию или кюратаж. После этого назначают антибактериальную терапию, а при необходимости – противоанемическую. Пациенткам с резус-отрицательной кровью показано введение иммуноглобулина анти-резус.

При полном аборте, который чаще наблюдается в поздние сроки беременности, плодное яйцо выходит из полости матки. Она сокращается, кровотечение прекращается. При бимануальном исследовании матка хорошо контурируется, размер её меньше соответствующего срокам гестации, цервикальный канал может быть закрыт.

В случае полного аборта в сроки гестации до 14-16 недель целесообразно выскабливание стенок матки, так как есть большая вероятность, что части плодного яйца могли остаться в её полости. В более поздние сроки при хорошо сократившейся матке его не производят. Назначают антибиотики, лечат анемию

и вводят иммуноглобулин анти-резус пациенткам с резус-отрицательной кровью.

Несостоявшийся аборт (неразвивающаяся беременность) чаще наблюдается при привычном невынашивании, гиперандрогении, аутоиммунных нарушениях. Клинически размеры матки меньше срока гестации, сердцебиение плода не определяется, уменьшаются субъективные признаки беременности, иногда периодически могут быть мажущие кровянистые выделения.

Диагноз подтверждается УЗИ. У пациенток с длительной задержкой плодного яйца в полости матки (4 и более недель) возможны коагулопатические осложнения.

Врачу необходимо исследовать систему гемостаза, определить группу крови и резус принадлежность женщины и иметь все необходимое для остановки коагулопатического кровотечения. При сроке беременности до 12-14 недель возможно одномоментное извлечение плодного яйца (предпочтение должно быть отдано вакуум – аспирации).

Для удаления погибшего плода во II триместре беременности можно использовать специфические методы: интраамниоптическое введение простогландина F_{2a}, интравагинальное – суппозиторий простогландина E₂, введение в/в больших доз окситоцина по методу Гуртового Б.Л.

Вне зависимости от выбранного метода, чтобы лучше открыть шейку матки, показано введение ламинарии в цервикальный канал на ночь перед опорожнением матки.

Если течение самопроизвольного аборта длительное (начинающийся, неполный), микрофлора способна проникнуть из влагалища в полость матки с последующим развитием хориоамнионита, эндометрита. Инфицированный аборт может стать причиной генерализованных септических заболеваний.

В зависимости от степени распространения инфекции выделяют аборт неосложненный инфицированный (инфекция локализуется в матке), осложненный инфицированный (инфекция не выходит за пределы матки) и септический (процесс принимает генерализованный характер). Степенью

распространения инфекции и определяется в основном клиническое течение инфицированного аборта.

При ведении пациенток необходимы мониторинг жизненно важных функций и диуреза. Производят анализ крови с определением числа тромбоцитов, уровня электролитов, белков крови, креатинина, гемастазиограммы. Гематокрит должен быть не менее 30-35%.

Проводят интенсивное и комплексное лечение, применяют антибиотики широкого спектра действия (антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и иммунокорригирующая терапия).

В зависимости от состояния больной и степени тяжести инфекции производят оперативные вмешательства от кюретажа до экстирпации матки.

В настоящее время установлено, что септический аборт всегда является показанием к хирургическому лечению, так как прежде всего должен быть удален источник инфицирования.

При сроке беременности до 12 недель с помощью кюретки или вакуум-аспиратора удаляют содержимое матки (контроль – УЗИ или гистероскопия). Если сохраняется клиническая картина сепсиса, то производят чревосечение и экстирпацию матки с придатками.

II. Пузырный занос.

Одним из заболеваний хориональной оболочки является гестационная трофобластическая болезнь – пузырный занос (*mola hydatidosa*) – это перерождение ворсин хориона в виде пузырьков с отеком. Процесс может поразить всю ворсистую оболочку или только часть её. Пузырный занос развивается обычно в ранние сроки беременности, чаще всего на 5-ой неделе, с началом развития кровообращения плода, и лишь изредка встречается при доношенной беременности. При пузырном заносе ворсистая оболочка или плацента превращаются макроскопически в массу пузырьков различной величины, похожих на виноградные гроздья. Каждый из пузырьков микроскопически представляет собой перерожденную ворсинку: на поверхности пузырьков в несколько слоев залегают беспорядочно разросшиеся

синтициальные клетки, под ними слой регенеративных клеток (Лангханса), а в центре – отечная эмбриональная ткань мезенхимы. В некоторых случаях измененные ворсинки децидуальную ткань, миометрий и даже серозный покров матки. В этих случаях имеет место разрушающий пузырьный занос (*mola ditatidosa destruens*). При этой форме возможны опаснейшие внутрибрюшинные и наружные кровотечения. Сама опухоль приобретает злокачественное течение.

Часто пузырьный занос сопровождается образованием быстрорастущих двухсторонних опухолей яичников, достигающих размеров от куриного яйца до кулака. Это – лютеиновые кисты (кисты желтого тела), выстланные изнутри слоем лютеиновых клеток, характерная особенность этих кист та, что после опорожнения матки они подвергаются обратному развитию и через 2-4 недели исчезают.

Этиология пузырьного заноса не выявлена. При пузырьном заносе резко возрастает количество хориального гонадотропина в моче, которое превышает 50 000 ед. в одном литре мочи (при нормальной беременности – 5000-10000 ед.), поэтому количественный анализ хориального гонадотропина может служить основанием для ранней диагностики пузырьного заноса.

Клиника пузырьного заноса – кровотечения различной силы и продолжительности; они обычно начинаются с 3-го месяца беременности или позднее и неоднократно повторяются. Кровотечению обычно предшествует задержка месячных, появление сомнительных признаков беременности. Имеет место несоответствие срока беременности и величины матки, которая чрезвычайно быстро увеличивается в объеме.

В I триместре могут появиться признаки гестоза в виде артериальной гипертензии, протеинурии, отеков. При поздних сроках беременности отсутствуют достоверные признаки беременности в виде определения частей, сердцебиения и движения плода.

Рождение пузырьного заноса чаще происходит самостоятельно на 4-6 месяце беременности. При частичном пузырьном заносе беременность может продолжаться до 10 лунного месяца. Опасность пузырьного заноса заключается

в том, что после него нередко возникает злокачественная опухоль – хорионэпителиома.

Диагностика. Распознавание пузырного заноса основывается на описанных клинических признаках и результатах дополнительных исследований: УЗИ, гистологическом исследовании, определение высоких концентраций хориогонического гонадотропина (бета-субединицы) и трофобластического бета-глобулина в биологических жидкостях организма. Пузырный занос следует дифференцировать от выкидыша, многоплодной беременности и хориокарциномы.

Терапия пузырного заноса состоит в изгнание плодного яйца. Эвакуация пузырного заноса осуществляется с помощью кюретки и вакуум-эксхолеатора. Выскабливание матки кюреткой опасно из-за возможности перфорации истонченной стенки матки, что исключается при использовании вакуум-эксхолеатора. При достаточном раскрытии маточного зева возможно проведение пальцевого удаления пузырного заноса. При значительном кровотечении и больших размерах плода (свыше 20 недель беременности) может быть произведена лапаротомия с гистеректомией. В течение года после удаления пузырного заноса необходимо систематическое наблюдение за женщиной с определением уровня хорионического гонадотропина в крови и моче. Женщина должна предохраняться от беременности в течение 2-х лет.

Инвазивный пузырный занос характеризуется проникновением пузырьков заноса в толщу стенки матки. Клиника характеризуется кровянистыми выделениями из матки после удаления из неё пузырного заноса, сохраняющимся увеличением размеров матки, болями внизу живота, крестце, пояснице, высоким уровнем ХГ в крови и моче.

Диагноз устанавливается при гистологическом исследовании опухоли в удаленной матке.

Лечение хирургическое: экстирпация матки с последующим назначением лекарственных препаратов, как при хорионэпителиоме. Химиотерапию

метатрексатом используют в случае повышения титра ХГ через 8 недель после удаления матки.

III. Хорионкарцинома (хорионэпителиома) – злокачественная опухоль развивается из эпителия хориона. Существенное отличие её от пузырного заноса состоит в следующем: при пузырном заносе разрастанию подвергаются синтиций, клетки Лангханса и мезодермальная соединительная ткань; при хорионкарциноме мезодермальная строма отсутствует, разрастаются только эпителиальные элементы, преимущественно синтиций.

Развитие опухоли характеризуется маточными кровотечениями, больная худеет, повышается температура, иногда появляется кашель, боли в груди, кровохарканье, что указывает на метастазы в легких. Метастазы в головном мозге вызывают боли и другие неврологические симптомы. Метастазы в органах пищеварения вызывают тошноту, рвоту, боли, кровотечения. Источником наружного кровотечения могут быть метастазы во влагалище.

Важный симптом – быстро прогрессирующая анемия, которая является следствием как маточных кровотечений так и интоксикации, обусловленной всасыванием продуктов распада опухоли.

Клетки хориокарциномы обладают выраженной способностью вырабатывать хориогонический гонадотропин (ХГ), циркулирующий в крови и экскретируемый с мочой и трофобластический бета-глобулин (ТБГ), секретируемый в кровь.

Диагноз хорионкарциномы основывается на клинических данных и результатах определения ХГ в крови и моче, ТБГ в сыворотке крови, гистологического исследования соскоба из матки, ангиографии, рентгенологического исследования легких.

В анамнезе больных имеются указания на появление кровотечений из половых органов. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. Тело матки увеличено до 8 недель беременности и более, имеет мягковатую консистенцию, что симулирует беременность.

Большое значение имеет осмотр шейки матки при помощи зеркал, при котором можно обнаружить метастазы опухоли во влагалище в виде темнокрасных или синюшных возвышений и узелков.

Важную роль в распознавании заболевания играет определение большого содержания ХГ в моче и сыворотке крови, однако при некрозе опухоли уровень ХГ может быть низким. С успехом применяют иммунологический тест на ТБГ, который у 95% больных оказывается положительным. Окончательный диагноз может быть установлен только при гистологическом исследовании материала. Хориокарциному следует дифференцировать от неполного аборта, эктопической беременности, плацентарного полипа, субликозной миомы и дисфункциональных маточных кровотечений.

Ранний диагноз важен для прогноза лечения. При благоприятных диагностических характеристиках удается добиться полного излечения и сохранить возможность иметь беременность и роды в будущем.

Неметастатическая хорионкарцинома характеризуется отсутствием метастазов и распространения опухоли за пределы матки. Излечение при этом наступает более чем у 90% больных без гистерэктомии.

В отношении прогноза лечения метастатическая хорионкарцинома может иметь благоприятные характеристики (метастазы только в области таза и/или в легкие; титр ХГ в моче менее 100000 МЕ/сутки; лечение начато в течение 4-х месяцев от начала заболевания) и неблагоприятные (метастазы локализируются в области таза, легких, а также в печени, костях, головном мозге; ХГ более 100000 МЕ/сутки, лечение начато позже 4-х месяцев после установления диагноза).

При локализованной хорионкарциноме матки применяют химиотерапию: метатрексат по 15-20 мг в/м или в/в ежедневно в течение 5 дней с интервалами 2-4 недели до полной ремиссии, которая подтверждается 3 нормальными еженедельными анализами ХГ. Если содержание ХГ сохраняется на высоком уровне или увеличивается проводят сочетанную химиотерапию; при отсутствии полного эффекта показана гистерэктомия.

Аналогичную тактику используют при метастатической хорионэпителиоме с благоприятными прогностическими признаками. Кроме метатрексата самостоятельное лечебное значение имеет дактиномицин (10 мгк/кг в/в ежедневно в течение 5 дней с интервалами 2-3 недели).

Более сложным является лечение больных с запущенными проявлениями хорионэпителиомы матки. Применяют комбинацию метатрексата с дактиномицином, рубомицином или адреамицином; в резистентных случаях комбинацию цисплатина с винбластином и блеомицетином.

Применение одного лекарственного средства, низких доз препаратов, большие интервалы между их введениями способствуют появлению резистентных случаев болезни, при метастазах в головной мозг применяют лучевую терапию.

I. Основные вопросы темы для освещения на лекции.

Аборты.

1. Понятие об аборте.
2. Классификация абортов.
3. Клиника, диагностика и лечение угрожающего аборта.
4. Клиника, диагностика и лечение начавшегося аборта.
5. Клиника, диагностика и лечение аборта в ходу и неполного аборта.
6. Клиника, диагностика и лечение неразвивающейся беременности.
7. Инфицированный аборт. Классификация, клиника и лечение.

Пузырный занос.

1. Понятие о пузырьном заносе.
2. Гистологическая характеристика пузырьного заноса.
3. Макроскопия пузырьного заноса.
4. Клиника, диагностика.
5. Лечение.
6. Инвазивный пузырьный занос.
7. Диагноз и особенности лечения.
8. Пика-лютеиновые кисты, сопровождающие пузырьный занос.

9. Тактика и контроль эффективности лечения.

Хорионкарцинома (хорионэпителиома).

1. Понятие о хорионкарциноме.
2. Гистологическая характеристика.
3. Клиника заболевания.
4. Диагностика.
5. Лечение.
6. Прогноз, зависимость от особенностей метастазирования.
7. Дифф. диагноз с пузырным заносом.

II. Перечень наглядных пособий, используемых на лекции.

Таблицы:

- нарушение маточной беременности;
- пузырный занос;
- деструктивный занос.

Слайды по теме.

Муляж матки.

III. Вопросы темы, предлагаемые для разбора на практических занятиях:

- этиология, клиника, диагностика и лечение абортов;
- этиология, клиника, диагностика, лечение пузырного заноса, прогноз;
- этиология, клиника, диагностика, пути метастазирования и лечение хорионкарциномы;
- дифференциальная диагностика между описанными выше осложнениями беременности.

IV. Перечень наглядных пособий, используемых на практических занятиях.

1. Таблицы:

пузырный занос,
деструктивный пузырный занос.

2. Муляжи:

матка с плодным яйцом,
матка с нарушенной беременностью.

3. Инструменты:

зеркало Симпсона,
подъемник Отта,
маточный зонд,
четырёхзубцы (щипцы Мюзо),
двузубцы (пулевые щипцы),
абортцанг,
корнцанг,
расширители Гегара,
кюретка № 6, № 4.

4. Разбор историй болезни.

5. Осмотр и оценка извлеченных из полости матки тканей.

V. Формы контроля, используемые для определения готовности студентов

к занятию:

тестовый контроль,
решение ситуационных задач,
рецензия истории болезни.

VI. Вопросы темы, предлагаемые студентам для самостоятельного

изучения:

УЗИ диагностика аборта,
УЗИ диагностика пузырного заноса,
изучение средств, используемых для восполнения ОЦК,
изучение препаратов, применяемых для химиотерапии при хорионкарциноме

VII. Литература.

Обязательная:

Савельева Г.М. Акушерство, 2000 г.

Дополнительная:

Кулаков В.И. с соавторами. Национальное руководство по безопасному материнству, 2007 г.

«БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ПЛОДА».

Содержание занятия

1. Классификация тазовых предлежаний плода.
2. Диагностика тазовых предлежаний плода.
3. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода.
4. Течение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.
5. Ведение родов при тазовых предлежаниях плода.
6. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода (освобождение плечевого пояса и последующей головки).

Роды при тазовом предлежании плода существенно отличаются от таковых при головном предлежании. Основным отличием является высокая перинатальная смертность, превышающая потерю детей при родах в головном предлежании в 4-5 раз. Тазовое предлежание встречается в среднем в 3,5% всех родов. При преждевременных родах и многоплодии частота тазовых предлежаний плода увеличивается в 1,5-2 раза. 80 из 1000 детей, родившихся в тазовом предлежании, имеют травмы центральной нервной системы (кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга и разрывы мозжечкового намета). Общая частота заболеваемости новорожденных при родах в тазовом предлежании составляет 15-16%.

При тазовых предлежаниях могут быть следующие варианты членорасположения плода:

чисто ягодичное предлежание, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки к туловищу

плода (рис. 1),

смешанное ягодичное предлежание (предлежат ягодицы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах - плод "сидит по-турецки") (рис. 2),

ножные предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка). Редко встречается коленное предлежание, которое может быть полным и неполным.

ЭТИОЛОГИЯ

Причинами возникновения тазовых предлежаний могут быть чрезмерная подвижность плода при недоношенной беременности, многоводии, ограниченная подвижность плода при многоплодной беременности, маловодии, предлежании плаценты, препятствиях к установлению головки во входе в таз при узком тазе, опухолях матки и ее придатков, пороках ее развития, когда имеет место несоответствие формы плода и формы матки.



рис.1.



рис.2.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

Тазовые предлежания выявляют при наружном и влагалищном исследовании по следующим признакам:

1) Высокое стояние дна матки, связанное с расположением тазового конца плода над входом в таз.

2) При пальпации живота беременной определяют, что головка плода (округлое плотное ballotирующее образование) расположена в дне матки, а ягодицы (крупная, неправильной формы, не ballotирующая предлежащая часть)— над входом в таз.

3) Сердцебиение плода выслушивают на уровне пупка или выше.

4) Данные влагалищного исследования во время родов:

⊗ при ягодичном предлежании предлежащая часть мягкая, можно прощупать щель между ягодицами, крестец, половые органы плода;

⊗ при чисто ягодичном предлежании можно найти паховый сгиб;

⊗ при смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывают стопу, при пальпации крестца уточняют позицию и вид;

⊗ при ножных предлежаниях, чтобы ошибочно не принять ножку за выпавшую ручку, следует помнить отличительные признаки конечностей плода: —у ножки есть пяточная кость, пальцы ровные, короткие, большой палец не отставлен, его нельзя прижать к подошве в отличие от большого пальца ручки, легко прижимающегося к ладони;

—с ручкой можно «поздороваться»;

—колено отличают от локтя по подвижному надколеннику;

—стопа переходит в голень под прямым углом.

⊗ по расположению подколенной ямки можно определить позицию плода. При первой позиции подколенная ямка обращена влево, при второй— вправо.

5) При УЗИ легко выявляют тазовое предлежание.

Характер предлежания плода окончательно формируется к 34–36-й неделе беременности. Тазовое предлежание, диагностируемое до 28-й недели беременности, не требует лечения, достаточно динамического наблюдения. Поворот на голову происходит спонтанно до родов у 70% повторнобеременных с тазовым предлежанием и у 30% первобеременных женщин. Диагноз тазового

предлежания следует установить до 32–34-й недели на основании данных наружного и внутреннего акушерского исследования.

Из дополнительных методов исследования можно использовать ЭКГ плода, УЗИ. При ЭКГ желудочковый комплекс QRS плода обращён книзу (а не кверху, как при головном предлежании). Данные ЭКГ и кардиомониторирования позволяют также судить о состоянии плода и диагностировать патологию пуповины (обвитие, прижатие и др.).

Наиболее информативно проведение УЗИ, позволяющее определить не только предлежание и размеры плода, но и выраженные аномалии развития (анэнцефалия, гидроцефалия), локализацию плаценты. Очень важно установить вид тазового предлежания, проследить расположение нижних конечностей при ягодичном предлежании, определить, согнута головка или разогнута, каково расположение пуповины.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ

Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании

В конце беременности и в начале родов ягодицы стоят своим поперечным размером (*linea intertrochanterica*) над одним из косых размеров входа в таз (при переднем виде первой позиции - над левым косым размером). При влагалищном исследовании межвертельная линия (*linea intertrochanterica*) выполняет роль стреловидного шва, а роль малого родничка - крестец и копчик плода. Дополнительными ориентирами служат: седалищные бугры, межъягодичная борозда, заднепроходное отверстие, наружные половые органы и стопы плода (при смешанном ягодичном предлежании). Продвижение плода по родовому каналу начинается обычно после излития околоплодных вод.

Первый момент - внутренний поворот ягодиц.

Он начинается при переходе ягодиц из широкой части полости малого таза в узкую. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодиц оказывается в прямом размере таза, передняя

ягодица подходит под лонную дугу, задняя же устанавливается над копчиком. При этом туловище плода подвергается незначительному боковому сгибанию, обращенному выпуклостью кзади в соответствии с изгибом оси таза. Ведущая точка расположена на передней ягодице.

Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода (рис.3), рождение ягодиц.

Дальнейшее поступательное движение плода приводит к образованию точки фиксации (передняя подвздошная кость плода) и точки опоры (нижний край лонного сочленения), что способствует большему боковому сгибанию позвоночника плода. При этом задняя ягодица выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лонного сочленения окончательно выходит передняя ягодица. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли и ягодицы. Туловище при этом поворачивается спинкой несколько кпереди.

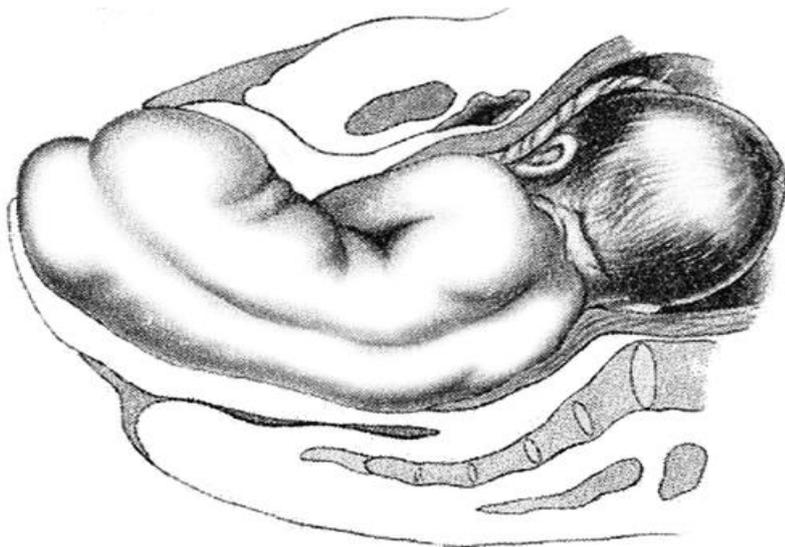


Рис.3.

Третий момент - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища.

Этот поворот происходит в узкой части полости малого таза и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. При этом спинка поворачивается в сторону, переднее плечико плода проходит под лонную дугу, а заднее устанавливается впереди копчика над промежностью.

Четвертый момент - боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника, рождение плечевого пояса.

Благодаря поступательному движению плода образуется вторая точка фиксации на переднем плече плода в месте прикрепления дельтовидной мышцы (верхняя треть плечевой кости). Точкой опоры является нижний край лона. Под действием родовых сил происходит сгибание туловища в шейно-грудном отделе позвоночника и рождение из родового канала плечевого пояса и ручек. В это время головка вступает своим малым косым размером в косой размер входа в таз, противоположный тому, в котором проходили плечики плода.

Пятый момент - внутренний поворот головки.

При переходе из плоскости широкой части полости малого таза в узкую головка совершает внутренний поворот, в итоге которого стреловидный шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка (третья точка фиксации) фиксируется под лонным сочленением.

Шестой момент - сгибание головки, рождение головки.

Следствием этого является прорезывание головки: последовательно выкатываются над промежностью подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании. Реже наблюдают прорезывание головки подзатылочно-лобным размером, что приводит к сильному растяжению промежности и, обычно, к ее разрыву.

Таким образом, ориентирами родов при тазовых предлежаниях плода служат:

- 1) Размер рождающейся окружности – линия *intertrochanterica* – 8 см.
- 2) 1-я точка фиксации – передняя подвздошная кость плода.
- 3) 2-я точка фиксации – верхняя треть плечевой кости плода.
- 4) 3-я точка фиксации – подзатылочная ямка.
- 5) Проводная точка – передняя ягодица.
- 6) Родовая опухоль – передняя ягодица.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Течение беременности при тазовых предлежаниях не отличается от течения беременности при головных предлежаниях. Роды при тазовом предлежании могут закончиться самопроизвольно, без осложнений. Однако течение родов при тазовом предлежании отличается от течения родов при головном предлежании рядом особенностей, которые могут оказаться опасными для плода, а иногда и для матери. Особенно неблагоприятны роды при тазовом предлежании для плода. Учитывая возможность развития осложнений в родах, все беременные с тазовым предлежанием должны быть госпитализированы в родильный дом за две недели до предполагаемого срока родов.

С самого начала родов могут возникать осложнения. Раскрытие зева обычно идет медленнее, даже при целом плодном пузыре. Ягодицы довольно долго находятся над входом в таз, не образуется пояс прилегания, не происходит разделения вод на передние и задние. Это ведет к развитию первичной слабости родовой деятельности, раннему излитию околоплодных вод и, нередко, к выпадению петли пуповины. Длительное течение первого периода родов и безводного промежутка способствует развитию внутриутробного страдания плода.

Период изгнания нередко осложняется вторичная слабость родовой сил. Особенно это опасно в тех случаях, когда потуги прекращаются в то время, когда ягодицы вставились в полость малого таза. Если при этом возникает показание к родоразрешению со стороны матери или плода, выполнить это, обычно, не удастся без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.

Серьезным осложнением родов при тазовом предлежании является преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве, когда ножки после излития околоплодных вод опускаются в родовые пути и энергично раздражают их стенки, усиливая этим родовую деятельность. Ножки, а затем ягодицы и туловище начинают быстро продвигаться вперед при недостаточно еще сглаженной и раскрытой шейке матки. В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не в состоянии пройти через

недостаточно раскрытый или спазмированный шейчный зев, что приводит к асфиксии и гибели плода, а при попытке извлечь задержавшуюся головку, кроме того, и к разрыву шейки матки или даже нижнего сегмента матки.

При прохождении головки по родовому каналу всегда имеет место прижатие петли пуповины головкой к стенкам таза. При задержке рождения головки это может привести к внутричерепной травме плода, асфиксии и его гибели. Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек. Длительное течение родов и длительный безводный промежуток способствуют развитию инфекции у матери и новорожденного.

Таким образом, при ведении родов в тазовом предлежании плода следует чаще прибегать к плановому или экстренному родоразрешению путем кесарева сечения. Акушерская или экстрагенитальная патология у беременных при тазовом предлежании являются основанием для выполнения планового кесарева сечения.

Осложнения во время родов - слабость родовой деятельности, гипоксия плода, выпадение мелких частей плода (ножек, ручек) и др. должны являться показаниями для экстренного проведения кесарева сечения. Особое место занимает крупный плод или плод с малой массой тела. Крупным плодом при тазовых предлежаниях считают плод с массой тела 3600 г и более. Самопроизвольные роды при тазовом предлежании оправданы при средней массе тела плода, отсутствии тяжелых заболеваний и акушерских осложнений у матери у повторнобеременных; в остальных случаях более оправдано кесарево сечение.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

При ведении родов при тазовых предлежаниях следует учесть, что хотя плод лежит в матке продольно с типичным членорасположением и, следовательно, роды в этих случаях являются физиологическими, однако, они легко переходят в патологические. Наиболее серьезные осложнения, как,

например, спазм внутреннего зева, образование заднего вида, нарушение членорасположения плода возникают, как правило, от несвоевременного или неуместного вмешательства в естественное течение родов.

Ведение периода раскрытия

Основной задачей при ведении первого периода родов при тазовых предлежаниях считают сохранение целостности плодного пузыря до наступления полного или почти полного открытия шейки матки. Для этого роженицу укладывают в кровать в положение на боку. Роженицу укладывают на ту сторону, где находится спинка плода, что препятствует предлежанию и выпадению пуповины. Мочеиспускание и дефекацию она должна производить на подкладном судне.

Операцию кольпектомии при тазовых предлежаниях плода в настоящее время не применяют.

В первом периоде родов целесообразно проводить наблюдение за состоянием плода и родовой деятельностью.

Независимо от целостности плодного пузыря необходимо осуществлять профилактику внутриутробной гипоксии плода внутренним введением препаратов, улучшающих микроциркуляцию и маточно-плацентарный кровоток через каждые 2-3 часа.

При несвоевременном (дородовом или раннем) излитии околоплодных вод с целью подготовки шейки матки к родам или для родовозбуждения назначают простагландины внутривенно капельно или в виде свечей и гелей во влагалище. Если через 3-4 часа хорошая родовая деятельность не развивается, роды необходимо закончить операцией кесарева сечения.

При возникновении в родах слабости родовой деятельности родостимуляцию должны производить только при открытии шейки матки на 5 см и более, при меньшем открытии шейки матки роды в интересах плода должны быть закончены операцией кесарева сечения.

Ведение периода изгнания

В периоде изгнания тактика врача должна быть выжидательной. Роженица

лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами; подошвы обеих ног упираются в матрац. В таком положении она в состоянии развить хорошую потужную деятельность, что является непременным условием правильного ведения родов в тазовом предлежании.

При тазовых предлежаниях клинически различают **четыре этапа родов: рождение плода до пупка, от пупка до нижнего угла лопаток, рождение плечевого пояса и рождение головки.** Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину. Если с момента рождения плода до пупка роды не заканчиваются в течение ближайших 5 минут, то плод родится в асфиксии. Если же это время составит 10 минут и больше, то плод, обычно, погибает.

В случае отсутствия мониторингового контроля сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги. Следует помнить, что в периоде изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается заметное ускорение сердцебиения плода вследствие раздражения n. splanchnicus в результате сдавления животика плода ножками. Это не должно быть показанием к оперативному родоразрешению. Физиологическим является и выделение мекония при тазовых предлежаниях.

Для предупреждения спазма шейки матки после прорезывания ягодиц и снятия тонуса мышц тазового дна необходимо внутривенное введение спазмолитиков, пудендальная анестезия с внутривенным введением атропина.

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. Как только ягодицы начали врезываться, роженицу укладывают на поперечную кровать. Во время потуг ей рекомендуют прижимать руками бедра к животу. Особенно важно это делать в конце периода изгнания: уменьшающийся при этом угол наклона таза способствует более легкому прохождению головки через таз. При прорезывании ягодиц с целью ускорения второго периода родов показана перинео- или эпизиотомия преимущественно у первородящих.

После прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию ручного пособия по методу Н. А. Цовьянова (рис.4).

Основная цель, которую преследует метод Цовьянова, - **сохранить физиологическое членорасположение плода (ножки вытянуты и прижаты к туловищу скрещенными в области грудной клетки ручками плода) и обеспечить продвижение плода по проводной линии таза (см. методичку по практическим навыкам).**

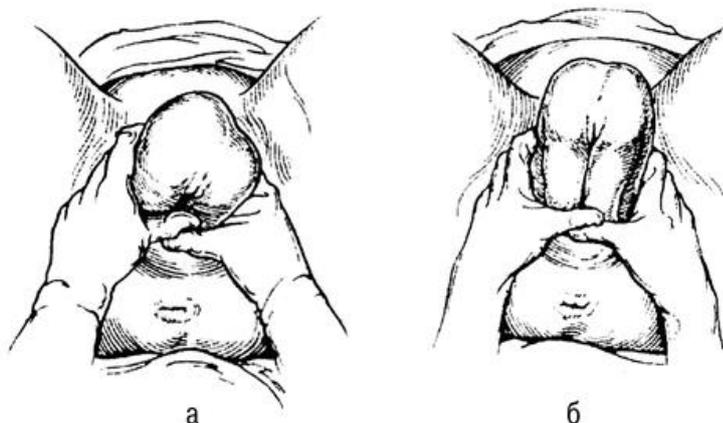


Рис.4. Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. а— захватывание туловища плода; б— по мере рождения туловище пропускают между руками.

Потужная деятельность приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса - в прямой размер выхода.

Ягодицы плода необходимо направлять несколько книзу, чтобы облегчить рождение передней ручки из-под лонной дуги. Для рождения задней ручки туловище плода приподнимают кверху и из крестцовой впадины освобождают заднюю ручку. После этого в глубине зияющей половой щели роженицы становится видным подбородок, ротик и ноздри плода. При нормальной потужной деятельности, для освобождения головки плода достаточно направить ягодицы плода книзу и кпереди, и головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

При ножных предлежаниях роды ведут по методу Цовьянова. Основная

цель, которую преследует метод ручного пособия при ножном предлежании (метод Цовьянова – II), сводится к предупреждению рождения ножек плода до полного раскрытия маточного зева (рис.5) и переводу ножного предлежания в смешанное ягодичное предлежание.



Рис.5. Ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях.

Для этого, покрыв половую щель роженицы стерильной пленкой, ладонной поверхностью правой руки, приставленной к половой щели, противодействуют преждевременному рождению ножек. Во время каждой потуги плод как бы "садится на корточки" внутри полового канала. В связи с этим ягодицы оказывают давление на шейный канал и способствуют его раскрытию. Ягодицы плода опускаются во влагалище и образуют с находящимися там ножками смешанное ягодичное предлежание. Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей частью, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги, стояние контрационного кольца на 5 поперечных пальцев выше лона. Когда ягодицы опускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. Это соответствует полному открытию маточного зева. Как только установлено полное раскрытие маточного зева, противодействия ножкам больше не оказывают, и ножки, а

вслед за ними ягодицы и туловище плода рождаются без затруднений до пупочного кольца, а затем до нижних углов лопаток. После рождения туловища до нижних углов лопаток, в связи с нарушением физиологического членорасположения плода - **оказывают классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях (освобождение плечевого пояса и освобождение последующей головки плода по Морисо-Левре).**

Правила оказания пособия:

- 1) **Первой освобождается задняя ручка.**
- 2) **Передняя ручка переводится в заднее положение.**
- 3) **Ручки освобождаются одноименными руками акушера (правая – правой, левая – левой).**
- 4) **Ручка освобождается 2-мя пальцами акушера, совершая «умывательное» движение.**
- 5) **Выведение головки по Морисо-Левре.**

Освобождение плечевого пояса слагается из двух моментов.

Первый момент - освобождение заднего плечика и ручки. Для этого плод захватывают рукой за обе голени, а туловище приподнимают вверх и отводят в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу, противоположному стороне освобождаемой ручки. После этого два или четыре пальца вводят в родовые пути со стороны той половины крестцовой впадины, к которой обращена спинка плода, до тех пор, пока они не дойдут до плечика плода, и, обогнув его, до локтевого сустава. Сгибают руку в этом суставе и, надавливая на предплечье, выводят ее из родовых путей по передней поверхности грудной клетки плода «умывательным» движением.

Одновременно с выведением задней ручки передняя часто рождается сама. Если этого не произошло, приступают ко второму моменту освобождения плечевого пояса - освобождению переднего плечика и ручки. Для этого необходимо предварительно перевести переднюю ручку кзади. С этой целью захватывают обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивают его в косо-задний размер таза, противоположный тому, в

котором оно находится. При этом нужно следить за тем, чтобы спинка, а, следовательно, и затылок были обращены кпереди к лону.

Освобождение последующей головки.

1 этап. Плод сажают на руку акушера, которая последней освобождала ручку.

2 этап. Сгибание головки - достигают следующим образом. Указательный и средний пальцы той же руки осторожно прижимают к верхней челюсти по сторонам носика, средний палец приставляют к подбородку, одноименные пальцы второй руки прижимают к плоду, причем средним пальцем надавливают на затылок, а остальные два пальца вилообразно располагают по бокам шеи, не надавливая на ключицы. Ладонь плотно прилегает к спинке плода. После этого палец, приставленный к подбородку, бережно приближает его к грудке плода, приставленный же к затылку - давит на затылок. Такое сочетанное воздействие на головку заставляет ее совершить сгибание.

3 этап. После сгибания головки положением обеих рук врача осуществляется и прорезывание головки. Для этого производят влечение головки сначала кзади, до появления волосистой части (подзатылочная ямка, точка фиксации), затем книзу и кпереди. Благодаря этому над промежностью выкатывается рот, нос, лоб и, наконец, затылок (метод Смелли-Файта). По методу Морисо-Левре для сгибания головки указательный и средний пальцы врач вводит в ротик плода (рис.6).

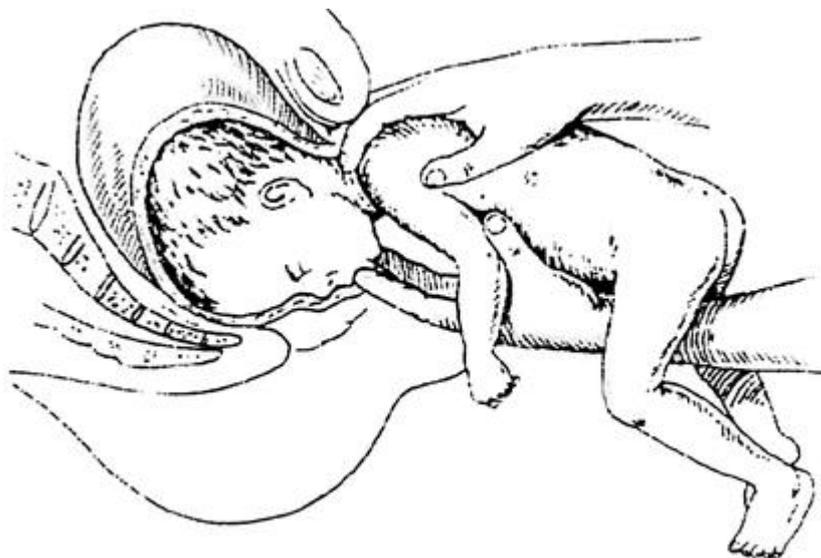


Рис.6. Рождение головки по методу Морисо-Левре-Ла Шапель.

Ведение последового и послеродового периодов не отличается от ведения этих периодов при головных предлежаниях.

ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА при тазовых предлежаниях плода:

·Беременность 39–40 нед. Крупный плод. Чистое ягодичное предлежание.

·Первый период родов. Смешанное ягодично-ножное предлежание плода.

Первичная слабость родовой деятельности.

·Второй период родов. Чистое ягодичное предлежание плода.

Наглядные пособия: Фантом женского таза, фантом плода, таблицы: 1) роды при тазовом предлежании плода, 2) пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода, 3) пособие по Цовьянову при ножных предлежаниях, 4) классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях плода.

Формы контроля готовности студентов к занятию.

Опрос.

Тестовый контроль.

Решение ситуационных задач.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия "тазовое предлежание плода".
2. Классификация тазовых предлежаний плода.
3. Частота тазового предлежания плода.
4. Этиология тазовых предлежаний плода.
5. Диагностика тазовых предлежаний плода.
6. Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
7. Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода.
8. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.
9. Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.

10. Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.

11. Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.

12. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову и Брахту в родах при тазовом предлежании плода.

13. Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

Вопросы, темы, предлагаемые студентам для самостоятельного изучения.

1. Современный взгляд на ведение родов при тазовых предлежаниях плода.
2. Ведение новорожденных.
3. Основные пути профилактики неблагоприятных исходов родов при тазовых предлежаниях плода.

I. Научно-методическое обоснование темы: Тазовые предлежания - продольные положения, при которых у входа в таз находится тазовый конец плода. Тазовое предлежание встречается в среднем в 3,5% всех родов. Тазовое предлежание относят к патологическому акушерству, так как роды в этом случае часто протекают с осложнениями.

II. Цель занятия: ознакомить студентов с классификацией, диагностикой, особенностями течения беременности и родов при тазовых предлежаниях плода.

Студент должен знать:

этиологию, классификацию, биомеханизм родов, особенности течения родов, применяемые пособия в родах, осложнения, возникающие в I и II периодах родов при тазовых предлежаниях плода.

Студент должен уметь: наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода; на фантоме продемонстрировать все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода; распознавать их при внутреннем исследовании; определить место нахождения предлежащей части в родовом канале; оказать ручное пособие по Цовьянову; классическое акушерское пособие; продемонстрировать

выведение головки плода по методу Морисо-Левре; правильно записать данные обследования в истории родов; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

III. Содержание обучения

1. Определение понятия "тазовое предлежание плода".
2. Классификация тазовых предлежаний плода.
3. Частота тазового предлежания плода.
4. Этиология тазовых предлежаний плода.
5. Диагностика тазовых предлежаний плода.
6. Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
7. Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода.
8. Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.
9. Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.
10. Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.
11. Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.
12. Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову в родах при тазовом предлежании плода.
13. Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

IV. Наглядные пособия.

- а) Фантом женского таза,
- б) фантом плода,
- в) таблицы: 1) роды при тазовом предлежании плода, 2) пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода, 3) пособие по Цовьянову при ножных предлежаниях, 4) классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях

плода.

г) клинические задачи.

V. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

- Определение понятия "тазовое предлежание плода".
- Классификация тазовых предлежаний плода.
- Частота тазового предлежания плода.
- Этиология тазовых предлежаний плода.
- Диагностика тазовых предлежаний плода.

VI. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний.

- Моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода.
- Особенности течения беременности при тазовом предлежании плода.
- Особенности течения и осложнения первого периода родов при тазовом предлежании плода.
- Особенности течения и осложнения второго периода родов при тазовом предлежании плода.
- Современные показания к родоразрешению путем операции кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода.
- Методы ручных пособий, применяемых в родах при тазовых предлежаниях плода.
- Осложнения, возникающие при оказании пособий по Цовьянову в родах при тазовом предлежании плода.
 - Классическое акушерское пособие при тазовом предлежании плода.

VII. Формы контроля, используемые для определения готовности студентов к занятию и для последующего закрепления знаний.

Тестовый контроль.

1. Различают следующие варианты тазовых предлежаний

1) чисто ягодичное

- 2) смешанное ягодичное (ягодично-ножное)
- 3) ножное (полное и неполное)
- 4) неполное смешанное (ягодично-пяточное)
- 5) верно 1), 2), 3)

2. Для чисто ягодичного предлежания плода характерно все перечисленное, кроме

- 1) ко входу в таз прилежат только ягодицы
- 2) ножки согнуты в тазобедренных суставах
- 3) ножки согнуты в коленных суставах
- 4) ножки разогнуты в коленных суставах
- 5) ножки вытянуты вдоль туловища

3. Для смешанного ягодичного предлежания плода характерно все перечисленное, кроме

- 1) ко входу в таз предлежат ягодицы и одна или обе ножки плода
- 2) ножки согнуты в тазобедренных суставах
- 3) ножки согнуты в коленных суставах
- 4) одна ножка может быть разогнута в коленном суставе и вытянута вдоль туловища
- 5) одна ножка может быть разогнута в тазобедренном и коленном суставе

4. Для полного ножного предлежания плода характерно

- 1) одна ножка разогнута в тазобедренном суставе и предлежит к входу в малый таз
- 2) одна ножка согнута в тазобедренном суставе и вытянута вдоль туловища
- 3) ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах
- 4) к входу в таз предлежат ягодицы и одна или обе ножки плода
- 5) к входу в таз предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах

5. При наружном акушерском исследовании в случае тазового предлежания плода определяют

- 1) высокое стояние дна матки
- 2) в дне матки – плотную, крупную, округлую часть плода
- 3) над входом в малый таз – менее объемную мягкую часть, не имеющую четких контуров
- 4) расположение места наиболее отчетливого выслушивания сердцебиения плода выше пупка
- 5) верно все перечисленное

6. Устойчивое тазовое предлежание плода формируется к

- 1) 22 нед. беременности
- 2) 26 нед. беременности
- 3) 30 нед. беременности
- 4) 34 нед. беременности
- 5) 38 нед. беременности

7. Проводной точкой в родах при чисто ягодичном предлежании является

- 1) копчик
- 2) передняя ягодичка
- 3) задняя ягодичка
- 4) половые органы
- 5) анус

8. Осложнения, которые бывают в I периоде родов при тазовом предлежании плода

- 1) преждевременное излитие околоплодных вод
- 2) слабость родовой деятельности
- 3) стремительные роды

4) выпадение петель пуповины

5) верно 1), 2), 4)

9. Осложнения, которые могут быть во II периоде родов при тазовом предлежании плода

1) запрокидывание ручек плода

2) разгибание головки плода

3) ущемление головки в тазе

4) гипоксия плода

5) верно все перечисленное

10. Показаниями к оперативному родоразрешению путем кесарева сечения при тазовом предлежании плода являются

1) масса плода 3600 г и более

2) разогнутое состояние головки III ст.

3) ножное предлежание плода при доношенной беременности

4) переносная беременность

5) верно все перечисленное

Эталоны ответов: 1-5, 2-3, 3-5, 4-5, 5-5, 6-4, 7-2, 8-5, 9-5, 10-5.

Ситуационные задачи.

Задача № 1

В родильное отделение поступила первородящая 17-ти лет с доношенной беременностью, без родовой деятельности, с излитием околоплодных вод два часа тому назад. На учете в женской консультации с 28 недель. Общая прибавка в весе – 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. Данная беременность - первая. На учете в женской консультации с 28 недель, посещения нерегулярные. Общая прибавка в весе - 13 кг, неравномерная, особенно за последние три недели. При поступлении: состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет, АД 140/100, 145/105 мм рт. ст., рост

162 см, вес 73 кг. Отеки нижних и верхних конечностей. Размеры таза: 26-28-30-19 см. Окружность Соловьева - 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10x10 см. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см. Предполагаемая масса плода 3800,0 г. При влагалищном исследовании диагностировано тазовое предлежание плода. Родовой деятельности нет. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 144 уд/мин. Подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 2

В родильное отделение поступила повторнородящая 30-ти лет со сроком беременности 38 недель с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов. Беременности: 1-я (8 лет назад) закончилась срочными родами в головном предлежании (3650, 0,53), без осложнений; 2-я (4 года назад) закончилась самопроизвольным выкидышем в сроке 12 недель с выскабливанием стенок полости матки, без осложнений; данная беременность - 3-я. Гинекологические заболевания отрицает. Течение данной беременности без осложнений. Общая прибавка в весе - 7 кг, равномерная. При поступлении: состояние удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 68 кг. Размеры таза: 26-29-31-21 см. Индекс Соловьева - 1,5. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11x10 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 36 см. Предполагаемая масса плода 3600,0 г. Объективно: схватки через 6-7 минут по 35 секунд хорошей силы, умеренной болезненности. Положение плода продольное, спинка определяется слева, мелкие части плода - справа. В дне матки определяется головка плода, предлежит тазовый конец, прижат ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Воды целы. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1,5-2,0 см, мягкая, центрированная, канал свободно пропускает 1 палец. Плодный пузырь цел. Предлежат ягодицы плода, прижаты ко входу в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов не выявлено.

Диагноз? План ведения родов?

VIII. Хронокарта учебного занятия

8.30-8.45 – Проверка исходного уровня знаний.

8.45.-9.00 – Вводная информация об основах перинатологии.

9.00-9.20 – Изложение основных сведений по этиологии, классификации и диагностике тазовых предлежаний плода.

9.20-9.10 – Демонстрация беременных с тазовыми предлежаниями плода.

9.50-10.10 – Решение клинических задач, тестов.

10.10-10.20 – Перерыв.

10.20-10.40 – Изложение основных сведений по биомеханизму родов при тазовых предлежаниях плода.

10.40-11.20 – Демонстрация беременных и рожениц.

11.10-11.30 – Решение клинической задачи, тестов.

11.30-11.40-Перерыв

11.40-12.00-Изложение основных сведений по ведению родов при тазовых предлежаниях плода.

12.00-12.20 Демонстрация беременных и рожениц.

12.00-12.30-Проверка конечного уровня знаний.

IX. Самостоятельная работа студентов.

1.Современный взгляд на ведение родов при тазовых предлежаниях плода.

2.Ведение новорожденных.

3.Основные пути профилактики неблагоприятных исходов родов при тазовых предлежаниях плода.

X. Литература:

Обязательная:

1.Акушерство: Учебник. Под редакцией Савельевой Г.М. - М.:Медицина, 2000. - 816 с.

Дополнительная:

1.Тазовое предлежание плода. 2-е издание: Руководство для врачей. Чернуха Е.А., Пучко Т.К. - М.:Геотар-Медиа, 2007. - 176с.

2.Акушерство: Национальное руководство. Росс. общество акуш. и гин. (М.), Ассоциация мед. обществ по качеству (М.), ред.: Э.К. Айламазян и др. – М. Геотар-Медиа, 2007. 1200с. – (Национальные руководства) (Национальный проект Здоровье).

«НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ.»

I. Научно-методическое обоснование темы: Изучение причин, клиники, осложнения при неправильных положениях плода. Определение тактики ведения беременности и рационального родоразрешения.

II. Цель: На основании знаний студент должен овладеть методами диагностики неправильных положений; на основании знаний показаний, противопоказаний и условий к операции акушерского поворота научить студентов технике акушерского поворота.

Студент должен знать:

1. Определение понятия акушерского поворота.
2. Диагностика поперечного и косого положения плода по данным наружного и внутреннего исследования.
3. Показания к наружно-внутреннему повороту.
4. Условия для производства наружно-внутреннего поворота.
5. Противопоказания к операции.
6. Подготовка к операции.
7. Обезболивание при различных видах акушерских поворотов.
8. Техника операций.
9. Осложнения при акушерских поворотах, исходы для плода.

Студент должен уметь:

8. Определять неправильные положения плода при помощи приемов Леопольда.
9. Определять позицию и вид плода при поперечном положении плода.

10. Выслушивать сердцебиение плода при поперечном положении плода.
11. Диагностировать неправильные положения плода при внутреннем исследовании.
12. Вести роды при неправильном положении через естественные родовые пути.
13. Выполнять этапы акушерского поворота на фантоме.
14. Уметь производить ревизию полости матки после выполнения поворота.

III. Содержание занятия:

К неправильным положениям плода относятся косые и поперечные.

Поперечным, или косым, называют такое положение плода, при котором ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол. Если головка находится слева, говорят о первой позиции, если справа - о второй. Смотря по тому, куда обращена спинка плода, различают и два вида позиций: передняя и задняя.

Причина поперечного положения плода зависит или от матки (*uterus arcuatus*), или от особенностей входа в таз (узкие тазы), или, наконец, от плода (небольшие его размеры). Многоводие, многоплодие, предлежание плаценты, преждевременные роды, отвислый живот, миома матки - факторы, способствующие поперечному положению.

К возникновению неправильных положений плода приводят пониженная возбудимость матки, недостаточность брюшного пресса, пространственное несоответствие полости матки и плода. Способствует этому узкий таз, короткая пуповина и т.д.

Диагностика неправильных положений основана на данных осмотра, наружного и влагалищного исследований. По данным наружного акушерского исследования для поперечного положения плода характерны: расположение крупных частей по бокам, низкое стояние дна матки, отсутствие предлежащей части, выслушивание сердцебиения на уровне пупка. По данным внутреннего

исследования при закрытой шейке отсутствует предлежащая часть; после раскрытия шейки матки можно определить ручку плода, реже бок плода.

Роды при поперечном и косом положениях сопровождаются опасными для жизни роженицы и плода осложнениями: преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, слабость родовых путей, выпадением ручки, запущенное поперечное положение плода, эндометрит в родах, внутриутробная асфиксия плода, разрыв матки.

Течение I периода родов характеризуется преждевременным или ранним отхождением околоплодных вод (вследствие отсутствия предлежащей части), возможностью восходящей инфекции. Поэтому беременная должна быть заблаговременно направлена в стационар при сроке беременности 34-35 недель, когда плод окончательно устанавливается в полости матки. Основная цель - предупредить несвоевременное излитие околоплодных вод и составить рациональный план родоразрешения.

Период изгнания, самопроизвольные роды при поперечном положении возможны лишь в исключительных случаях: при самоповороте, самоизвороте или сложенном вдовое плодом. При полном открытии зева - **внутренний классический поворот.**

Дородовое или с началом родовой деятельности отхождение вод, как правило, приводит к выпадению ручки и запущенному поперечному положению плода.

Запущенным поперечным положением плода называется такое его положение, когда во вход таза вколачивается плечевой пояс плода с появлением нижеперечисленных признаков:

1. Неподвижный плод.
2. Плечико стоит глубоко и неподвижно, ручка отечна и синюшна.
3. Плечико обычно отодвинуто в сторону вследствие того, что рядом с ним низко опустилась и грудка.
4. Шейка матки сильно вытянута кверху.

5. Влагалище чрезмерно узко, так как оно целиком выполнено вколотившимися частями.
6. Плод, как правило, погибает.

Методом родоразрешения в создавшейся акушерской ситуации является плодоразрушающая операция - декапитация.

В современном клиническом акушерстве при поперечных положениях плода чаще всего методом выбора является абдоминальное родоразрешение - кесарево сечение. В случаях сочетания неправильного положения плода с акушерской патологией: предлежанием плаценты, узким тазом, рубцом на матке, ХФПН, задержкой развития плода и др. кесарево сечение становится единственным абсолютным методом родоразрешения. В интересах плода абдоминальное родоразрешение также следует предпочесть, так как при естественном родоразрешении путем классического поворота показатель мертворождения составляет 50%.

Знания по условиям и технике проведения классического акушерского поворота необходимы, так как в некоторых акушерских ситуациях необходимость проведения операции может быть неизбежной (отказ от операции кесарева сечения).

IV. Перечень ТСО, наглядного пособия:

1. Кукла, таз, фантом
2. Рисунки поперечного и запущенного поперечного положения плода
3. Таблицы с рисунками этапов акушерского поворота

V. Фантомный курс.

АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ. КЛАССИЧЕСКИЙ ПОВОРОТ. НАРУЖНО-ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ.

Акушерским поворотом называется операция, с помощью которой поперечное или косое положение плода переводится в продольно-тазовое.

Внутренний классический поворот.

Необходимые условия:

1. Плод должен быть подвижен в полости матки.
2. Маточный зев должен быть полностью раскрыт.
3. Отсутствие значительного сужения таза. Истинная конъюгата должна быть не менее 8 см.
4. Плодный пузырь должен быть цел или, по крайней мере, в полости матки должно быть еще достаточное количество околоплодных вод.
5. Плод средних размеров.
6. Плод должен быть живым.

Противопоказания к повороту.

1. Преждевременное излитие вод.
2. Неподвижность плода.
3. Неполное раскрытие зева.
4. Крупный плод.
5. Мертвый плод.
6. Узкий таз.

Подготовка к операции.

1. Поворот следует производить на рахмановской кровати.
2. Поворот производят под общим обезболиванием.
3. Тщательная дезинфекция наружных половых органов роженицы и рук оперирующего врача.
4. Мочевой пузырь и прямая кишки должны быть опорожнены.
5. Поворот предпочтительнее делать под наркозом.

Техника операции.

В процессе внутреннего классического поворота принято различать 3 этапа:

1) введение руки, 2) отыскивание и захватывание ножки, 3) собственно поворот плода.

Введение руки. Во влагалище вводят руку, одноименную позиции, предварительно смазав ее стерильным вазелином. Тыльная поверхность кисти располагается на крестцовой впадине. Как только концы пальцев дойдут до

зева, наружную руку располагают на дне матки. Затем разрывают плодный пузырь и вводят руку в матку.

Отыскивание ножки. При переднем виде поперечного положения отыскивается нижележащая ножка, при заднем виде - верхележащая. Чтобы отыскать нужную ножку, нащупывается бок плода, скользят по нему от подмышечной впадины к тазовому концу и далее по бедру до голени и захватывают ножку. Ножку захватывают либо всей рукой в области голени, либо двумя пальцами в области лодыжек.

Собственно поворот плода. Захватив ножку, наружную руку с тазового конца плода переносят на головку и осторожно отодвигают ее кверху, ко дну матки. Внутренней рукой ножку низводят к низу и выводят наружу через влагалище. Поворот считается законченным, когда из половой щели покажется подколенная ямка.

Извлечение плода производится по методике классического ручного пособия и выведение головки по Морисо-Левре. После родоразрешения обязательным условием является ручное обследование полости матки.

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний

7. Причины неправильных положений плода.
8. Диагностика особенности неправильных положений плода.
9. Ведение беременности при неправильных положениях.
- 10.Сроки амбулаторного наблюдения и дородовой госпитализации.
- 11.Рациональную тактику родоразрешений.
- 12.Осложнения при неправильных положениях плода.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний

1. Данные влагалищного исследования при поперечном положении плода при целом плодном пузыре.
2. Данные влагалищного исследования при поперечном положении плода и отошедших водах.

3. Дифференциальная диагностика между ножным предлежанием и неправильном положении по данным влагалищного исследования.
4. Когда наружно-внутренний поворот следует считать выполненным.
5. Возможные осложнения для матери и плода.
6. Обосновать необходимость ручного обследования матки после завершения родов *per vias naturalis* при неправильном положении плода.

VIII. Тестовый контроль знаний

1. Наиболее частое осложнение в конце беременности при поперечном положении плода
 - а) патологический предвестниковый период
 - б) преждевременное излитие вод**
 - в) высокое стояние дна матки
 - г) урежение частоты шевелений плода

2. Позиция плода при поперечном положении определяется по расположению:
 - а) спинки
 - б) головки**
 - в) мелких частей
 - г) тазового конца

3. Какой метод родоразрешения следует считать правильным при поперечном положении плода:
 - а) кесарево сечение**
 - б) наружный поворот плода
 - в) классический акушерский поворот
 - г) амниотомия

4. Операция наружно-внутреннего поворота плода на ножку при поперечном положении плода считается законченной, если
 - а) выведена ножка плода до коленного сустава**

- б) выведена стопа плода
- в) плод рожден до нижнего угла передней лопатки
- г) плод рожден до пупка

5. Для поперечного положения плода характерно:

- а) головка высоко расположена над входом в малый таз
- б) предлежит тазовый конец
- в) предлежащая часть отсутствует**
- г) форма матки в виде продольно вытянутого овоида

6. Особенность ведения беременности с неправильным положением плода в условиях женской консультации является:

- а) госпитализация в сроке 35-36 нед.**
- б) наблюдение амбулаторно 1 раз в неделю
- в) назначение гимнастику по Диканю
- г) плановая госпитализация в 39-40 недель

7. Признаками запущенного поперечного положения плода является:

- а) матка плотно охватила плод, из-за чего пальпация частей плода затруднена
- б) контракционное кольцо стоит выше пупка и косо
- в) из влагалища свисает отечная синюшная ручка
- г) все ответы верны**

8. Поперечным положением плода называется такая клиническая ситуация, при которой

- а) ось плода пересекает ось матки под острым углом, а крупные части плода расположены выше гребня подвздошной кости
- б) ось плода пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза

в) ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребня подвздошной кости

г) ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза

д) ось плода совпадает с осью матки, а нижерасположенная крупная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза

9. При наружном акушерском исследовании в случае поперечного положения плода определяют

а) поперечно-овальную форму матки

б) высота стояния дна матки ниже соответствующего срока беременности

в) в боковых отделах матки обнаруживают крупные части

г) отсутствие предлежащей части

д) верно все перечисленное

10. После рождения первого плода в матке обнаружен второй плод в поперечном положении. Сердцебиение плода ясное, 136 уд./мин. Воды второго плода не изливались. Ваша тактика:

А) уточнить позицию второго плода

Б) произвести влагалищное исследование

В) вскрыть плодный пузырь

Г) произвести наружно-внутренний акушерский поворот

Д) все выше перечисленное

11. Повторнобеременная со сроком беременности 32 недели поступила в отделение патологии беременности. Поперечное положение плода. Жалобы на тянущие боли внизу живота. Матка возбудима. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, до 140 уд/мин. При влагалищном исследовании

шейка матки укорочена, цервикальный канал пропускает кончик пальца, прилежащая часть не определяется. Акушерская тактика:

- а) кесарево сечение
- б) наружный поворот плода
- в) мероприятия, направленные на сохранение беременности**
- г) родовозбуждение с последующим наружно внутренним

поворотом плода и экстракцией

- д) амниотомия

12. Повторнобеременная 28 лет поступила в роддом с отошедшими околоплодными водами при сроке беременности 37 недель. При осмотре матка в форме поперечного овоида. В боковых отделах матки определяются крупные части плода. Сердцебиение 140 ул/мин на уровне пупка справа. При влагалищном исследовании: влагалище , шейка матки длиной 2 см, наружный зев пропускает исследующий палец. Оболочки не определяются. Предлежащей части нет. Подтекают светлые околоплодные воды. Ваша тактика:

- а) провести родостимуляцию
- б) перевести в палату патологии и продолжить наблюдение
- в) провести экстренную операцию кесарево сечения**
- г) начать антибактериальную терапию и продолжать наблюдение в условиях родильного отделения

Х. Хронометраж занятия:

1. Введение - 5 минут.
2. Контроль исходного уровня знаний - 20 минут.
3. Курация беременной с неправильным положение плода - 20 минут.
4. Обработка этапов акушерского поворота на фантоме - 45 минут.
5. Итоговый контроль знаний с помощью решения ситуационных задач - 30 минут.
6. Подведение итога занятия - 15 минут.

7. Перерывы по 10 минут через 45 минут.

XI. Литература.

Основная литература:

- 1.Акушерство: учебник / Э.К. Айламазян - 7 -е издание, доп. - СПб :СпецЛит, 2010.
- 2.Акушерство : учебник / Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.

Дополнительная литература:

- 1.Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Под ред. В.И.Кулакова - М. ГЭОТАР - Медиа, 2006
- 2.Акушерство. Национальное руководство - М.:ГЭОТАР - Медиа, 2007.

«Невынашивание и перенашивание беременности»

ПЛАН

1. Этиология и патогенез невынашивания беременности.
2. Клиника, диагностика и лечение угрозы прерывания в I и II триместрах беременности.
3. Клиника, диагностика и лечение угрожающих преждевременных родов.
4. Тактика ведения преждевременных родов.
5. особенности ведения недоношенных новорожденных.
6. Этиология и патогенез перенашивания беременности.
7. Клиника, диагностика переношенной беременности.
8. Ведение беременности. Показания к кесареву сечению.
9. Характеристика новорожденных.

Невынашивание беременности - один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в течение многих лет и составляет 15 – 20 % всех желанных беременностей. Невынашивание беременности, оказывая отрицательное влияние на рождаемость, обуславливает

значительное повышение уровня перинатальной и детской смертности. В I триместре она может достигать 50 %, во II триместре – 20 %, В III триместре – 30 %. Столь высокий процент выкидышей в I триместре обусловлен тем, что это является своего рода естественным отбором, элиминацией аномально сформировавшегося эмбриона.

До 28 недель прерывание беременности происходит по типу самопроизвольного аборта. До 16 недель беременности различают ранний аборт, а с 17 по 27 неделю – поздний аборт.

Преждевременные роды считаются после 28 недель беременности до 38 – 39 недель. Различают так же привычный выкидыш (прерывание беременности более 2–х раз) и несостоявшийся выкидыш.

Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны. Условно их можно разделить на следующие основные группы: патологические состояния организма женщины, вирусная инфекция, эндокринная патология и бактериальная иммунологические факторы; генные и хромосомные нарушения; влияние факторов окружающей среды и т. д.

К патологическим состояниям организма женщины, в частности, относятся анатомические и функциональные изменения половых органов. Развитию функциональных изменений могут способствовать инфекционные заболевания, особенно в детском и пубертатном возрасте, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции (особенно гипофиза), стрессовых ситуаций, общих заболеваний. В 67 – 74 % случаев причиной прерывания беременности является гормональная недостаточность яичников и плаценты. К анатомическим изменениям половых органов относятся инфантилизм, пороки развития матки, истмико – цервикальная недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте и родах.

По данным литературы можно сделать вывод, что персистирующая вирусная (герпес, краснуха, цитомегаловирус) и бактериальная инфекция

(трихомоноз, микоплазмы, хламидии), являются одним из основных факторов прерывания беременности. Даже без прямого специфического действия инфекционных агентов на плод нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией их в эндометрии с развитием хронического эндометрита, ведут к прерыванию беременности. Кроме того, следует учитывать, что возбудители вирусных инфекций проникают через плацентарный барьер и активно размножаются в плаценте, повреждая ее и вызывая внутриутробное инфицирование плода.

Нейроэндокринные нарушения (функциональные изменения надпочечников, щитовидной железы) являются самостоятельным этиологическим фактором прерывания беременности. Тяжелые формы экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, анемия, пиелонефрит и т. д.) способствуют возникновению плацентарной недостаточности, что приводит к нарушению развития плода и невынашиванию беременности. К недонашиванию также приводят тяжелые токсикозы второй половины беременности, предлежания и преждевременная отслойка плаценты, многоводие, многоплодие, неправильное положение плода.

В последние годы большое внимание уделяется иммунологическим нарушениям в системе мать – плацента – плод. При этом отмечают усиление общей и локальной супрессивной активности, направленное на становление и поддержание иммунной толерантности материнского организма по отношению к плоду. Указывается на снижение иммунореактивности матери, что предрасполагает к преждевременным родам.

Обследование женщин с невынашиванием включает в себя подробное изучение наследственного анамнеза, условий труда, наличие профессиональных вредностей и неблагоприятных социальных факторов. Серьезное внимание следует уделять перенесенным заболеваниям в детстве и пубертатном возрасте, хроническим инфекциям, экстрагенитальной патологии. Необходимо выяснить состояние здоровья мужа, профессиональной вредности, вредные привычки, перенесенные заболевания.

Патогенетический механизм прерывания беременности объясняется повреждением ряда механизмов, таких как гормональный, генетический и иммунологический. В результате воздействия повреждающих факторов в области трофобласта развиваются гормональные нарушения и иммунологические реакции. В свою очередь цитотоксическое воздействие на трофобласт приводит к отслойке плаценты. При этом происходит активация простагландинов, гистаминов, кининов, серотонина, фибринолиза. Играет роль так же повышение возбудимости матки под воздействием вышеупомянутых причин.

При обследовании тщательно изучают особенности менструальной функции. При изучении генеративной функции выясняют особенности течения предыдущих беременностей и их исход. При наличии в анамнезе прерывания беременности важно уточнить срок, при котором оно произошло, характер лечения. Важным является уточнение времени наступления беременности после начала половой жизни, длительности первичного бесплодия до наступления первой беременности, характера обследования и лечения.

При привычном выкидыше необходимо уточнить сроки прерывания предыдущих беременностей, которые могут оказаться “критическими” при последующих беременностях. Обследования женщин необходимо начинать с общего осмотра – роста, массы тела, правильности телосложения и развития вторичных половых признаков, при этом отмечают выраженность и характер оволосения, ожирения.

При гинекологическом обследовании особое внимание обращают на строение наружных половых органов, выявление признаков генитального инфантилизма, аномалий развития и др.

Специальное обследование женщин с невынашиванием беременности включает в себя гистеросальпингографию, пневмопельвиографию, лапараскопию, ультразвуковое исследование, изучение эндокринной функции яичников (измерение базальной t, исследование функциональности состояния шейки матки), кольпоцитологическое исследование, определяют секрецию

гормонов (17 – кетостероидов, дегидроэпиандростерона, прегнандиола и тесторена).

Во время беременности важное диагностическое значение имеет определение содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты. К ним относятся эстрогены, прогестерон, хорионический гонадотропин, плацентарный лактоин.

КЛИНИКА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ В I И II ТРИМЕСТРЕ.

Наиболее часто беременные с угрозой прерывания жалуются на боли внизу живота и в пояснице, периодические напряжения матки.

В зависимости от выраженности симптомов различают следующие стадии прерывания беременности: угрожающий, начавшийся, аборт в ходу, неполный и полный аборт.

При угрожающем аборте отмечаются ощущения тяжести или незначительные тянущие боли внизу живота и в области крестца. При аборте во II триместре боли могут быть схваткообразного характера. Кровянистые выделения, как правило, отсутствуют либо могут быть в виде прожилок крови в слизистом отделяемом из шейки матки. Шейка матки не укорочена, наружный зев закрыт, тонус матки повышен. Величина матки соответствует сроку беременности.

При начавшемся выкидыше схваткообразные боли более выражены, чем при угрожающем аборте, появляются кровянистые выделения. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шейка матки сохранена, канал ее закрыт или слегка приоткрыт. При истмико – цервикальной недостаточности канал шейки матки бывает несколько расширен, поэтому болевые ощущения менее выражены или отсутствуют.

Аборт в ходу характеризуется схваткообразными болями внизу живота, выраженным кровотечением. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо находится в начале шейки матки, нижний полюс его может выступать во

влагалище. Аборт в ходу может завершиться неполным или полным абортом. При неполном аборте, когда плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, наблюдаются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности. Канал шейки матки раскрыт, матка мягкой консистенции, величина ее меньше, чем должна быть в соответствии с предполагаемым сроком беременности. В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее часть.

При полном аборте, который чаще наблюдается в поздние сроки беременности, плодное яйцо полностью выделяется из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается.

При длительном течении самопроизвольного аборта (угрожающего, неполного) возможно проникновение микрофлоры из влагалища в полость матки с последующим развитием хорионита, амнионита, эндомиометрита. Инфицированный аборт может стать причиной генерализованных септических заболеваний вплоть до септического шока.

В зависимости от распространения инфекции различают неосложненный инфицированный (инфекция локализуется в матке), осложненный инфицированный (инфекция не выходит за пределы малого таза) и септический (процесс принимает генерализованный характер) аборт. Клиническое течение инфицированного выкидыша определяется в основном степенью распространения инфекции.

Механизм самопроизвольного прерывания беременности может быть различным в зависимости от причин прерывания беременности. В одних случаях сначала возникают сокращения матки, которые вызывают отслойку плодного яйца. В других случаях сокращения матки предшествует гибель плодного яйца. Иногда отслойка плодного яйца и сокращения матки происходят одновременно.

При несостоявшемся аборте, неразвивающейся беременности после гибели плодного яйца сокращения матки не возникают, погибшее плодное яйцо не изгоняется из матки и подвергается вторичным изменениям, околоплодная

жидкость постепенно всасывается. Если сокращения матки, появившиеся после гибели плодного яйца, недостаточны для его изгнания, то происходит медленная отслойка плодного яйца, которая может сопровождаться длительным необильным кровотечением, приводящим к анемии. Такой аборт называется затяжным.

При истмико – цервикальной недостаточности аборт чаще всего начинается с преждевременного излития околоплодных вод. Плодное яйцо опускается в расширенный канал шейки матки, оболочки инфицируются и вскрываются. Выкидыш, как правило, происходит быстро и безболезненно.

У женщин, страдающих привычным невынашиванием, более чем у 50 % из канала шейки матки выделяются в большом количестве условно – патогенные микроорганизмы: генитальные микоплазмы, микроорганизмы из семейства энтеробактерий, анаэробные неспорообразующие микроорганизмы. Чаще всего условно – патогенная флора высевается у женщин с истмико – цервикальной недостаточностью, особенно при плорабировании плодного пузыря в связи с благоприятными условиями для инфицирования его нижнего полюса восходящим путем из нижних отделов половых путей.

При анализе исходов беременности в зависимости от характера микрофлоры половых путей нами обнаружено, что у женщин, у которых при беременности в канале шейки матки в большом количестве были обнаружены условно – патогенные микроорганизмы, самопроизвольные выкидыши происходили в 3,6 раза, а преждевременные роды в 2,5 раза чаще, чем в группе женщин с нормальной сапрофитной микрофлорой.

Антибактериальная терапия часто дает кратковременный эффект. При повторных обследованиях удается наблюдать смену одних условно – патогенных видов микроорганизмов другими. В условиях длительной госпитализации на фоне сниженного иммунологического статуса женщины создаются условия, благоприятные для селекции госпитальных штаммов микроорганизмов.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ В I И II ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ.

Лечение беременных с самопроизвольными выкидышами в анамнезе следует начинать до появления клинических признаков угрозы прерывания. Необходима ранняя госпитализация на длительный срок до получения четких объективных данных о том, что процессы функционирования плаценты полностью обеспечивают развивающийся плод.

При угрозе прерывания беременности в I триместре независимо от причины лечение должно быть комплексным:

1. Постельный режим.
2. Психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (Inf. Herbae Leonuri 15,0:200,0) по 1 столовой ложке 3 раза в сутки; отвар валерианы (Inf. rad. Valerianae 20,0:200,0) и настойка пустырника (T – raе Leonuri 20,0) по 1 столовой ложке 3 раза в сутки. Во II – III триместре беременности при выраженных психоэмоциональных перегрузках можно использовать такие препараты как триоксазин по 0,3 г 2 – 3 раза в сутки, тазепам по 0,01 г 2 раза в сутки, седуксен в дозе 0,005 г 1-2 раза в сутки. Создание спокойной обстановки, уверенности в благополучном завершении беременности, правильного отношения к терапии – необходимые предпосылки для успешного лечения.
3. Спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 г – 4 раза в сутки. В случае выраженных болей применяют но-шпу по 2 мл внутримышечно 2 – 3 раза в сутки, баралгин в дозе 2 мл внутримышечно.
4. Патогенетически обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы, гормональных показателей, величины КПИ, срока беременности. Дозы лекарственных средств подбирают под контролем клинических и лабораторных данных.

5. Немедикаментозные и физиотерапевтические методы лечения: иглорефлексотерапия, эндоназальная гальванизация, электроаналгезия, которым следует отдавать предпочтение при лечении беременных женщин.

У женщин с гипофункцией яичников, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки гормональное лечение следует начинать с 5 недель беременности с назначения небольших доз микрофоллина по 0,0125 или 0,025 мг (1/4 или 1/2 таблетки) в сутки. В 7 недель беременности к терапии микрофоллином следует добавить лечение туриналом по 0,005 г (1 – 2 таблетки) в сутки. При низкой экскреции ХГ внутримышечно вводят хориогонин в дозе 750 – 1000 ЕД 2 раза в неделю. Дозы гормональных препаратов следует подбирать в зависимости от показателей гормонального статуса организма. Если отмечается высокий КПИ, в канале шейки матки большое количество слизи (феномен зрачка +++), то следует уменьшить дозу эстрогенов или увеличить дозу гестагенов (туринал, прогестерон). При отставании роста матки от такового в соответствующий срок беременности и сухой стенке влагалища терапию эстрогенами следует усилить.

Гормональную терапию у этой категории больных следует продолжать до 15 – 16 нед, пока не закончится формирование плаценты. В 12 – 14 нед. прекращают прием микрофоллина, в 15 – 16 нед. – туринала. Вместо туринала можно использовать прогестерон (1 мл 0,1 % раствора внутримышечно через день; на курс 10 инъекций), а в дальнейшем перейти на 12,5 % раствор 17 α – оксипрогестерона капроната (2 мл 1 раз в 10 дней).

В отсутствие признаков угрозы прерывания, а также при нормализации гормональных параметров терапия гормональными препаратами может быть прекращена и в более ранние сроки беременности. Нецелесообразно использовать гормоны в более поздние сроки беременности.

С целью уменьшения доз и длительности гормональной терапии следует проводить электроаналгезию или эндоназальную гальванизацию.

При появлении кровянистых выделений, т.е. при начинающемся выкидыше в 5 – 10 нед, лечение целесообразно начинать с проведения

эстрогенного гемостаза по следующей методике: в 1-й день 1 мл 0,1 % раствора эстрадиола дипропионата внутримышечно 3 раза в сутки (через 8 ч); на 2-й день 2 раза (через 12 ч) и на 3 – 4 – й день 1 раз. После этого можно назначать микрофоллин и сочетанную гормональную терапию. Наряду с гемостазом эстрогенами беременным с начавшимся выкидышем необходимо регулярно вводить спазмолитические средства (но – шпа по 2 мл внутримышечно 3 – 4 раза в сутки или баралгин по 2 мл 2 раза в сутки). Целесообразно применять этамсилат (дицинон) в дозе 0,25 г 3 раза в сутки, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, эпсилонаминокапроновую кислоту по 2 – 3 г в сутки.

Эстрогены снижают проницаемость сосудов, улучшают маточноплацентарное кровообращение, ликвидируют спазм. Таким образом, уменьшается внутрикапиллярное давление и обычно прекращаются кровянистые выделения. Эстрогены активируют энзиматические процессы в матке, повышают чувствительность рецепторного аппарата, увеличивают секреторную активность трофобласта и нормализуют таким образом секрецию прогестерона.

Прогестерон снижает парасимпатическое действие эстрогенов, предотвращает разрушение окситоциназы и снижает, таким образом, возбудимость матки. Прогестерон повышает трофические процессы в эндометрии. Хориальный гонадотропин стимулирует функцию желтого тела и секрецию стероидных гормонов, снижает тонус матки, непосредственно действуя на маточную мускулатуру.

Таким образом, сочетанная гормональная терапия у этого контингента беременных обеспечивает более правильное формирование плаценты и ее функцию, создает условия для физиологического течения беременности.

Для профилактики фетоплацентарной недостаточности рекомендуется назначение 20 мл 40 % раствора глюкоза в сочетании с 50 мг кокарбоксилазы и 2 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты внутривенно один раз в сутки в течение 10 дней.

При гиперандрогении надпочечникового генеза патогенетически обоснованной является гормональная терапия глюкокортикоидами (дексаметазон, преднизолон). Лечение следует начинать вне беременности. Дозу гормона подбирают индивидуально под контролем экскреции 17 – КС.

При аборте в ходу, неполном и полном аборте необходимо инструментальное удаление остатков плодного яйца и сгустков крови. При инфицированном аборте целесообразно удалять остатки плодного яйца на фоне антибактериальной терапии. Принципы лечения при септическом аборте такие же, как при послеродовой септической инфекции.

При неразвивающейся беременности в I триместре погибшее плодное яйцо удаляют инструментально. Длительное выжидание при несостоявшемся аборте нецелесообразно в связи с возможностью развития осложнений (нарушение системы гемостаза, инфицирование и др.).

Немедикаментозные методы терапии при угрозе

ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

В патогенезе прерывания беременности большую роль играет функциональное состояние центральной нервной системы. При неблагоприятных воздействиях возможно изменение деятельности как аорты головного мозга, так и гипоталамо – гипофизарной системы.

При невынашивании беременности изменения чаще всего возникают у больных с лабильной нервной системой.

В связи с этим немаловажную роль в лечении угрозы прерывания беременности имеет применение немедикаментозных средств. К ним относятся электроанальгезия, электрофорез магния синусоидальным модулированным током, электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия.

Преждевременные роды – это роды, наступившие при сроке беременности от 28 до 37 нед. с первого дня последней менструации (ВОЗ, 1973). Срок беременности 28 нед. отделяет самопроизвольный выкидыш от преждевременных родов. Это имеет немаловажное значение, поскольку дети,

рожденные после 28 нед. беременности, в большинстве случаев способны к внеутробному существованию. Частота преждевременных родов колеблется от 5 до 12 %. Среди умерших в перинатальном периоде удельный вес недоношенных детей составляет 40 – 60 %. Высокие показатели перинатальной смертности обусловлены общей физиологической незрелостью организма недоношенного ребенка, в результате чего его адаптационные механизмы неполноценны и резервные возможности приспособления к внеутробной жизни быстро истощаются.

Преждевременные роды, как и Невынашивание в целом, вызываются разнообразными причинами.

Для женщин с преждевременными родами характерны проявления общего и генитального инфантилизма, нарушения менструальной функции, высокий индекс перенесенных в детском возрасте инфекционных заболеваний. В анамнезе нередко встречаются указания на предшествующее прерывание беременности (искусственные или самопроизвольные аборты, преждевременные роды). Кроме тех причин, которые характерны для невынашивания в целом, большое место в этиологии преждевременных родов занимают осложнения, связанные с беременностью: угроза прерывания беременности на всех ее этапах, токсикозы, аномалии прикрепления плаценты, преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, неправильное положение плода.

Перерастяжение матки при многоплодии или многоводии также способствует преждевременным родам.

В механизме развития преждевременных родов важную роль играет гормональная активность плода. Хотя организм плода тесно связан с материнским, он способен самостоятельно поддерживать свой гормональный фон.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Целесообразно различать угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.

Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и в нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено данными гистерографии и тонусметрии. При влагалищном исследовании обнаруживается, что шейка матки сохранена, наружный зев матки закрыт. У повторнородящей он может пропускать кончик пальца. Нередко отмечаются подтекание околоплодных вод и повышенная двигательная активность плода.

При начинающихся преждевременных родах обычно выражены схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждается данными гистерографии. При влагалищном исследовании отмечаются изменения шейки матки (укорочение, нередко сглаженность). Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.

Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 2 – 4 см), что свидетельствует о наличии далеко зашедшего патологического процесса.

Течение преждевременных родов характеризуется рядом особенностей:

1. Преждевременные роды почти в 40% случаев начинаются с преждевременного излития околоплодных вод.
2. При преждевременных родах нередко имеют место аномалии родовой деятельности: слабость родовой деятельности, дискоординация, чрезмерная родовая деятельность.
3. Преждевременные роды часто бывают быстрыми или стремительными в связи с проявлением истмико – цервикальной недостаточности. В то же время продолжительность родов может увеличиваться вследствие незрелости шейки матки, неподготовленности системы нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции родовых сил.

4. При преждевременных родах наиболее частым осложнением является дородовое кровотечение в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты или предлежания плаценты. Нередко наблюдается также кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах вследствие задержки частей плаценты.
5. Нередко возникают инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и в послеродовом периоде (эндомиометриты, флебиты и т. д.).
6. В родах часто наблюдается гипоксия плода.

Диагностика угрожающих и начинающихся родов нередко представляет значительные трудности.

При поступлении беременной по поводу преждевременных родов необходимо: 1) выяснить возможную причину угрозы или наступления преждевременных родов;

2) установить срок беременности и предполагаемую массу плода, его положение, предлежание, характер сердцебиения плода, характер выделений из влагалища (околоплодные воды, кровотечение), состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие или отсутствие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и ее интенсивность;

3) определить стадию развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), так как терапия должна быть строго дифференцирована.

При угрожающих или начинающихся родах возможна терапия, направленная на сохранение беременности. При начавшихся родах такое лечение уже неэффективно; необходимо создать оптимальные условия для недоношенного плода и бережного родоразрешения.

Для диагностики угрожающих или начинающихся преждевременных родов нередко требуется проведение специальных исследований, направленных на определение возбудимости сократительной активности матки (гистерография, тонусметрия).

При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки: ее консистенцию, длину (сглаженность), проходимость канала, отношение шейки матки к оси таза, наличие деформации шейки матки, состояние плодного пузыря.

Для угрожающих преждевременных родов характерно наличие непостоянных болей в нижней части живота и пояснице. При начинающихся преждевременных родах обычно имеются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. Начавшиеся преждевременные роды характеризуются наличием регулярных схваток, иногда подтекают околоплодные воды.

При угрожающих преждевременных родах шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт либо пропускает кончик пальца. При начинающихся родах шейка матки укорочена либо сглаженная, канал ее проходим для пальца. При начавшихся преждевременных родах наблюдается сглаженность шейки матки, открытие на 3 см и более.

Акушерская тактика ведения преждевременных родов

Ведение преждевременных родов зависит от их стадии (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся) и от таких факторов, как срок беременности, состояние плодного пузыря (целый или вскрывшийся), состояние матери, состояние плода, степень раскрытия шейки матки, наличие или отсутствие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и ее выраженность, наличие и характер кровотечения.

В зависимости от акушерской ситуации выбирают консервативно – выжидательную или активную тактику ведения родов при недоношенной беременности.

Консервативно – выжидательная тактика показана при целом плодном пузыре, сроке беременности до 36 нед, хорошем состоянии матери и плода, раскрытии шейки матки не более чем на 2 – 4 см, отсутствия признаков инфекции, регулярной родовой деятельности, а также тяжелой акушерской и

эстрагенитальной патологии. Такая тактика может быть использована при беременности сроком 28 – 34 нед с преждевременным разрывом плодного пузыря, при отсутствии родовой деятельности и признаков инфекции. При сроке беременности 28 – 34 нед у женщин с регулярными схватками, сглаженной шейкой матки и открытии маточного зева до 3 см можно попытаться прекратить родовую деятельность.

При консервативно – выжидательной тактике ведения угрожающих или начинающихся преждевременных родов лечение должно быть комплексным и направленным на:

- 1) понижение возбудимости и подавление сократительной деятельности матки;
- 2) повышение жизнедеятельности плода и его «созревание»;
- 3) лечение патологических состояний, явившихся причиной преждевременных родов (грипп, нарушение кровообращения, осложнения беременности при сердечно – сосудистой патологии и др.)

Для понижения возбудимости матки и подавления ее сократительной деятельности предлагается следующее комплексное лечение:

- 1) постельный режим;
- 2) психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (Inf. Herbae Leonuri 15,0 : 200,0) по 1 столовой ложке 3 – 4 раза в день; отвар валерианы (Inf. rad. Valerianae 20,0:200,0) и настойка пустырника (T – rae Leonuri 20,0) по 1 столовой ложке 3 раза в день; могут быть использованы такие седативные препараты как триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в день, тазепам (нозепам) по 0,01 г 2-3 раза в день; седуксен по 0,005 г 1-2 раза в день;
- 3) спазмолитическая терапия: 1 мл 0,1 % раствора метацина внутримышечно, баралгин в дозе 2 мл, но-шпа по 2 мл внутримышечно 2-4 раза в сутки, 2 % раствор папаверина гидрохлорида по 2 мл внутримышечно 2-3 раза в сутки.

- 4) Средства, снижающие активность матки: 10 мл 25 % раствора магния сульфата вместе с 5 мл 0,25 % раствора новокаина внутримышечно от 2 до 4 раз в сутки, токолитики (алупент, партусистен, бриканил, ритодрин и др.), этанол (10 % этиловый спирт) внутривенно капельно, антагонисты кальция (изоптина), ингибиторы простагландинов (индометацин, который получил достаточно широкое распространение в акушерской практике);
- 5) Немедикаментозные средства для снижения сократительной активности матки (электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия, аэлектроаналгезия);
- 6) Иммуностимулирующая терапия;
- 7) Физиотерапия – электрофорез магния СМТ.

Токолитическая терапия

В борьбе с угрожающими преждевременными родами достигнуты определенные успехи благодаря использованию в акушерской практике препаратов, подавляющих сократительную активность матки. Наибольшее применение в современных условиях получили β – миметики, или токолитики, группа веществ, специфически действующих на β –рецепторы и вызывающих релаксацию матки. Препараты этого ряда являются производными эпинефрина – нейrogормона, освобождающегося при стимуляции симпатических нервных окончаний.

Схема применения партусистена (фенотерол, беротек, IT 1165 а), ритодрина (пре-пар, Ди-21220), бриканила (тербутален) для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила или 1 мг ритодрина разводят в 250-400 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель и постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора составляет 15-20 капель в минуту в течение 4-12 ч. В случае положительного эффекта за 15-20 мин до окончания внутривенного введения препарата следует начать оральное применение

партусистена и бриканила в дозе 5 мг 4-6 раз в сутки или 2,5 мг через 2-3 ч, а также ритодрина в дозе 10 мг 4-6 раз в сутки. Через 2-3 дня в случае прекращения сократительной деятельности матки дозу токолитиков постепенно снижают в течение 8-10 дней. Лечение токолитиками можно проводить длительное время (от 2 нед до 2 мес) до исчезновения клинических признаков прерывания беременности.

Токолитические препараты могут вызывать побочные действия и осложнения: сердцебиение, снижение артериального давления (особенно диастолического), потливость, тремор, беспокойство (возбуждение), тошноту, рвоту, озноб, головную боль, метеоризм. При длительном использовании β – миметиков может наблюдаться подавление перистальтики кишечника. Для ликвидации побочного действия β – миметиков их сочетают с приемом изоптина по 0,04 г (1 таблетка) 3-4 раза в день. Этот препарат, являясь антагонистом кальция, не только снимает побочное действие β – миметиков, но и способствует снижению сократительной активности матки, усиливая действие токолитиков.

Для устранения угрозы прерывания беременности может быть использован индометацин (Михайленко Е.Т. и др., 1980; Rudoff A., 1977 и др.). Индометацин назначают в суточной дозе 200 мг в таблетках или в свечах: в 1-е сутки по 50 мг 4 раза в таблетках, по 100 мг 2 раза, на 2-3-и сутки по 50 мг через 12 ч, а затем по 50 мг 1 раз на ночь. Общая доза не должна превышать 1000 мг. Длительность курса лечения 5-9 дней. В целях коррекции иммунных нарушений в последнее время рекомендовано применение генно- инженерного препарата – виферона. С 20 по 34 неделю гестации применяется виферон – 1 по 2 свечи в сутки с 12 – часовым интервалом через день. С 35 недели беременности используется виферон – 2 по свечи в сутки с 12 – часовым интервалом ежедневно.

Профилактика респираторного дистресс – синдрома

При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии должна быть профилактика респираторного дистресс-синдрома у новорожденных. Многочисленные экспериментальные работы показали, что респираторный дистресс-синдром у недоношенных новорожденных развивается из-за недостатка сурфактанта в незрелых легких.

Сурфактант – гетерогенная смесь липидов и белков, синтезируемая в больших альвеолах, покрывает альвеолы, способствует их открытию и препятствует их слипанию при вдохе.

В ходе эмбрионального развития сурфактант появляется на 14-й неделе беременности, содержание его повышается с увеличением срока беременности. Клинические и многочисленные экспериментальные исследования показали, что введением матери некоторых лекарственных средств можно ускорить созревание сурфактанта легких плода, что позволяет предупредить развитие синдрома дыхательной недостаточности.

К таким препаратам относятся глюкокортикоиды. Под влиянием глюкокортикоидов, введенных беременной или непосредственно плоду, наблюдается более быстрое созревание легких, так как происходит ускоренный синтез сурфактанта.

Беременным на курс лечения назначают 8-12 мг дексаметазона (по 4 мг 2 раза в сутки внутримышечно 2-3 дня или в таблетках по 2 мг 4 раза в сутки в течение 2-3 дней).

ВЕДЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Исход беременности для плода при преждевременных родах во многом определяется акушерской тактикой. Вопросы ведения преждевременных родов должны решаться индивидуально, в зависимости от причин, ведущих к преждевременным родам и сложившейся акушерской ситуации.

Если пролонгирование беременности не представляется возможным в силу акушерской ситуации или неэффективности проводимой терапии, то при ведении родов необходим тщательный контроль за динамикой раскрытия шейки матки, характером родовой деятельности, вставлением и продвижением

предлежащей части плода и его состоянием. Необходимо своевременно проводить коррекцию родовой деятельности при ее аномалиях. В случае слабости родовой деятельности при преждевременных родах стимулирующие маточные сокращения средства следует вводить осторожно, строго контролируя характер родовой деятельности и состояние плода.

Наиболее эффективным методом родостимуляции является сочетанное применение простагландина $F_{2\alpha}$ в дозе 2,5 мг и окситоцина в дозе 2,5 ЕД в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Вначале вводят 5-8 капель в минуту. В дальнейшем каждые 10-20 мин дозу увеличивают на 4-5 капель до появления регулярных схваток. Максимальная скорость вливания не должна превышать 35-40 капель в минуту.

Родостимуляцию можно осуществлять вводя внутривенно окситоцин в дозе 5 ЕД в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или простангландин $F_{2\alpha}$ внутривенно в дозе 5 мг или E_2 в дозе 1 мг в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия.

При незрелой и недостаточно зрелой шейке матки предпочтительно использовать простагландин, так как он способствует более быстрому созреванию шейки матки.

При быстрых и стремительных преждевременных родах показаны средства, тормозящие родовую деятельность (β – миметики, сульфат магния).

Принцип профилактики родового травматизма плода в периоде изгнания заключается в проведении родов без защиты промежности и в своевременности мероприятий, способствующих уменьшению сопротивления мышц промежности.

С целью уменьшения травматизации плода при его прохождении через вульварное кольцо показаны пудентальная анестезия (0,25 % раствор новокаина по 75 мл в каждую сторону), введение лидазы (64 или 128 ЕД в 10 мл 0,25 % раствора новокаина) веерообразно в промежность и обязательное проведение эпизио – или перинеотомии при врезывании головки.

Характеристика недоношенного ребенка

У ребенка, рожденного преждевременно, обнаруживаются признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, длина тела менее 45 см, много сыровидной смазки, недостаточное развитие подкожной жировой клетчатки, пушок на теле (в норме он отмечается только на плечевом поясе), небольшая длина волос на голове, мягкие ушные и носовые хрящи, ногти не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону, у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими, крик ребенка тонкий (пискливый).

Профилактику преждевременных родов следует проводить с учетом современных представлений об этиологии и патогенезе данной патологии. Большое внимание следует уделять правильному физическому и нервно – психическому развитию девочки в периоде полового созревания.

В женских консультациях необходимо организовать наблюдение за беременными группы риска по преждевременным родам.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Низкое социально-экономическое положение женщины: низкий доход, низкий уровень образования и плохое питание.

Возраст – моложе 16 лет и первобеременные старше 30 лет.

Акушерский анамнез, осложненный предыдущими преждевременными родами. Наличие в анамнезе одних преждевременных родов увеличивает риск в 4 раза, двух преждевременных родов в 6 раз.

Род занятий, требующий физической нагрузки или сопровождающийся стрессами.

Курение более 10 сигарет в день.

Осложненный медицинский анамнез - прерывание предыдущей беременности в плановом порядке, особенно после 12 недель.

Осложнения во время беременности, предрасполагающие к преждевременным родам.

– Инфекции верхних мочевых путей

- а) бессимптомная бактериурия;
- б) пиелонефрит.
- Другие заболевания
- а) пиелонефрит;
- б) преэклампсия и эклампсия;
- в) астма;
- г) заболевания сердца;
- д) холестаз;
- е) анемия с уровнем Hb менее 90 г/л.
- Состояния, приводящие к перерастяжению матки
- а) многоплодная беременность;
- б) некоторые пороки развития плода, сопровождающиеся многоводием;
- в) диабет
- г) Rh – конфликт
- Кровотечение во время беременности
- Отслойка плаценты или гибель плода
- Хирургические операции на органах брюшной полости
- Сепсис
- Внутриутробные инфекции.

Для определения степени риска выкидыша производят суммарный подсчет всех факторов риска. К группе высокого риска относятся беременные с суммой баллов 10 и выше, к группе среднего риска – с суммой 4 и 9 баллов, к группе малого риска – с суммой меньше. Женщины с высокой степенью риска невынашивания беременности должны находиться, под тщательным наблюдением в специализированном кабинете женской консультации и быть госпитализированным в критические сроки в стационар.

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Переношенной считается беременность, длительность которой превышает продолжительность нормальной на 10-14 дней, т.е. составляет 290-

294 дня. Преморбидным фоном для перенашивания беременности являются эндокринологическая патология, нарушения жирового обмена, инфантилизм, перенесенные аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, перенесенные в детстве инфекционные заболевания (скарлатина, корь, краснуха).

Диагноз перенесенной беременности ставят по определению срока беременности, клиническим проявлениям, а так же по данным лабораторных и инструментальных исследований.

Большое внимание при постановке диагноза заслуживают данные акушерского обследования. Одним из симптомов перенесенной беременности является уменьшение окружности живота, а так же массы беременной. При влагалищном исследовании отмечают увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков.

Нередко при перенесенной беременности диагностируется внутриутробная гипоксия плода (изменение характера сердечных тонов плода при аускультации, усиление или ослабление двигательной активности).

Кроме того, по данным УЗИ отмечается уменьшение количества околоплодных вод, макроскопические изменения плаценты (петрификаты), крупные размеры плода. При перенесенной беременности часто характерно наличие незрелой шейки матки. После подтверждения диагноза перенесенной беременности, необходимо решить вопрос о методе родоразрешения.

У женщин с перенесенной беременностью при наличии акушерской или экстремальной патологии, гипоксия плода и других осложнений целесообразно осуществить операцию кесарево сечение. При перенесенной беременности и хорошем состоянии плода необходимо создать гормонально – витаминно – глюкозо – кальциевый фон в течение от 3 до 10 дней.

С целью родовозбуждения можно с успехом использовать простагландины в виде геля (препидил – гель) интрацервикально или в задний свод влагалища. В родах возможными осложнениями являются: слабость родовых сил, гипоксия плода, в последовом и раннем послеродовом периоде часто возникают гипо – и

атонические кровотечения. Кроме того, в послеродовом периоде высокой остается частота послеродовых инфекционных заболеваний (эндометрит, мастит, нагноение раны промежности). К признакам переносимости новорожденного относятся темно – зеленая окраска кожных покровов, плодных оболочек, пуповины, мацерация кожи, особенно на руках, ногах («банные» стопы и ладони), уменьшение или отсутствие сыровидной смазки, уменьшение подкожно – жировой клетчатки, снижение тургора кожи («старческий» вид ребенка), крупные размеры ребенка, длинные ногти пальцев рук, плотные кости черепа, узкие швы и небольшие размеры родничков.

В постнатальном периоде у переносимых детей часто встречаются неврологические нарушения, ранняя гипербилирубинемия и желтуха, метаболический ацидоз, резко снижены адаптационные возможности.

Профилактика перенашивания беременности заключается в точном установлении срока родов, при подозрении на перенашивание рекомендуется стационарное обследование с последующей комплексной подготовкой к родам.

Наглядные пособия:

1. Таблицы, отражающие стадии развития самопроизвольного аборта.
2. Диафильмы о последствиях аборта.
3. Набор инструментария для удаления плодного яйца и его остатков (зеркала, пулевые щипцы, расширители Гегара до №7).

3. Основные вопросы темы.

1. Этиология, патогенез, классификация самопроизвольного аборта.
2. Клиника, диагностика, лечение и профилактика самопроизвольного аборта.
3. Этиология, клиника преждевременных родов.
4. Тактика ведения беременности и родов.
5. Группы риска по возникновению преждевременных родов.
6. Особенности ведения недоношенных новорожденных.

7. Причины перенашивания беременности.
8. Диагностика, тактика ведения беременности и родов.
9. Показания к кесареву сечению.
10. Особенности состояния новорожденных.
11. Профилактика переносимости беременности.

4. Наглядные пособия:

1. Диапозитивы о последствиях аборта.
2. Таблицы, отражающие стадии развития самопроизвольного аборта.
3. Набор инструментов для удаления плодного яйца и его остатков (зеркала, пулевые щипцы, расширители Гегара до №7).
4. Истории родов больных с угрозой прерывания беременности.
5. Демонстрация недоношенных новорожденных.

5. Формы контроля готовности студентов к занятию (опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач).

6. Вопросы для самостоятельного изучения

1. Факторы риска невынашивания беременности.
2. Тактика ведения преждевременных родов.
3. Профилактика дисстресс – синдрома плода.
4. Лабораторные и инструментальные методы исследования при переносимости беременности.
5. Профилактика переносимости беременности.

6. ЛИТЕРАТУРА

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ:

Айламазян Э.К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. Экземпляры: всего:5 - уч.аб.(5)

Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.: ил. – 3 экз.

Дополнительная:

Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. :

«Токсикозы I половины беременности»

1. Вопросы темы, предлагаемые для освещения на занятии

1. Понятие токсикоза.
2. Этиопатогенез токсикозов I половины.
3. Классификация. Клиническая рвота беременных.
4. Лабораторная диагностика.
5. Современные принципы терапии и тактика при рвоте беременных.

2. Перечень наглядных пособий, средств ТСО и других материалов, используемых на лекции:

1. Слайды.
2. Видеофильм.

К токсикозам беременных относят ряд заболеваний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение и, как правило, прекращаются после ее окончания.

Во время нормальной беременности происходят изменения функций почти всех органов и систем и значительные сдвиги в обмене веществ. Эти изменения физиологические, приспособительные, определяющие нормальное течение беременности и развитие плода. Эти физиологические изменения регулируются нервной системой при активном участии желез внутренней секреции.

Токсикозы беременности возникают вследствие нарушения приспособительных изменений в организме беременной, в первую очередь, нейрогуморальной регуляции.

Токсикозы – это нарушение процесса адаптации организма к беременности, проявление особой извращенной реакции организма женщины на беременность (т.е. на чужеродный на половину белок – мужской, реакция на «инородное тело»).

ЭТИОЛОГИЯ

К таким реакциям могут приводить следующие причины:

1) патологические процессы, нарушающие функцию рецепторного аппарата матки и способствующие возникновению ненормальных импульсов, исходящих от плодного яйца. К таковым относятся воспалительные заболевания половых органов (особенно, матки), недоразвитие или неправильное развитие матки и ее рецепторного аппарата, изменения в эндометрии, связанные с эндокринными и другими нарушениями;

2) изменения в центральной нервной системе, способствующие неправильной переработке импульсов (даже нормальных), исходящих от плодного яйца. Это происходит при дискоординации основных нервных процессов в коре головного мозга, а также в системе кора – подкорка, при перевозбуждении ретикулярной формации и вегетативных центров, расположенных в гипоталамизе. Изменения в центральной нервной системе вызывают нарушение процесса физиологической перестройки желез внутренней секреции, обмена веществ, функций сердечно-сосудистой, кроветворной и других систем. Нарушение нейро-гуморальной регуляции процессов обмена ведет к изменению физиологических соотношений в содержании электролитов, микроэлементов, гормонов, белковых фракций и других веществ. В результате нарушенного обмена из тканей в кровь поступают не только конечные (безвредные) продукты обмена, но также промежуточные продукты, которые могут вызывать аутоинтоксикацию организма. Изменения функций нервной системы, а следовательно, возникновению токсикозов способствуют заболевания, перенесенные ранее и сопутствующие беременности, тяжелые переживания, переутомление, неправильное питание, нарушения гигиенического режима и другие факторы, ослабляющие устойчивость организма женщины.

Высказано много предположений о причинах возникновения ранних токсикозов. Особо изучен патогенез рвоты беременных. Существовали различные точки зрения на механизмы развития рвоты.

Возникновение рвоты связывалось с отравлением организма токсическими продуктами обмена веществ, с нарушением функций желез внутренней секреции. Полагали, что рвота – результат сенсбилизации организма, и она имеет много общего с аллергическими реакциями. Были попытки объяснить возникновение рвоты чисто психогенными моментами (отрицательные эмоции до начала беременности, страх перед родами и др.) или считать ее проявлением истерических реакций.

Несмотря на все сказанное, большинство ученых считает, что основной причиной возникновения рвоты беременных является нарушение взаимоотношений между деятельностью коры головного, функциями вегетативной нервной системы и внутренних органов.

Этому нарушению нередко предшествуют патологические процессы, воздействующие на вегетативную нервную систему и рецепторы матки (перенесенные инфекционные заболевания, интоксикации, заболевания внутренних органов, воспалительные процессы и травмы эндометрия, связанные с абортами и др.). При длительной патологической импульсации происходит перераздражение вегетативных центров подкорки (в частности, ретикулярной формации нервных процессов в коре головного мозга) и понижение основных нервных процессов в коре головного мозга.

В таких условиях импульсы, связанные с раздражением рецепторов матки плодным яйцом, приводят к дальнейшему повышению возбудимости подкорки и резкому усилению реактивности вегетативной нервной системы. При ранних токсикозах беременности наблюдается явное преобладание возбуждительного процесса в стволовых образованиях мозга, в частности, рвотного и слюновыделительного (Н.В. Кобозева), возникает вегетативная дистония с преобладанием ваготонических симптомов. В связи с изменениями, возникающими в нервной системе, физиологические процессы адаптации организма к беременности нарушаются. Изменения, возникающие в эндокринной системе, обмене веществ, пищеварительных и других органах, нередко приобретают патологический характер. Возникающие нарушения

пищеварения, ферментных систем, обмена веществ, метаболизма гормонов, иммунологических и других реакций способствуют дальнейшему ослаблению основных нервных процессов.

Подытоживая сказанное, можно сделать вывод о том, что в возникновении рвоты беременных ведущая роль принадлежит нарушениям функционального состояния центральной нервной системы. В патогенезе заболевания имеют также значение изменение функционального состояния надпочечников и яичников, нарушения антитоксической, пигментной, белковообразовательной и других функций печени, что сопровождается нарастанием уровня ряда аминокислот крови. О повышении аллергической настроенности свидетельствует увеличение содержания в крови гистамина и серотонина. Отмечается выраженное снижение сосудистого тонуса, нарушение водно-солевого обмена (гипокалимия, обезвоживание и др.), понижение оксигенации артериальной крови, сдвиг КЩЕ в сторону ацидоза, снижение реологических свойств крови.

Поскольку основным патогенетическим механизмом развития рвоты беременных является нарушение нейро-эндокринной регуляции всех видов обмена веществ, то при прогрессировании заболевания постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела. Отмечаются усиливающиеся проявления полигиповитаминоза. АД снижается, развивается тахикардия. Вследствие длительного голодания расходуются запасы гликогена в печени и других тканях, усиливается распад жиров, в крови накапливаются недоокисленные продукты их обмена, сопутствующие нарушения метаболизма углеводов, сопровождаются развитием кетонемии, в моче появляется ацетон.

Изменения в деятельности органов и систем носят вначале функциональный характер, а затем – по мере нарастания истощения, интоксикации и обезвоживания – переходит в дистрофические процессы в печени, почках и других органах, которые при своем прогрессировании могут

привести к самопроизвольному прерыванию беременности и создают угрозу гибели женщины.

Классификация:

Ранние токсикозы делят на часто встречающиеся и редко встречающиеся.

К часто встречающимся формам относят:

1. Рвоту беременных (emesis gravidarum)
2. Птиализм (ptyalismus)

К редко встречающимся формам относят:

1. Зуд беременных (pruritus gravidarum)
2. Экзему беременных (eczema gravidarum)
3. Бронхиальную астму беременных (asthma bronchiale gravidarum)
4. Тетанию беременных (tetania gravidarum)
5. Желтуху беременных (icterus gravidarum)
6. Остеомаляцию (osteomalacia).

Рвота беременных делится на:

1. Легкую
2. Умеренную (средней степени тяжести)
3. Чрезмерную, неукротимую рвоту (тяжелая форма).

Все эти формы являются различными стадиями единого, развивающегося патологического процесса, который может прогрессировать или закончиться в первой фазе.

По определению А.А. Лебедева легкая рвота соответствует фазе функциональных сдвигов в нервной системе (фаза невроза), рвота средней тяжести – фазе интоксикации (фаза токсикоза), рвота тяжелой формы характеризуется возникновением дистрофических процессов (фаза дистрофии).

Клиника.

Легкая рвота.

Изменения в организме беременной сводятся к функциональным сдвигам в нервной системе. Наблюдается понижение активности нервных процессов в коре головного мозга, повышение возбудимости корковых центров, нарушение

функций вегетативного отдела нервной системы, выраженные нарушения обмена и функций других органов отсутствуют. Основным и почти единственным симптомом заболевания является рвота, сопровождающаяся тошнотой и понижением аппетита. Рвота повторяется 2-4 раза в день, преимущественно, после еды. Однако часть пищи удерживается и значительного похудения беременных не наблюдается. Общее состояние не нарушается, температура нормальная, пульс учащен до 90 в минуту, АД – в пределах нормы. Изменения в морфологическом составе крови отсутствуют, диурез нормальный. Иногда отмечается неустойчивое настроение, сонливость, снижения общего тонуса нет. Рвота наблюдается в первые 2-3 месяца беременности, легко поддается терапии или приходит самопроизвольно. У 10-15% беременных рвота усиливается, и токсикоз переходит в следующую фазу.

Умеренная рвота.

В этой фазе токсикоза изменения функций нервной системы усиливаются, возрастает степень вегетативных нарушений, появляются расстройства в углеводном жировом обмене, в результате чего возникает кетоацидоз. Могут возникнуть изменения в деятельности желез внутренней секреции – гипофизы, коры надпочечников, желтого тела и др., способствующие дальнейшим нарушениям обмена веществ. Клиническая картина токсикоза характеризуется учащением рвоты (до 10 раз и больше в сутки), возникающей независимо от приема пищи. Рвота нередко сопровождается слюноотделением, которое может достигнуть значительной степени. Беременная теряет в весе. Температура субфебрильная (не выше $37,5^{\circ}$), пульс до 90-100 в 1 минуту, кожа суховатая; возникает слабость, апатия. Диурез понижается, нередко наблюдается переходящая ацетурия. Язык обложен, суховат, появляются запоры. В крови значительных изменений нет, возможно, некоторое снижение количества эритроцитов и гемоглобина, а также изменение содержания хлоридов.

При правильном лечении в условиях стационара симптомы токсикоза исчезают, иногда отмечаются рецидивы рвоты, требующие повторных курсов

лечения. В редких случаях умеренная рвота переходит в следующую стадию – чрезмерную рвоту.

Чрезмерная рвота (*hyperemesis gravidarum*).

При правильной организации лечебно-профилактической помощи беременным встречается редко.

Чрезмерная рвота – тяжелое общее заболевание, характеризующееся нарушением функций важнейших систем и органов. При этой форме токсикоза рвота является одним из множества симптомов, возникновение которых связано со значительным нарушением функции нервной системы, желез внутренней секреции, печени, почек и других органов. При чрезмерной рвоте нарушается не только углеводный и жировой, но также и минеральный обмен, возникает гиповитаминоз, накопление в организме токсически действующих продуктов, нарушенного обмена веществ; изменяется кислотно-основное состояние, возникает метаболический ацидоз. Нередко наблюдаются дистрофические изменения в печени, почках и других органах.

Общее состояние тяжелое, отмечается упадок сил, адинамия (иногда чрезмерная раздражительность), головная боль и, резкое отвращение к пище, рвота до 20 раз и более в сутки (возникает не только днем, но и ночью); не удерживается не только пища, но и вода. Нередко к рвоте присоединяется слюнотечение, значительно отягощающее состояние беременной. При безуспешном лечении происходит резкое истощение, масса тела быстро уменьшается, подкожный жировой слой исчезает. Кожа становится сухой и дряблой, язык обложен, изо рта отмечается запах ацетона, наблюдается сухость слизистой оболочки губ. Живот впалый, иногда болезненный при пальпации. Температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38⁰ и выше, возникает выраженная тахикардия – 100-120 уд. в минуту и гипотония. Суточный диурез снижен, в моче обнаруживаются ацетон, нередко белок и цилиндры. В крови возрастает содержание остаточного азота, снижается количество хлоридов, нередко увеличивается концентрация билирубина. Может повышаться гемоглобин, что связано с обезболиванием организма. При

чрезмерной рвоте иногда возникает желтушное окрашивание склер и кожи вследствие поражения печени. При безуспешном лечении и ухудшении течения заболевания нарастают все признаки интоксикации и дистрофии, усиливается апатия, возникает кома, возможен смертельный исход, если своевременно не предприняты соответствующие лечебные мероприятия. Прогноз особенно тяжелый при появлении стойкой тахикардии, повышении температуры, олигурия с протеинурией и цилиндрурией, желтуха, значительные нарушения функций нервной системы.

Диагностика рвоты беременных: на основании клинической симптоматики, при умеренной на основании клиники и данных лабораторной диагностики. При чрезмерной рвоте о динамике процесса судят и по данным общеклинического и биохимического лабораторного исследований.

Чрезмерную рвоту беременных необходимо дифференцировать с инфекционными болезнями; интоксикация, заболевания желудка.

Лечение.

При легкой степени лечение возможно в поликлинических условиях под тщательным наблюдением участковых врачей. Две последние формы необходимо лечить только в условиях стационара. Лечение должно быть комплексным.

- 1) воздействие на центральную нервную систему с целью восстановления ее нарушенных функций;
- 2) борьба с голоданием, обезвоживанием, интоксикацией;
- 3) лечение сопутствующих заболеваний;
- 4) восстановление обмена веществ и функций важных органов.

3. Вопросы темы, предлагаемые для разбора на практических занятиях.

1. Определение понятия «токсикоз беременных». Классификация ранних токсикозов по клинике и патогенетическому механизму, частота.
2. Патогенез рвоты беременных.
3. Понятие адаптации на беременность.
4. Клиника рвоты беременных различной степени тяжести.
5. Частота, клиника и особенности течения гестоза.
6. Лечение рвоты беременных в зависимости от тяжести заболевания.
7. Особенности терапии при слюнотечении.
8. Критерии эффективности лечения при ранних токсикозах.
9. Показания для прерывания беременности при чрезмерной рвоте.
10. Профилактика ранних токсикозов беременных.

4. Перечень наглядных пособий, средств ТСО, лабораторных работ, используемых на практическом занятии.

1. Методические разработки.
2. Слайды.
3. Анализы.
4. Набор медикаментозных препаратов.

5. Формы контроля, используемые для определения готовности аспирантов к занятию и для последующего закрепления знаний.

1. Решение тестов I, II, III уровня.
2. Собеседование.
3. Решение ситуационных задач с элементами деловой игры.
4. Курация больных с токсикозами беременных различной степени тяжести.
6. Вопросы темы, предлагаемые аспирантам для самостоятельного изучения.
1. Частота ранних токсикозов беременных.
2. Возрастная зависимость частоты рвоты беременных.

3. Немедикаментозные методы лечения токсикозов I половины беременности.

4. Особенности лечения редко встречающихся форм токсикозов I половины беременности.

7. Литература.

Обязательная:

1. Учебник «Акушерство». Г.М. Савельева и соавт.- Москва, 2000.

Дополнительная:

1.«Гестозы беременных». Учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов. Л.В. Цаллагова, Л.С. Попова, г.Владикавказ, 2010.

«Гестозы беременных. Преэклампсия. Эклампсия».

ПЛАН ЛЕКЦИИ

1. Понятие гестоза. Этиопатогенез.
2. Классификация.
3. Клиника. Диагностика. Осложнения.
4. Принципы терапии гестозов.
5. Ведение беременности и родов.
6. Профилактика. Этапы реабилитации.

1. Понятие гестоза. Этиопатогенез.

Гестоз беременных – это осложнение беременности, обусловленное несоответствием возможностей адаптационных систем организма матери адекватно обеспечить потребности развивающегося плода.

Гестоз проявляется синдромом полиорганной недостаточности, который развивается в результате беременности и, как правило, исчезает после родоразрешения.

Проблема гестоза беременных – одна из наиболее актуальных в современном акушерстве, так как он относится к наиболее распространенным и тяжелым осложнениям беременности. Гестоз является одной из основных причин материнской смертности и во многом определяет уровень перинатальной заболеваемости и смертности. Среди причин материнской смертности гестоз стоит на втором месте после кровотечений и составляет около 23%. Уровень перинатальной заболеваемости колеблется от 64 до 78%, а перинатальной смертности – от 18 до 30%.

Частота гестоза не имеет тенденции к снижению и составляет 8-17,4%. Довольно высокий уровень гестоза обусловлен, прежде всего, неудовлетворительным состоянием здоровья беременных, а также наличием стрессов, обусловленных современными социально-экономическими условиями, усиливающими дезадаптацию в организме женщины в процессе развития беременности. В настоящее время доля беременных с экстрагенитальной патологией в нашей стране составляет 53,4%, а при использовании современных методов оценки здоровья населения выявлено, что до 75% беременных имеют те или иные нарушения здоровья.

Этиопатогенез.

Если клиника различных форм гестоза изучена достаточно хорошо, то его сущность, механизм возникновения тех или иных патологических процессов еще полностью не раскрыты.

Несмотря на многочисленные исследования, как в нашей стране, так и за рубежом точная этиология гестоза не установлена. Существует большое количество теорий заболевания (неврогенная, гормональная, почечная, плацентарная, иммунологическая, генетическая), которые не могут точно представить причины развития заболевания. Несмотря

на разнообразную трактовку изменений, лежащих в основе развития заболевания, общим для них является нарушение микроциркуляции, которое приводит к гипоксическим, ишемическим и некротическим изменениям в жизненно важных органах.

Плодное яйцо является основным этиологическим фактором | возникновения гестоза, так как он не встречается вне беременности, и после ее прерывания проявления гестоза прекращаются.

В последнее время появляется все больше исследований, свидетельствующих о роли иммунно-аллергических реакций в патогенезе гестоза беременных.

Чужеродность плода при гетерозиготной беременности не вызывает сомнения, так же как и появление специфических антител к антигенам плода и плаценты. Накопленные к настоящему времени сведения дают возможность полагать, что иммунологический компонент в течение нормальной беременности и в патогенезе позднего гестоза играет важную роль. Нарушение миграции трофобласта и отсутствие трансформации мышечного слоя в спиральных маточных артериях, сохраняющих морфологию небеременных, что предрасполагает их к спазму, снижению межворсинчатого кровотока и гипоксии, как следствие – поражение эндотелия с нарушением его тромборезистентных и вазоактивных свойств, выделением медиаторов (эндотелин, серотинин, циркулирующего фактора эклампсии, тромбоксана).

К числу факторов, имевших непосредственное отношение к возникновению гестоза относятся, прежде всего, иммунологические сдвиги в организме матери и плода и несостоятельность маточно-плацентарного барьера. Плацента обладает собственным механизмом, позволяющим успешно преодолевать барьер тканевой несовместимости между организмами матери и плода. Этот механизм заключается в избирательном угнетении Т-клеточного звена иммунитета матери веществами, вырабатываемыми плацентой. При этом блокируется первоначальное звено реакций трансплантационного иммунитета – процесс

распознавания Т-клетками антигенных различий между тканями матери и плодово-плацентарного комплекса. Нарушение или извращение этого механизма может явиться одним из факторов патологического течения беременности.

Аутоантитела, будучи механизмом защиты при нормальной беременности при повышении их физиологического уровня могут действовать против собственных тканей организма, вызывать усиление сосудисто-тканевой проницаемости и является одним из патогенетических механизмов развития гестоза.

При гестозе повышается иммунологическая чувствительность материнского организма, что подтверждается резким возрастанием титра как специфических, так и неспецифических антител в сыворотке крови.

Основное значение придается антигенам системы Hg-4. В эксперименте с введением антиплацентарной сыворотки удается создать модель позднего гестоза.

В качестве этиологического фактора развития гестоза согласно теории В.Н. Серова с соавт. (1988) можно отметить извращение белоксинтезирующей функции трофобласта, так как белки трофобласта и плаценты обладают широким спектром биологического действия (регуляция иммунных процессов, агрегатного состояния крови и др.).

Гипертензия, спазм сосудов, повышенная задержка натрия, чрезмерная физическая нагрузка с уменьшением количества крови, протекающей через почки, и снижение клубочковой фильтрации, хронический гломерулонефрит и пиелонефрит с нарушением функции почек, пузырный занос с усиленным притоком клеток трофобласта в легкие, неполноценное питание, курение - вот факторы, способствующие повреждению плаценты и предрасполагающие к гестозу беременных.

Ведущую роль в патогенезе гестоза придают ЦНС, нарушение функции которой обуславливает появление сосудистых и гемодинамических расстройств.

Расстройства кровообращения в свою очередь приводят к гипоксии органов и тканей, дальнейшему нарушению функции головного мозга, печени, почек,

эндокринных и других органов. Вследствие этого нарушается обмен веществ, возникает дистрофические процессы и аутоинтоксикация.

Несмотря на неоднозначную оценку тех или иных факторов, ведущими звеньями патогенеза являются:

- генерализованная вазоконстрикция;
- гиповолемия;
- нарушение реологических свойств крови (изменение вязкости крови, агрегационных свойств клеток крови);
- развитие синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром);
- эндотоксемия;
- гиперфузия тканей;
- нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран с изменением жизнедеятельности клеток;
- ишемические и некротические изменения в тканях жизненно важных органов с нарушением их функции.

Ведущим патогенетическим фактором развития гестоза является генерализованный артериолоспазм. Он ведет к нарушению микроциркуляции и реологических свойств крови, повышению периферического сосудистого сопротивления и проницаемости сосудистой стенки. Дальнейшее прогрессирование гестоза сопровождается снижением объемов циркулирующей крови и плазмы, более выраженному спастическому состоянию сосудов, стазу крови.

При изучении показателей микроциркуляции и клеточного метаболизма выявляются следующие нарушения: генерализованная вазоконстрикция, шунтирование и снижение скорости кровотока, гиперагрегация клеток крови, снижение деформируемости мембран, гипервязкость крови, появление в кровотоке патологических форм эритроцитов и клеточных конгломератов, развитие хронической формы.

ДВС-синдрома, нарушение структурно-функциональных свойств клеточных мембран, повышение их гидрофильности, активация перекисного окисления липидов и фосфолипаз, угнетение сывороточных протеаз. Выше перечисленные изменения обуславливают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофических изменений.

Тканевая гипоксия сопровождается накоплением недоокисленных продуктов нарушенного обмена, свободно циркулирующих обломков молекул продуктов деградации фибриногена, растворимых комплексов мономеров фибрина, токсическим влиянием шлаков на стенку сосудов, вегетативные ганглии, разрушением рецепторных белков клеток. Потеря белка с мочой, снижение его синтеза в печени, повышенное потребление при формировании хронического ДВС-синдрома приводят к выраженной гипопроотеинемии, гипоальбуминемии, диспротеинемии, снижению онкотического давления в плазме.

В условиях глубокого нарушения микроциркуляции, хронической тканевой гипоксии, патологической гиперкоагуляции нарушается функция печени. Замедляются и извращаются процессы окисления и восстановления, снижается дезинтоксикационная функция печени.

Изменения липидного обмена заключаются в высокой концентрации свободных жирных кислот, холестерина, дислипидемии, что приводит к атероматозу артерий, утолщению их стенки, плазматическому пропитыванию. Активируется перекисное окисление липидов (ПОЛ), снижается антиоксидантная защита. Снижается содержание полиненасыщенных жирных кислот с нарушениями в «арахидоновом каскаде» - еще один дополнительный фактор дисбаланса тромбоксана и простоциклина и нарушения микроциркуляции. Продукты ПОЛ очень токсичны и разрушают мембраны клеток.

С расстройства сосудистого-тромбоцитарного звена и вовлечения других звеньев системы гемостаза начинается и прогрессирует хронический ДВС-синдром. В хронической форме он может протекать длительно, приходясь, чаще всего, на середину и конец 3 триместра беременности. Напряжение защитных и

приспособительных механизмов позволяет поддерживать относительное равновесие гемостатической системы. Факторы, которые расходуются на процессы микротромбоза, замещаются вновь синтезированными, а часть микротромбов ликвидируется с помощью активации пламиногена. При запоздалом родоразрешении, неадекватном ведении родов - хронический ДВС-синдром может перейти в подострую форму, характеризующуюся неустойчивым характером или реализоваться в острую форму с развитием массивных акушерских кровотечений.

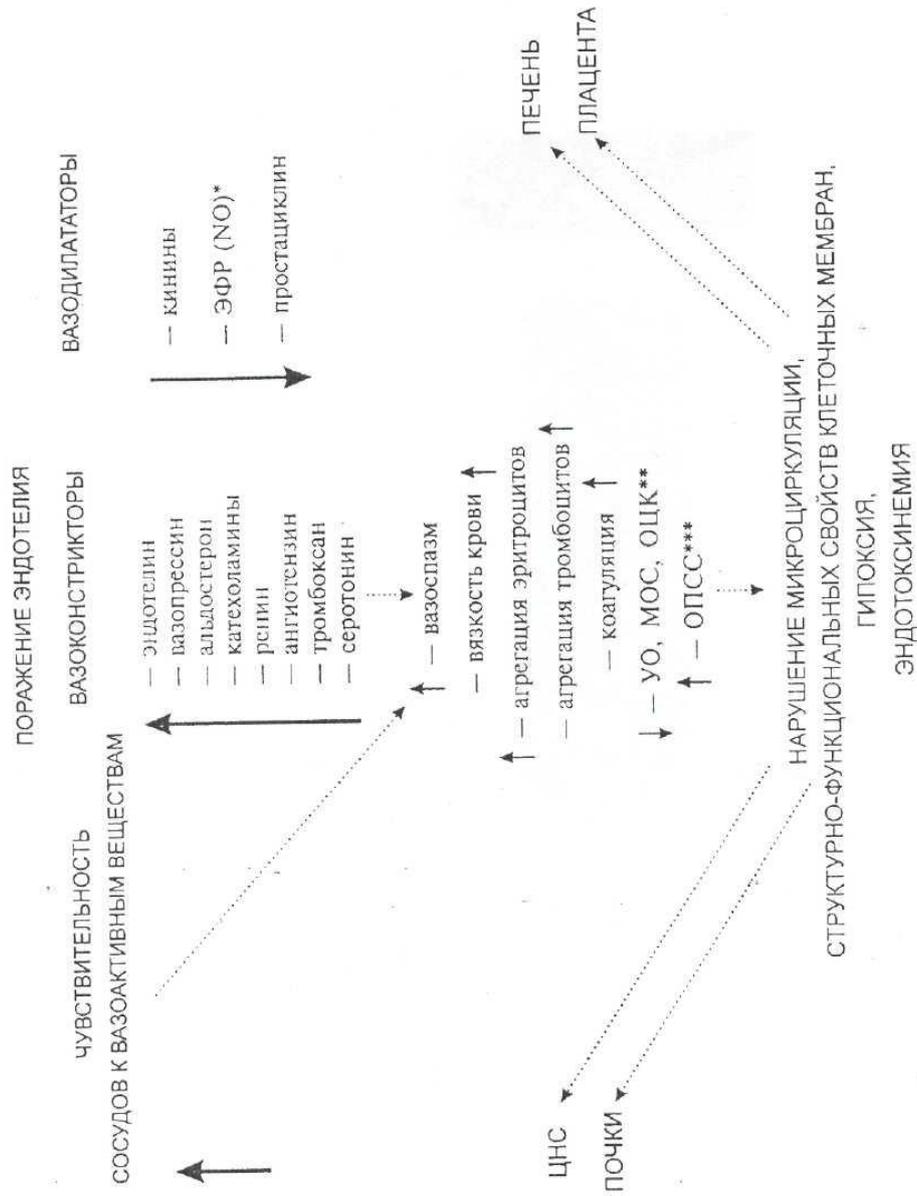
Таким образом, несмотря на разнообразную трактовку изменений, лежащих в основе развития заболевания, общим для них является тот момент, что, в конечном итоге, точкой приложения всех выявленных изменений в организме беременной и фетоплацентарной системе являются основные звенья микроциркуляции, нарушения которых лежат в основе патогенеза гестоза и приводят к гипоксическим, ишемическим и некротическим изменениям в жизненно важных органах и обуславливают их дисфункцию.

Нарушения на уровне:

- почек - вплоть до блокады;
- печени - паренхиматозная и жировая дистрофия;
- мозг - тромбозы, периваскулярный отек, повышение внутричерепного давления; весь комплекс ишемических изменений может обусловить приступ эклампсии;
- плацента - хроническая гипоксия вследствие выраженного изменения сосудов – фетоплацентарная недостаточность – хр. гипоксия, гипотрофия плода 3В Ур. Изменение стромы сосудов плаценты ведут к очаговому отеку, некрозу, кровоизлияния за счет хрупкости сосудистой стенки, жировому перерождению – снижению маточно-плацентарного кровотока, инфузионной и трансфузионной недостаточности плаценты.

Патогенез гестозов

НАРУШЕНИЕ ПЛАЦЕНТАЦИИ И ПЛАЦЕНТАРНОГО КРОВОТОКА



* ЭФР — эндотелиальный фактор релаксации.

** УО — ударный объем, МОС — минутный объем сердца, ОЦК — объем циркулирующей крови.

*** ОПСС — общее периферическое сосудистое сопротивление.

↑ — повышение.

↓ — снижение.

2. Классификация

Единой общепринятой классификации этого осложнения беременности, как и терминологии, в настоящее время не существует.

Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, ВОЗ 10 пересмотра определены следующие клинические формы гестоза:

642.4. Легкая или неуточненная преэклампсия.

642.5. Тяжелая преэклампсия.

642.6. Эклампсия.

Американская классификация включает:

1. Транзиторную гипертензию беременных.
2. Хроническую гипертензию беременных.
3. Протеинурию с гипертензией или без нее.
4. Преэклампсию.
5. Эклампсию.

Согласно решению пленума межведомственного Научного совета по акушерству и гинекологии РАМН, Всероссийской научно-практической конференции, Российской ассоциации акушеров-гинекологов, посвященного проблеме ОПГ-гестозов, состоявшегося 15-17 октября 1996 года в г. Чебоксары, рекомендовано изменить терминологию ОПГ-гестоз на гестоз и принять следующую классификацию:

1. Прегестоз.
2. Водянка беременных.
3. Нефропатия беременных.
4. Преэклампсия.
5. Эклампсия.

При сопоставлении номенклатуры ВОЗ с классификацией гестоза, применяемой в нашей стране, можно выявить следующие параллели:

Легкая или неуточненная преэклампсия - нефропатия.

Тяжелая преэклампсия - преэклампсия.

Эклампсия - эклампсия.

Это обстоятельство подтверждает сложность разграничения степеней гестоза и возможность его быстрого прогрессирования и перехода в более тяжелые стадии.

Кроме того выделяют «чистые» и «сочетанные», «типичные» и «атипичные» формы гестоз.

«Чистые» формы гестоза развиваются у практически здоровых беременных с неосложненным соматическим анамнезом. «Сочетанные» - на фоне экстрагенитальных заболеваний (заболевания почек, сердечно-сосудистой системы, эндокринной и др.). Особенности «сочетанных» гестозов по сравнению с «чистыми» являются более раннее начало клинических проявлений гестоза и, как правило, более его тяжелое и резистентное к терапии течение. Сочетанные формы гестоза развиваются рано, клинические формы его могут долго маскироваться симптомами экстрагенитального заболевания.

К типичным формам гестоза относят водянку, нефропатию, проявляющуюся триадой симптомов (гипертензией, протеинурией, отеками), преэклампсию и эклампсию. К «атипичным» - моно- или бессимптомную невропатию, бессудорожную экламптическую кому.

3. Клиника. Диагностика. Осложнения.

Термин «прегестоз» получил распространение только в нашей стране и до сих пор является спорным, так как появление любых лабораторных или клинических признаков гестоза - это уже свидетельство заболевания организма, начало которого возможно в ранние гестационные сроки.

В то же время выделение прегестоза нацеливает врачей на диагностику начальных, даже трудноопределяемых проявлений гестоза и предупреждение развития его тяжелых форм. Недопустима только констатация прегестоза и

отсутствие должного контроля и лечения, что может привести к недооценке ситуации и быстрому прогрессированию заболевания.

Клиническая категория «прегестоз», являясь собирательной, отражает, прежде всего, неблагоприятный прогноз при выявлении доступного клинического признака или лабораторного сдвига (снижение объема циркулирующей плазмы, увеличение общего периферического сосудистого сопротивления, изменение кровотока в матке, характерные нарушения гемостаза и гомеостаза и др.) именно на ранних этапах обследования беременных. Прегестоз следует считать первичным диагностическим этапом. Прегестоз может не реализовываться в развернутую клиническую картину гестоза, ибо, как показывают многочисленные исследования, раннее комплексное лечение и тренирующие воздействия способны резко усиливать адаптационные резервы организма беременной. Например, раннее устранение гиповолемии и нормализация реологических свойств крови значительно улучшает прогноз беременности и родов и приводит к обратному развитию болезни у значительного числа больных.

Для диагностики прегестоза применяются пробы, основанные на выявлении патологических реакций сердечно-сосудистой системы, изменений в моче и крови. Для этой цели могут быть использованы простые, достаточно информативные методики, не требующие специальной аппаратуры.

К тестам, свидетельствующим о нарушениях в системе гомеостаза, можно отнести:

- сосудистую асимметрию при измерении АД на обеих руках после физической нагрузки;
- снижение пульсового давления до 30 мм рт. ст. (норма 40-50);
- изменение периферического кровотока, которое можно выявить при поднимании рук над головой и сжиманием кистей в кулак в течение 2-3 сек., после чего руки опускаются с разжатыми кистями; побледнение кистей или отдельных пальцев, появление

болезненности или парестезии в них свидетельствует о нарушении периферического кровообращения;

- увеличение височно-плечевого коэффициента, представляющего собой отношения кровяного давления в височной артерии к плечевой (норма - 0,5);
- сужение артериальных сосудов при исследовании глазного дна;
- о развитии прегестоза свидетельствуют следующие показатели крови: повышение ее удельного веса до 1.060-1.062 (норма при беременности 1.054-1.059);
- диспротеинемия (снижение количества альбуминов, альбумин/глобулинового коэффициента, повышение содержания гамма-глобулиновых фракций);
- уменьшение числа тромбоцитов до 160 тыс. и ниже на протяжении беременности (определение следует проводить в 16-22-28 недель).

Состояние тромбоцитарного звена системы гемостаза по наличию метаболических сдвигов в этих клетках крови позволяет прогнозировать развитие гестоза уже в 8-10 недель беременности. По данным многих авторов тромбоцитопения регистрируется за 2-3 недели до появления клинических признаков гестоза. О возможности скрытых отеков могут свидетельствовать следующие симптомы:

- тесная обувь к концу дня;
- положительный симптом кольца;
- патологическая прибавка массы тела с учетом весо/ростового коэффициента (еженедельная прибавка массы более чем 22 г на каждые 10 см роста);
- повышение ночного диуреза более чем на 75 мл и снижение суточного более, чем на 150 мл;
- положительная проба Мак Клюора-Олдрича.

Клиническая картина и диагностика

Водянка беременных проявляется стойкими отеками и является самым ранним симптомом гестоза. Задержка жидкости в организме беременных на первых этапах развития болезни связана в большей мере не с нарушением выделительной функции почек, а с расстройством водно-солевого обмена, задержкой солей натрия, повышенной проницаемостью сосудистой стенки, за счет гормональной дисфункции (увеличение активности альдостерона и антидиуретического гормона).

Различают скрытые и явные отеки. О скрытых отеках свидетельствует патологическая (300 г и более за неделю) или неравномерная еженедельная прибавка массы тела. Явные видимые отеки по их распространенности различаются по степеням: I степень — отеки нижних конечностей, II степень — отеки нижних конечностей и живота, III степень — отеки ног, стенки живота и лица, IV степень — анасарка. Вследствие снижения диуреза и задержки жидкости в организме беременной быстро нарастает масса тела, снижается диурез, отмечается никтурия. Отеки начинаются обычно с области лодыжек, затем постепенно распространяются вверх. У некоторых женщин одновременно с лодыжками начинает отекать и лицо, которое становится одутловатым. Черты лица грубеют, особенно заметны отеки на веках глаз. При их распространении на живот над лобком образуется тестоватая подушка. Нередко отекают половые губы. Утром отеки менее заметны, потому что во время ночного отдыха жидкость равномерно распределяется по всему телу. За день (в силу вертикального положения) отеки спускаются на нижние конечности, низ живота. Возможно накопление жидкости в серозных полостях.

Даже при выраженных отеках общее состояние и самочувствие беременных продолжает оставаться хорошим, жалоб они не предъявляют, а при клиническом и лабораторном исследованиях не обнаруживается существенных отклонений от нормы. Зарубежные авторы относят отеки к физиологическому явлению, поскольку считается, что они не оказывают особого влияния на исход беременности, перинатальную заболеваемость и

смертность при условии, если у матери не происходит развития гипертензии и протеинурии. Однако только у 8-10% пациенток отечный синдром не переходит в следующую стадию заболевания. У остальных к отекам присоединяются гипертензия и протеинурия. Поэтому отеки следует относить к патологическому явлению.

Диагностика водянки беременных основывается на обнаружении отеков во время беременности, не зависящих от экстрагенитальных заболеваний. Для правильной оценки водянки беременных необходимо исключить заболевания сердечно-сосудистой системы и почек, при которых также возможна задержка жидкости в организме.

О задержке жидкости в тканях при водянке дополнительно свидетельствует увеличение окружности голеностопного сустава на 1 см и более в течение недели, а также наличие отечности пальцев и положительного симптома кольца: кольцо, которое обычно носят на среднем или безымянном пальце, приходится надевать на мизинец. Правильное представление о накоплении в организме жидкости можно получить, сопоставляя ежедневное количество выпитой и выделенной жидкости, или измеряя в динамике массу тела беременной.

Осложнения гестозов. Тяжелые формы гестоза могут приводить к сердечной недостаточности, отеку легких как результату шокового легкого, острой почечной недостаточности за счет канальцевого и кортикального некроза, кровоизлияний, мозговой коме, кровоизлияниям в надпочечники, кишечник, поджелудочную железу, селезенку. Одним из частых осложнений во время беременности является преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Характерным осложнением при гестозах является плацентарная недостаточность, приводящая к внутриутробной задержке роста плода, хронической и острой гипоксии плода, внутриутробной гибели плода.

В настоящее время увеличивается вероятность развития при тяжелых формах заболевания HELLP-синдрома, который впервые описан в 1982 г.

Первые буквы сокращенного названия синдрома обозначают следующее: H - (hemolysis) гемолиз; EL - (elevated liver enzymes) повышение уровня ферментов печени; LP - (low platelet count) тромбоцитопения. При тяжелой нефропатии и эклампсии он развивается в 4-12% случаев и характеризуется высокой материнской и перинатальной смертностью.

Один из кардинальных симптомов HELLP-синдрома - гемолиз (микроангиопатическая гемолитическая анемия) характеризуется наличием в мазке крови сморщенных и деформированных эритроцитов, их разрушенных фрагментов (шистоцитов) и полихромазии. При разрушении эритроцитов освобождаются фосфолипиды, приводящие к постоянной внутрисосудистой коагуляции (хронический ДВС-синдром). Повышение уровня печеночных ферментов при HELLP-синдроме вызвано блокадой кровотока - во внутрипеченочных синусоидах из-за отложения в них фибрина, что приводит к дегенерации печеночных клеток. При обструкции кровотока и дистрофических изменениях в гепатоцитах происходит перерастяжение глиссоновой капсулы, сопровождающееся типичными жалобами (боли в правом подреберье в эпигастрии). Повышение внутрипеченочного давления может привести к субкапсулярной гематоме печени, которая может разорваться при малейшем механическом повреждении (повышение внутрибрюшного давления при родоразрешении через естественные родовые пути, применение метода Крестеллера). Тромбоцитопения (менее $90 \times 10^9/\text{л}$) вызвана истощением тромбоцитов вследствие образования микротромбов при нарушении сосудистого эндотелия. Считается, что в развитии HELLP-синдрома важное значение имеют аутоиммунные реакции. Этапы заболевания при этом представляются следующим образом: аутоиммунное поражение эндотелия, гиповолемия со сгущением крови, образование микротромбов с последующим фибринолизом.

HELLP-синдром, как правило, возникает в III триместре, чаще при сроке 35 нед. Такие признаки как тромбоцитопения и нарушение функции печени достигают максимума спустя 24—28 ч после родоразрешения. Кли-

ническая картина HELLP-синдрома характеризуется агрессивным течением и стремительным нарастанием симптомов. Первоначальные проявления неспецифичны и включают головную боль, утомление, недомогание, тошноту и рвоту, боли в животе, диффузные или локализующиеся в правом подреберье. Наиболее характерны желтуха, рвота с примесью крови, кровоизлияния в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность, судороги и выраженная кома. Нередко наблюдается разрыв печени с кровотечением в брюшную полость. В послеродовом периоде из-за нарушения свертывающей системы наблюдаются профузные маточные кровотечения.

Особенности морфологических изменений в плаценте при гестозе

По мнению ряда авторов, патология плаценты играет важную роль в патогенезе гестоза беременных. Плацента, помимо осуществления ею важной роли в питании плода, является железой внутренней секреции. Ей принадлежит главная роль в продукции эстрогенных гормонов, прогестерона, ряда жизненно важных ферментов, и при морфологических изменениях ее нарушаются гормональная и ферментативная функции, что не может не сказаться отрицательно на дальнейшем течении беременности.

Плацента при гестозе при макроскопическом исследовании отличается от плацент при нормальном течении беременности.

Обращает на себя внимание неравномерная толщина отдельных долей плаценты, уменьшение ее размеров. Особенно небольшие размеры ее отмечаются при тяжелых формах гестоза, заканчивающихся гибелью плодов, а также при рождении плодов в состоянии гипотрофии.

Плацента при гестозе отличается интенсивным темно-красным цветом, зависящем от диффузной или очаговой застойной гиперемии. Темно-красный цвет плаценты сохраняется и при антенатальной смерти плода, в то время как при внутриутробной гибели от других причин плацента обычно ишемична.

При гестозе закономерно и постоянно наблюдаются множественные инфаркты плаценты, которые считаются одним из наиболее типичных морфологических признаков этого осложнения беременности.

Планиметрический анализ показал, что при тяжелом гестозе до 28,9% поверхности плаценты бывают заняты инфарктами, в то время как в норме они встречаются только лишь в 0,8%.

Значительные изменения при гестозе беременных отмечены со стороны синцитиального покрова хориальных ворсин: резкое истончение, дегенерация, слущивание, образование большого количества синцитиальных почек на поверхности ворсин. Есть основания рассматривать отслойку симпласта как приспособительное явление в условиях затрудненного снабжения кислородом.

В соединительно-тканной строме хориональных ворсинок установлены застойное полнокровие сосудов, кровоизлияния, отек, коллагенизация стромы ворсин различного калибра, в том числе и концевых, уплотнение и утолщение аргирофильных волокон.

В плацентах при гестозе наблюдается отложение большого количества фибрина, особенно, в субхориальных отделах и вокруг стволовых ворсин. Большие скопления фибрина обнаруживаются в области межворсинчатого пространства и нередко связаны с резорбционными ворсинами базальных отделов плаценты.

В некоторых случаях при гестозе группы ворсин оказываются как бы замурованными в фибриноид. Планиметрически установлено, что площадь фибриноида при гестозе возрастает настолько, что превышает в ряде случаев площадь ворсин, с которыми он связан. Отложение фибриноида затрудняет не только поступление к эмбриону питательных веществ, но и нарушает газообмен.

Установлено, что одним из ведущих признаков при гестозе является значительное нарушение кровообращения в плаценте.

Многие авторы, дающие описание микроскопических изменений в плодной части плаценты при нефропатии, отмечали резкий отек стромы ворсин, расширение сосудов и переполнение кровью. Одновременно наблюдается утолщение стенок некоторых сосудов, сужение их просвета вплоть до облитерации.

При гестозе происходит снижение интенсивности ряда компенсаторно-приспособительных реакций плаценты.

Компенсаторные реакции плаценты при гестозе проявляются увеличением количества мелких резорбционных ворсин и очаговой гиперплазией капилляров. При тяжелой нефропатии гиперплазия капилляров может рассматриваться как наиболее достоверное морфологическое проявление компенсаторных реакций в плаценте, направленных на сохранение жизнедеятельности плода, находящегося в крайне неблагоприятных условиях при высокой степени повреждения плаценты.

Использование современной ультразвуковой аппаратуры, основанной на эффекте Доплера, позволяет оценивать скорость кровотока в маточных и спиральных артериях плаценты, магистральных сосудах пуповины и ее терминальных ветвях, снижение которого прямо пропорционально степени тяжести гестоза.

Выделяют 3 степени тяжести нарушений маточно-плацентарной и плодовой гемодинамики при гестозе:

- нарушения I степени отмечаются только в маточных артериях и в спиральных артериях плаценты;
- II степень характеризуется нарушениями как в маточных и спиральных артериях, так и в терминальных ветвях артерии пуповины, не достигающих критических значений;
- при III степени нарушения кровотока в артерии пуповины достигают критических уровней - нулевых и отрицательных значений диастолического компонента кровотока, которые предшествуют антенатальной гибели плода.

Критерием тяжелого течения гестоза и неблагоприятных перинатальных исходов является сочетание нарушений маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока с гипокинетическим типом центральной материнской гемодинамики.

Влияние гестоза на внутриутробное развитие плода и состояние новорожденного

Такое тяжелое заболевание, как гестоз, обуславливающий у беременных женщин глубочайшие сдвиги почти во всех физиологических процессах организма, отражается на состоянии развития и жизнеспособности внутриутробного плода и новорожденного.

Гестоз беременных является одной из причин мертворождений и ранней детской смертности. Перинатальная смертность при позднем гестозе колеблется от 5,14 до 16%. Из перинатальной заболеваемости можно отметить хроническую внутриутробную гипоксию плода (12,8-39,4%), внутриутробную задержку развития плода (11,5-51,5%), асфиксию новорожденных (10,0-33,0%), церебральные поражения (11,5-27,2%).

Неблагоприятное влияние гестоза на плод после рождения выявляется в разной форме: в виде гипотрофии, уменьшении среднего веса, дисгармонии веса, дисгармонии веса и роста новорожденного, общей вялости, понижения тонуса мышц, приглушении тонов сердца, заторможенности двигательных рефлексов, изменении сосудистой и дыхательной систем, большой физиологической потери веса и медленном восстановлении первоначального веса. У этих новорожденных наступает нарушение водного обмена, наблюдается сухость кожи, появляются отеки, склеродермия, гипоксемия, расстройство терморегуляции, наблюдается выраженная гипотония, отмечается понижение рефлексов Моро, Бабинского, Робинзона, снижается сосательный рефлекс. Наступают изменения в морфологии периферической крови в виде анемии, лейкопении, монопении. Отмечается высокая заболеваемость (79,2%) новорожденных в течение первого года жизни

острыми инфекционными заболеваниями, рахитом, экссудативным диатезом. Эти дети отстают в физическом и психическом развитии в первые годы жизни, у них повышена заболеваемость и, особенно, они склонны к инфекционным и аллергическим заболеваниям. Дети обладают пониженной устойчивостью к инфекциям. У этих детей отмечается высокая спонтанная бласттрансформация, более низкие величины уровня иммуноглобулинов G и M в пуповинной крови и снижение активности показателей неспецифического иммунитета. Указанные особенности иммунной реактивности у детей, развившихся внутриутробно на фоне гестоза, авторы рассматривают как признак истощения или угнетения реакции иммунитета.

Как правило, новорожденные от матерей, страдающих гестозом, это недоношенные дети, перенесшие длительную внутриутробную гипоксию, с выраженной гипотрофией. Они нуждаются в особом уходе и тщательно откорректированной инфузионно-трансфузионной терапии. Как показали наблюдения за детьми в постнатальном периоде в течение 3 лет - у 90% детей выявлялась различная патология и, в первую очередь, церебральные поражения различной степени выраженности. В основном, это характерно для детей при гестационном возрасте 34 и менее недель (Г.М. Савельева, 1994)

4. Принципы терапии гестоза

Терапия гестоза независимо от степени тяжести должна учитывать все известные звенья патогенеза, быть комплексной и дифференцированной.

Лечение прегестоза можно проводить в условиях женской консультации. Беременные с клинически проявляющимися формами гестоза подлежат госпитализации в акушерский стационар, при тяжелых формах гестоза - в высококвалифицированные стационары, имеющие реанимационно-анестезиологическую службу и условия для выхаживания недоношенных детей.

Основными направлениями терапии гестоза являются:

1. Создание лечебно-охранительного режима.

2. Лечебная диета.
3. Ликвидация гиповолемии.
4. Гипотензивная терапия.
5. Нормализация реологических и коагуляционных свойств крови.
6. Нормализация сосудистой проницаемости.
7. Регуляция водно-солевого обмена.
8. Нормализация метаболизма.
9. Профилактика и печение полиорганной недостаточности.
10. Антиоксидантная терапия.
11. Профилактика и лечение плацентарной недостаточности.

Нормализация волевических нарушений и микроциркуляторных расстройств должны определять генеральную линию в терапии гестоза. С этой целью проводится инфузионная терапия. Ее задачами являются устранение гиповолемии, восстановление тканевой перфузии и органного кровотока в жизненно важных органах, устранение гемоконцентрации и гипопроотеинемии, коррекция электролитных и метаболических нарушений.

Основными показаниями к проведению инфузионной терапии являются:

- легкий гестоз при длительном течении;
- легкий гестоз при рецидивирующем течении;
- средне-тяжелый гестоз;
- преэклампсия, эклампсия;
- внутриутробная задержка развития плода.

Инфузионная терапия осуществляется методом управляемой гиперволевической гемодилюции путем введения коллоидных и кристаллоидных растворов. Она должна проводиться под контролем гемодинамических показателей, диуреза, гематокрита, осмолярности, содержания электролитов. Объем ее определяется в зависимости от перечисленных параметров.

Среди этих препаратов наиболее широкое распространение в практике лечения артериальной гипертензии при гестозе получил сульфат магния.

Помимо легкого наркотического действия, сульфат магния вызывает мочегонный, гипотензивный, противосудорожный, спазмолитический эффект и снижает внутричерепное давление. С учетом выявляемых нарушений микроциркуляции предпочтительно-внутривенное введение сульфата магния, что приводит к более быстрому наступлению эффекта и отсутствию осложнений, связанных с его внутримышечным применением. Доза сернокислого магния определяется исходным уровнем среднего артериального давления, массой тела беременной и индивидуальной чувствительностью к препарату, зависящей, в основном, от функциональной способности почек.

В практическом отношении можно придерживаться следующих принципов подбора дозы и скорости введения сульфата магния:

1. При тяжелом гестозе первоначально внутривенно медленно в течение 15-20 минут вводится 6 г сульфата магния. Затем - поддерживающая доза 2 г/час.
2. В зависимости от исходного уровня среднего артериального давления.

$$САА = \frac{АД_{сис\text{т.}} + 2АД_{диаст.}}{3}$$

- при САД от 100 до 110 мм рт.ст возможно применение стандартной дозы сернокислого магния 1 г/ч.;
- при САД от 110 до 120 мм рт.ст. - 1,8 г/ч 30 мл 25% р-ра, или сухого вещества в 400 мл реополиглюкина;
- при САД от 121 до 130 мм рт.ст. - 2,5 г/ч 40 мл 25% р-ра, или 10,0 сухого вещества в 400 мг гемодиллютана;
- при САД выше 130 мм рт.ст - 3,2 г/ч 50 мл 25% р-ра, или сухого вещества в 400 мл реополиглюкина.

3. В зависимости от массы тела: до 90 кг - 0,02 г/кг/ч; более 90 кг - 0,04 г/кг/ч.

Сульфат магния вводится или через перфузомат или растворенным в 400,0 гемодилютанта - реополиглюкина. Предпочтительным является раздельное введение сульфата магния и гемодилюганта, что делает данный метод более рациональным для индивидуального подбора дозы и скорости введения как раствора для гемодилюции, так и гипотензивного средства.

Введение сульфата магния продолжают до тех пор, пока артериальное давление и состояние больной не стабилизируются, но не менее 24 часов после родов.

Ко второй группе антагонистов кальция, применяемых для лечения гестоза, относятся блокаторы кальциевых каналов. Действие этих препаратов направлено на подавление потоков ионов кальция в клетку через кальциевые каналы. Преимуществом данных препаратов является сравнительно продолжительный гипотензивный эффект (6-12 часов), наступающий после перорального приема препарата. Среди многочисленных препаратов этого класса можно выделить коринфар и нифидипин, применяемых per os по 10 мг 2 раза в день и препараты пролонгированного действия - норваск или амлодипин 5 мг сутки в течение 3-4 недель.

Лазеротерапия осуществляется путем транскутанного воздействия на кровь беременной путем облучением зон проекции бедренных сосудов с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Узор» с частотой 80 Гц, экспозицией 64 секунды с каждой стороны. Курс лечения составляет 5-6 процедур ежедневно, один раз в день.

Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в комплексном лечении гестоза, по данным исследования микроциркуляции, системы гемостаза беременных и кардиотокографии плода способствует, снятию вазоконстрикции, нормализации реологических свойств крови и, вследствие этого, улучшению маточно-плацентарного кровообращения и функционального состояния плода, снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Показанием к проведению плазмафереза является отсутствие эффекта от предшествующей медикаментозной терапии у беременных с легким и средне-тяжелым течением гестоза в течение 7 и более дней, наличие гестоза в анамнезе.

При лечении беременных с гестозом необходимо проведение курса плазмафереза из трех процедур с интервалом два-пять дней. Оптимальное количество плазмы, удаляемой за одну процедуру, составляет 600+100 мл. Плазмозамещение обязательно должно включать белковые растворы и реологически активные коллоиды, соотношение удаленной плазмы к плазмозаменителям -1:1,4.

Проведение плазмафереза у беременных с гестозом следует выполнять в изо- или гипераолемическом режиме, для этого эксфузии крови должно предшествовать введение плазмозаменителей. Перед забором крови целесообразно введение гепарина в дозе 2,5-7,5 тыс. Ед. в зависимости от показателей гемостазиограммы.

Противопоказаниями для проведения плазмафереза у беременных с гестозом являются гипокоагуляция, по данным гемостазиограммы, аллергические реакции на белковые и коллоидные растворы.

Курс плазмафереза продолжается в среднем 10 дней и состоит из трех сеансов с интервалом 2-4 дня.

Ведение беременности,

показания к досрочному родоразрешению при гестозе

Сроки родоразрешения зависят от степени тяжести гестоза, выраженности задержки внутриутробного развития плода и эффективности проводимой терапии.

При полном эффекте проводимой терапии гестоза легкой степени, отсутствии рецидива или других серьезных осложнений беременность пролонгируется до своевременных родов. При доношенной беременности длительность лечения должна быть минимальной и заключаться в подготовке организма беременной к родам.

При частичном эффекте лечения гестоза средней и тяжелой степени и удовлетворительном состоянии плода допустимо продолжение беременности до срока жизнеспособного плода.

Необходимо помнить, что у 20-25% беременных с гестозом заболевание прогрессирует несмотря на проводимую комплексную терапию, а единственным этиологически обоснованным лечением наиболее тяжелых форм гестоза является прерывание беременности. В подобных случаях в интересах сохранения здоровья женщины и предупреждения перинатальной смертности показано досрочное родоразрешение. Способ родоразрешения зависит от жизнеспособности и зрелости плода, которые устанавливаются на основании определения уровней гормонов в крови матери, кардиотокографии, УЗИ, доплерометрии маточно-плацентарно-плодового кровотока, акушерской ситуации.

Родоразрешению должен предшествовать комплекс мероприятий по профилактике РДС у новорожденных глюкокортикоидами.

Показаниями к досрочному родоразрешению служат:

- гестоз легкой и средней степени при отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 недель;
- гестоз тяжелой степени при отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 суток;
- преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения в течение нескольких часов;
- HELLP-синдром, острая жировая дистрофия печени;
- эклампсия;
- гестоз, сопровождающийся выраженной плацентарной недостаточностью.

Тактика ведения родов при гестозе

Роды через естественные родовые пути у больных с тяжелыми формами гестоза оказываются серьезной физической и психической нагрузкой, могут способствовать прогрессированию нарушения мозгового

кровообращения, функциональной недостаточности легких, миокарда, печени, почек. В связи с этим нередки случаи, когда окончание беременности через естественные родовые пути на фоне истощения резервных возможностей организма оказывается запредельной травмой и не только не облегчает, но, напротив, утяжеляет имеющиеся клинические симптомы. При гестозе, осложненном нарушением функций жизненно важных органов и систем, методом выбора является операция кесарева сечения, которая иногда является единственным шансом для спасения матери и плода, обеспечивая максимально срочное окончание беременности.

Показаниями для родоразрешения путем кесарева сечения во время беременности являются:

- эклампсия;
- преэклампсия при отсутствии эффекта от лечения;
- осложнения гестоза (кома, анурия, амавроз, кровоизлияние в сетчатку, отслойка сетчатки, подозрение на кровоизлияние в мозг);
- сочетание гестоза и другой акушерской патологии (тазовое предлежание плода, длительное бесплодие и др.);
- выраженная плацентарная недостаточность, при возможности выхаживания недоношенного новорожденного;
- отсутствие эффекта от родовозбуждения или ухудшение состояния беременной во время его проведения.

Роды, осложненные гестозом, должны вести врач акушер-гинеколог совместно с анестезиологом. При родоразрешении через естественные родовые пути первый период родов следует вести в изолированной от шума палате. Роженица должна находиться на боку для профилактики синдрома нижней полой вены. Показана ранняя амниотомия при раскрытии шейки матки на 3-4 см с целью снижения внутриматочного давления, стимуляции родовой деятельности.

Ведение родов через естественные родовые пути при гестозе должно включать постоянный мониторинг за состоянием роженицы и плода, проведение интенсивной терапии, включающей поэтапное обезболивание родов, спазмолитики, антигипоксантами, средствами, поддерживающие достаточный уровень маточно-плацентарно-плодового кровотока и метаболических процессов в фетоплацентарной системе.

Выбор способа обезболивания родов зависит от степени тяжести гестоза. При гестозе легкой и средней степени используют промедол в сочетании со спазмолитическими и седативными препаратами. При тяжелом гестозе методом выбора является длительная эпидуральная анестезия.

У пациенток с тяжелым гестозом все манипуляции, инъекции, влагалищное исследование должны проводиться на фоне адекватной анестезии.

Инфузионная терапия в родах ограничивается до 500-800 мл.

Гипотензивная терапия проводится под контролем артериального давления. При повышении артериального давления выше 160/100 мм. рт. ст. в конце первого и во втором периоде родов показано проведение управляемой относительной нормотонии, а при ее неэффективности – и извлечением плода за тазовый конец при его тазовом предлежании.

В третьем периоде родов из-за опасности кровотечения необходимо проводить его профилактику с иглой в вене путем внутривенного капельного подведения окситоцина, простагландинов или метилэргометрина.

В течение последового и раннего послеродового периодов вследствие перераспределения крови и повышения периферического сопротивления возможен подъем артериального давления. Поэтому необходим тщательный контроль за состоянием роженицы и измерение артериального давления через каждые 10-15 минут.

Показаниями к кесареву сечению во время родов являются:

- те же показания, что и во время беременности;
- ухудшение состояния роженицы и плода во время родов;

- слабость родовой деятельности, не поддающаяся коррекции.

Оптимальным методом обезболивания при кесаревом сечении является длительная эпидуральная анестезия.

Современные принципы профилактики тяжелых форм гестоза

Профилактические мероприятия проводятся с целью исключения развития тяжелых форм гестоза у беременных группы высокого риска и в период ремиссии после выписки их из стационара.

К группе высокого риска развития гестоза следует относить следующие факторы: а) экстрагенитальная патология; б) многоплодие; в) наличие гестоза в предыдущие беременности, г) возраст менее 17 лет и более 30 лет.

Профилактический комплекс включает в себя диету, режим «Best rest», витамины, фитосборы с седативным эффектом и улучшающим функцию почек механизмом, спазмолитики, препараты, влияющие на метаболизм, дезагреганты и антикоагулянты, антиоксиданты, мембранстабилизаторы а также лечение экстрагенитальной патологии по показаниям.

1. Диета калорийностью 3500 ккал должна содержать достаточное количество белка (до 110 г/сут. - 120 г/сут.), жиров 75-80 г, углеводов 350-400 г, витаминов, минеральных веществ. Применяется продукты, умеренно подсолненные, с исключением острых, жирных блюд, вызывающих чувство жажды. Беременным с экстрагенитальной патологией необходима диета с учетом стола, рекомендуемого для каждой патологии. Целесообразно использовать продукт лечебного питания «Эколакт» (до 200 мл/сутки). Напиток приготовлен на основе моркови, белокочанной капусты, столовой свеклы. Он содержит углеводы, витамины, аминокислоты, живые лактобациллы штамма *L. plantarum* 8 PA-3,0 и обладает антиоксидантным свойством, воздействуя на различные обменные процессы. Напиток применяют курсами (3-4 курса) по 14 дней.

Количество жидкости у беременных группы риска ограничивается до 1300-1500 мл, соли - до 6-8 г в сутки.

2. Дозированный постельный режима «Best rest» способствует снижению общего периферического сопротивления сосудов, увеличению ударного объема сердца и почечного кровотока, нормализации маточно-плацентарного кровообращения и является важным немедикаментозным мероприятием.

Метод заключается в пребывании беременных в положении преимущественно на левом боку с 10 до 13 и с 14 до 17 часов, в часы, соответствующие повышенным пикам артериального давления.

3. Все беременные должны получать витамины. Назначаются витаминные фитосборы или витамины принимаются в таблетированном виде (гендевит по 1-2 драже в день, матерна - 1 т. и др.).

4. В профилактический комплекс вводят фитосборы:

а) седативные (валериана настой по 30 мл 3 раза в день или таблетки по 1-2 т. 3 раза в день, настой пустырника по 30 мл 3-4 раза в день), сборы успокоительные по 1/2 ст. лож. 3 раза в день, новопассит - 15 кал. 3 раза в день;

б) улучшающие функцию почек (почечный чай, березовые почки, листья толокнянки, брусники, кукурузные рыльца, трава хвоща полевого, цветки василька синего), фитолизин;

в) нормализующие сосудистый тонус (боярышник).

5. Применение спазмолитиков. Учитывая, что на ранних этапах развития гестоза важное значение имеет повышение тонуса сосудов, в профилактический комплекс включаются спазмолитики (эуфиллин по 1 т. 2 раза, папаверин по 1 т. 2 раза, но-шпа 1 т. 3 раза в день и т.д.).

6. Препараты, влияющие на метаболизм. Для нормализации клеточного метаболизма микроэлементов используют аспаркам по 1 т. 3 раза, панангин по 1 т. 3 раза и другие препараты, содержащие микроэлементы.

7. С целью стабилизации микроциркуляции в профилактический комплекс включают один из дезагрегантов (трентал по 1 т. 3 раза, курантил по 2 т. 3 раза, агапурин по 1 т. 3 раза) или аспирин по 60 мг/сут. ежедневно в первый половине дня после еды. Противопоказанием к применению аспирина является повышенная чувствительность к салицилатам, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение свертывающей системы крови, кровотечения в анамнезе.

8. С учетом важности перекисного окисления липидов в инициации гестоза для его нормализации в профилактический комплекс вводится один из антиоксидантов: витамин Е (300 мг/сут.), аскорбиновая кислота (100 мг/сут.), глютаминовая кислота (3 г/сут.).

9. Для восстановления структурно-функциональных свойств клеточных мембран применяются мембранстабилизаторы, препараты, содержащие полиненасыщенные незаменимые жирные кислоты: эссенциале-форте 2 капс. 3 раза, липостабил 2 капс. 3 раза и пищевую добавку эйконол по капс. 1-2 раза в день.

10. Нормализация гемостаза. Для нормализации гемостатических свойств крови применяется низкомолекулярный гепарин — фраксипарин, который назначается ежедневно однократно по 0,3 мл (280 МЕ). Показанием к применению гепарина является наличие растворимых комплексов фибриногена, снижение АЧТВ менее 20 сек., гиперфибриногенемия, снижение эндогенного гепарина ниже 0,07 ед./мл, антитромбина III ниже 75%. Фраксипарин применяется с 16 недель гестации. Длительность применения варьируют от 3 до 4 недель, курсами. Фраксипарин применяется под контролем времени свертывания крови, которое не должно повышаться более, чем в 1,5 раза по сравнению с исходными данными. При использовании гепарина дезагреганты не применяются. Противопоказаниями для применения фраксипарина во время беременности те же, что и в общей патологии.

11. Профилактические мероприятия проводятся на фоне лечения экстрагенитальной патологии, по показаниям.

Профилактика тяжелых форм гестоза должна начинаться с 8-9 недель гестации. Профилактические мероприятия проводятся поэтапно, с учетом фоновой патологии:

- с 8-9 недель всем беременным, входящим в группу риска назначается соответствующая диета, режим «Best rest», комплекс витаминов, лечение экстрагенитальной патологии;
- с 16-17 недель пациенткам с хроническим холециститом, холангитом, нарушением жирового обмена I-II степени, дополнительно в профилактический комплекс добавляют фитосборы: растительные сборы с седативным и улучшающим функцию печени и почек механизмом;
- с 16-17 недель пациенткам с гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом, гломерулонефритом, нарушением жирового обмена II-III степени, эндокринопатиями, сочетанной экстрагенитальной патологией дополнительно к предыдущим мероприятиям включают дезагреганты или антикоагулянты, антиоксиданты, мембранстабилизаторы.

У беременных группы риска профилактические мероприятия должны проводиться постоянно, фитосборы и метаболические препараты, чередуя, назначаются постоянно. На их фоне дезагреганты или антикоагулянты, мембранстабилизаторы совместно с антиоксидантами применяют курсами по 30 дней с перерывом в 7-10 дней.

Аналогичные мероприятия проводятся одновременно с целью профилактики рецидива гестоза у беременных после выписки из родильного дома.

При появлении начальных клинических симптомов гестоза необходима госпитализация и лечение в стационарных условиях.

Эффективность

Представленные данные получены при обследовании более 2000 пациенток.

Предложенное комплексное лечение гестоза позволяет повысить эффективность лечения при легкой степени заболевания в 1,2 раза, при средней – в 1,5 раза, при тяжелой - в 1,6 раза, пролонгировать беременность при тяжелой нефропатии до 34-35 недель у 75% беременных, снизить перинатальную смертность в 2,5 раза, перинатальную заболеваемость в 1,5-2,2 раза.

Профилактические мероприятия, включающие дезагреганты, мембранстабилизаторы, антиоксиданты у беременных группы риска, снижают частоту развития тяжелых форм гестоза в 2,5 раза, перинатальную смертность в 1,8 раз, перинатальную заболеваемость в 2,9 раз.

Медицинская реабилитация женщин, перенесших гестоз

Медицинская реабилитация пациенток, перенесших гестоз может проводиться в несколько этапов в зависимости от степени тяжести перенесенного гестоза и эффективности реабилитационных мероприятий.

При изучении отдаленных последствий гестоза выявлено, что нормализация функции почек у пациенток с нефропатией происходит через 5 лет, после преэклампсии - через 10 лет, а после эклампсии восстановления функции почек не происходит даже спустя 10-15 лет.

1 этап начинается в родильном доме и, в зависимости от течения, может продолжаться до 3-х недель. Предусматривается ежедневное измерение артериального давления и диуреза, еженедельный лабораторный контроль состояния и функции почек. Назначается терапия, направленная на улучшение состояния ЦНС, устранение гиповолемии, нормализацию артериального давления, водно-электролитного и белкового баланса.

2 этап продолжительностью до года проводится у пациенток с устраненными симптомами гестоза в поликлинических условиях терапевтом. Предусматривается измерение артериального давления 1-2 раза в месяц,

клинический анализ крови, мочи. Назначается симптоматическая терапия, направленная на нормализацию функционального состояния ЦНС, сосудистого тонуса, почек. При эффективности проводимых мероприятий реабилитация может на этом заканчиваться.

3 этап проводится у пациенток с повышенным артериальным давлением и протеинурией в течение 6 месяцев после родов. Необходима госпитализация в специализированные отделения (нефрологическое, урологическое, терапевтическое) для проведения специальных исследований и выявления фоновых заболеваний. В зависимости от выявленных отклонений - соответствующая терапия.

4 этап продолжительностью до года проводится у этих пациенток в поликлинических условиях терапевтом, нефрологом, урологом.

Таким образом, изучение гестоза беременных, по-прежнему, остается актуальной проблемой, так как среди осложнений, оказывающих влияние на материнский организм и плод, гестоз продолжает занимать весьма видное место. Нарушения микроциркуляции и метаболизма, имеющие место при данном заболевании, несомненно, являются одним из основных патологических звеньев этого тяжелого осложнения беременности. До настоящего времени нет таких абсолютных критериев и тестов, с помощью которых можно было бы оценить тяжесть гестоза и установить прогноз для течения беременности и предстоящих родов. Необходимо помнить, что у 20-25% беременных течение гестоза имеет упорный, резистентный к лечению характер и грозит тяжелыми осложнениями для матери и плода, и только правильное определение своевременности родоразрешения позволяет сохранить жизнь женщине и новорожденному.

1. Вопросы темы, предлагаемые для освещения на лекции:

1. Понятие гестоза.
2. Этиопатогенез.
3. Классификация.

4. Клиника. Диагностика. Осложнения.
5. Принципы беременности и родов.
6. Профилактика. Этапы реабилитации.

(Текст лекции)

2. Перечень наглядных пособий, средств ТСО и материалов, используемых на лекции.
 1. Схемы патогенеза гестозов.
3. Вопросы темы, предлагаемые для разбора на практических занятиях.
 1. Патогенез гестозов беременных.
 2. Классификация.
 3. Основные формы гестозов.
 4. Клиника, диагностика и лечение нефропатии.
 5. Особенности течения сочетанного гестоза.
 6. Особенности ведения родов у больных нефропатией.
 7. Клиника, диагностика и лечение преэклампсии.
 8. Клиника, диагностика и лечение эклампсии.
 9. Реанимационные мероприятия при тяжелых формах гестозах.
 10. Показания к кесареву сечению у больных гестозами.
 11. Осложнения во время родов у больных с гестозами.
 12. Показания для досрочного родоразрешения.
 13. Профилактика тяжелых форм гестозов.
 14. Реабилитация после перенесенных тяжелых форм гестозов.
4. Перечень наглядных пособий, средств ТСО, используемых на практическом занятии.
 1. Схема патогенеза гестозов.
 2. Учебный фильм.
 3. Анализы.
 4. Схемы медикаментозной терапии гестозов по степеням тяжести.
 5. Методические пособия по профилактике и реабилитации

гестозов.

5. Формы контроля, используемые для определения готовности студентов к занятию и для последующего закрепления знаний.
 1. Тесты I, II, III уровней.
 2. Ситуационные задачи.
6. Вопросы темы для самостоятельного изучения студентами.
 1. Степени тяжести водянки беременных.
 2. Особенности лечения отеков беременных.
 3. Методы немедикаментозной терапии гестозов.
 4. Эффективные методы лечения и их проведение у больных гестозами.
 5. Особенности и схемы диетотерапии при гестозах.
 6. Фитотерапия при гестозах.
7. Литература.

Обязательная:

1. Акушерство. Под ред. Савельевой Г.М. – Москва, Медицина, 2000.
Учебник для медицинских вузов «Акушерство».

Дополнительная:

1. «Гестозы беременных». Учебное пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов медицинских вузов. Л.В. Цаллагова, Л.С. Попова, г. Владикавказ, 2010.

2. Акушерство: Национальное руководство. Росс. общество акуш. и гин. (М.), Ассоциация мед. обществ по качеству (М.), ред.: Э.К. Айламазян и др. – М. Геотар-Медиа, 2007. 1200с. – (Национальные руководства) (Национальный проект Здоровье).

«АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ»

I. Научно – методическое обоснование темы :

Знакомство с исторической справкой изобретения акушерских щипцов (forceps obstetrica), изучение строения акушерского инструмента , предназначенного для извлечения живого, доношенного плода за головку через естественные родовые пути при необходимости быстрого завершения родов, или исключения II периода родов; освоения одной из важных для практического акушерства операций.

II. Цель занятия: На основании знаний основных показаний к операции наложения акушерских щипцов, знание методов обезболивания (заданной уровень сложности), научить студентов технике наложения акушерских щипцов.

Студенты должны узнать о возможных осложнениях для матери и плода, о мерах по их предупреждению.

Аспирант должен знать :

1. История возникновения щипцов
2. Устройство и модели щипцов.
3. Понятие о полостных и выходных щипцах.
4. Три тройных правила наложения щипцов.
5. Обезболивание.
6. Моменты операций полостных и выходных щипцов.
7. Возможные осложнения для матери и плода.

Аспирант должен уметь:

1. Уметь на фантоме и кукле наложить щипцы при различных видах предлежания головки.

2. Уметь определить при вагинальном исследовании в какой плоскости таза находится головка по проводной точке и стреловидному шву, определить предлежание, позиция ,вид. Какие щипцы в данном случае можно наложить?

III. Содержание занятия:

Щипцы были изобретены Чемберленом в 1560г., но семейство Чемберленов держало свое изобретение в тайне, передавая из поколения в поколение, используя в качестве обогащения. В одном из поколений щипцы исчезли и были обнаружены через 100 лет, при перестройке дома в одном из тайников в стене – 3 ложки и рычаги.

За это время вновь были изобретены щипцы французским анатомом – хирургом Пальфином в 1723 г., который принес свое изобретение в Парижскую академию наук. Они были деревянные, не имели замка, скреплялись веревкой, но были переданы в дар народу. С тех пор каждый уважающий себя акушер считал своим долгом изобрести новую модель щипцов. Существует около 300 моделей по данным Красовского.

По конструкции и устройству замка щипцы делят на:

- а) Французские, с сильно выраженной головной кривизной с неподвижным замком (винтовой замок)
 - б) Английские, короткие, легкие, имеющие головную и тазовую кривизну, подвижный замок;
 - в) Немецкие, имеющие подвижный замок, длинные ветви;
 - г) Русские щипцы – Лазаревича, имеющие только головную кривизну, прямые, подвижные с неперекрещивающимися ложками.
- В Советском Союзе принята модель Симпсона – Феноменова.

Устройство щипцов: Щипцы имеют 2 ложки правую и левую. Имеют рукоятку, замок, крючки Буша и ветви щипцов, имеющие окончатую вырезку (для меньшего сдавливания головки).

Для облегчения – рукоятки полые с пазами для удобства захвата.

Цель наложения щипцов: восполнение или замена изгоняющих сил.

Показания со стороны матери:

1. Слабость родовой деятельности.
2. Тяжелые формы токсикоза.
3. Метроэндометрит.
4. Кровотечение на почве частичного предлежания или частичной отслойки плаценты.
5. Экстрогенитальные заболевания: пороки сердца, гипертоническая болезнь, туберкулез в стадии декомпенсации.
6. Высокая степень миопии.
7. Нервно - психические расстройства.

Показания со стороны плода:

Начинающаяся гипоксия плода или асфиксия плода (учащение с/б более 160 или менее 120 в 1 мин.)

Условия наложения щипцов:

1. Полное раскрытие маточного зева.
2. Плодный пузырь должен быть вскрыт.
3. Плод должен быть живой и доношенный.
4. Плод должен быть средних размеров.
5. Головка должна стоять в удобном для наложения щипцов положении (узкой части полости таза или тазовом дне)
6. Истинная конъюгата должна быть не менее 8 см.

Обезболивание: Местная пудендальная анестезия или закись азота с кислородом.

Подготовка роженицы: должна быть выпущена моча катетером, произведена обработка наружных половых органов. Врач обязан сделать влагалищное исследование, чтобы уточнить, где находится головка, расположение швов и родничков.

Существует 3 тройных правила наложения щипцов:

I. Правило введения ложек

1. Первой всегда вводится левая ложка.
2. Левая ложка, левой рукой вводится в левую половину таза матери под контролем правой руки.
3. Правая ложка, правой рукой вводится в правую половину таза матери под контролем левой руки.

II. Правило расположения ложек на головке

1. Ось щипцов, ось головки и ось таза должны находиться в одной плоскости.
2. Щипцы должны быть наложены бипариентерально через скуло-теменную область.
3. Верхушки ложек должны всегда смотреть вверх, в сторону проводной точки.

III. Правило тракций

1. Если головка в широкой части таза, тракции производятся на носки сидящего акушера.
2. Если головка в узкой части полости малого таза, тракции производятся на колени сидящего акушера.

3. Если головка на тазовом дне, тракции производятся на грудь, а затем на лицо сидящего акушера.

Для атипичных щипцов:

IV правило (три слева, три справа)

1. Если проводная точка слева, щипцы накладываются в левом косом размере,
левая - фиксирующая ложка, правая – блуждающая.
2. Если проводная точка справа, щипцы накладываются в правом косом размере, фиксирующая ложка правая. Левая блуждающая.
3. Щипцы накладываются в размере противоположном тому, в котором находится стреловидный шов.
4. При низком поперечном стоянии стреловидного шва, щипцы накладываются дважды: один раз в косом, второй раз в поперечном размере.

IV. Перечень ТСО, наглядных пособий:

1. Фантом, таз, кукла.
2. Различные модели щипцов (Симпсона- Феноменова, Лазаревича, Негеля).
3. Рисунки плоскостей таза, уровня стояния головки в малом тазу.
Таблицы с рисунками технических моментов наложения щипцов.

V. Фантомный курс . Осложнения.

Техника наложения щипцов:

Операция состоит из следующих моментов:

- 1) Введение и размещение ложек.
- 2) Замыкание ложек.
- 3) Пробная тракция.
- 4) Собственно тракция.
- 5) Снятие ложек.

Операция выполняется на родильном столе.

Положение роженицы с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах.

Обезболивание: пудендальная анестезия, по показаниям

кратковременный в/венный наркоз. Наружные половые органы и руки хирурга – асептическая обработка.

Работа в стерильных перчатках.

Перед операцией влагалищное пальцевое исследование. Инструменты – стерильны.

Операция выполняется строго по правилам (три тройных правила)

Первой вводится левая ложка. Правая рука водится во влагалище.левой рукой захватывают рукоятку как «смычек» или как «писчее перо», рукоятку ставят параллельно паховому сгибу, верхушку ложки в желобок между 2-м и 3-м пальцем правой руки и подталкивая большим пальцем правой руки, размещается ложка в левой половине таза, передать помощнику.

Второй вводится правая ложка, как и первая под контролем левой руки.

После замыкания и пробной тракции можно рукоятки захватить по Цовьянову, в виде замка. Преимущество такого захвата:

1. Сила тракции равномерно распределяется на обе руки.
2. Уменьшается трение головки о лонное сочленение.
3. Нет необходимости перехватывать ложки щипцов.

Но при таком захвате нужен помощник для промежуточности.

Для профилактики разрыва промежуточности рекомендуется эпизиотомия.

Полосные и атипичные щипцы накладываются на головку, находящуюся в узкой части полости таза (в широкой части – высокие, атипичные щипцы не рекомендуются, т.к. могут привести к значительной травме матери и плода).

Головка еще не полностью совершила ротацию, стреловидный шов находится в косом размере. Особенностью наложения этих щипцов согласно 4 правилу, они накладываются в косом размере (при 1 позиции в левом косом, при 2 позиции в правом косом размере).

В момент пробной тракции в щипцах производится ротация, мы как бы руками придаем ротирующее движение.

При низком поперечном стоянии головки, когда стреловидный шов находится на тазовом дне в поперечном размере, щипцы накладываются дважды. 1-й раз в косом размере, после пробной тракции и ротации, щипцы снимаются и повторно накладываются в поперечном размере, т.к. стреловидный шов уже в прямом размере, т.к. ложки ложатся на глаза и затылок.

Осложнение при наложении щипцов: травматизм матери (разрывы шейки, влагалища, промежности), для плода – внутричерепная травма, нарушения в умственном развитии при грубых нарушениях правил наложения щипцов.

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Определение назначения акушерских щипцов.
2. В каком периоде родов накладываются акушерские щипцы?
3. Показания к наложению акушерских щипцов.
4. Противопоказания к наложению акушерских щипцов.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний :

1. Значение влагалищного исследования перед проведением операции наложения акушерских щипцов.
2. Возможные ошибки при наложении акушерских щипцов.
3. Значение пробной тракции.
4. Осложнения при наложении акушерских щипцов для матери и плода.

VIII. Тестовый контроль знаний.

ТЕСТЫ 1 УРОВНЯ

Вопросы

1. Какая модель щипцов применяется в современном акушерстве чаще всего:
 - а) Лазаревича
 - б) Негеля
 - в) Симпсона – Феноменова**
2. Какова длина щипцов Симпсона- Феноменова:
 - а) 50 см
 - б) 20 см
 - в) 70 см
 - г) 35 см**
 - д) 40 см
3. Подвижность замка в щипцах Симпсона- Феноменова:
 - а) подвижен**
 - б) неподвижен

4. Какое основное действие щипцов:
- а) компрессионное
 - б) влекущее**
 - в) ротационное
5. Какие показания со стороны матери для операции наложения щипцов?
- а) узкий таз
 - б) эндометрит в родах**
 - в) тяжелые формы токсикоза**
 - г) слабость родовой деятельности**
 - д) пиелонефрит
 - е) анемия
 - ж) сердечно-сосудистые заболевания**
6. Какие показания со стороны плода для наложения щипцов?
- а) гипоксия плода**
 - б) мертвый плод
7. Условия, необходимые для наложения щипцов:
- а) мертвый плод
 - б) живой плод**
 - в) открытие 4 – 6 см.
 - г) полное открытие**
 - д) наличие плодного пузыря
 - е) отсутствие плодного пузыря**
 - ж) головка малым сегментом во входе в малый таз
 - з) головка большим сегментом
 - и) головка в полости таза**
 - к) головка в выходе таза**

л) полное соответствие головки размерам таза

8. Какие методы обезболивания применяют при наложении акушерских щипцов?

а) эндотрахеальный наркоз

б) инфильтративная анестезия

в) без обезболивания

г) наркоз закисью азота с кислородом

д) перидуральная анестезия

9. Какие основные этапы наложения щипцов?

а) введение ложек

б) замыкание ложек

3) пробная тракция

4) извлечение головки плода

5) снятие щипцов

10. Что называется полостными щипцами или атипичными?

Акушерские щипцы, наложенные на головку, стоящую на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода таза.

11. Что такое выходные или типичные щипцы?

Акушерские щипцы, наложенные на головку, стоящую на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода таза.

12. Назовите общие принципы наложения акушерских щипцов (три тройных правила):

1 Тройное правило:

1. Первой всегда вводится левая ложка.

- 2. Левая ложка, левой рукой вводится в левую половину таза под контролем правой руки.**
- 3. Правая ложка, правой рукой вводится в правую половину таза под контролем руки.**

2 Тройное правило:

- 1. Верхушки ложек должны смотреть вверх, в сторону проводной точки.**
- 2. Ось щипцов, ось головки и ось таза должны быть в одной плоскости.**
- 3. Щипцы должны быть наложены бипариентерально через скуло- теменную область.**

3 Тройное правило:

- 1. При головке, находящейся в широкой части полости таза тракции, производят на носки сидящего акушера.**
- 2. При головке в узкой части – на колени.**
- 3. При головке на тазовом дне, тракции производятся на грудь, а потом на лицо сидящего акушера.**

13. Назовите опознавательные точки, если головка находится в узкой части полости таза при влагалищном исследовании.

Седалищные ости, крестцово- копчиковое сочленение, нижний край симфиза.

14. Данные влагалищного исследования при головке стоящей на тазовом дне.

Седалищные бугры, верхушка копчика и нижний край симфиза.

15. Назовите 4-е тройное правило для атипичных щипцов:

- 1) Если проводная точка слева – щипцы накладываются в левом косом размере. Фиксирующей ложкой будет левая, правая блуждающая.
- 2) Если проводная точка справа, щипцы накладываются в правом косом размере. Фиксирующей ложкой будет правая, левая блуждающая.
- 3) Щипцы накладываются в размере, противоположном стреловидному шву.

16. Какие затруднения возникают при наложении ложек:

- 1) Затруднения при введении ложек и замыкании щипцов
- 2) Затруднения при извлечении головки

17. Какие осложнения возникают при наложении щипцов

- 1) Травмы шейки, влагалища, промежности.
- 2) Травмы плода

18. Первородящая, 31 года. Потуги продолжаются в течении 3-х часов по 40 мин. через 3-4 ч сек. Головка на тазовом дне. С/б плода аритмичное, глухое, 150 в 1 мин. , подтекают зеленые воды.

Диагноз? Что делать?

Диагноз: Вторичная слабость потуг, начавшаяся гипоксия плода.

Показано наложение акушерских щипцов.

19.Первобеременная, 30 лет, женскую консультацию не посещала.

Жалуется на головную боль, пелену перед глазами. АД= 160/120 – 170/110 мм.рт.ст. В моче 8,0 белка, выраженные отеки. Головка в узкой части полости таза. Полное раскрытие. Плодного пузыря нет.

Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева и спереди.

Диагноз? Что делать?

Диагноз: преэклампсия

Необходимо под наркозом наложить атипичные щипцы по правилу три слева.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Роженица, 37 лет. Поступила по поводу 2 срочных родов. Женскую консультацию не посещала. В анамнезе 1 нормальны роды – вес 3600, 2 мед аборта – без осложнений.

Из перенесенных заболеваний: корь, скарлатина, ГП. Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на головную боль, мелькание мушек перед глазами, боли в подложечной области. Кожные покровы нормальной окраски. Имеются выраженные отеки лица, конечностей.

Пульс – 80 в 1 мин. АД = 170/110, в моче 2,5% белка, единичные цилиндры, лейкоциты 5-6 в поле зрения. Размеры таза 25–28–30-20. Окружность живота – 105см., высота дна матки – 36 см. Положение плода продольное. Предлежит головка. С/Б ясное, 130в мин.

При вагинальном исследовании : открытие зева полное. Плодный пузырь цел, наливается хорошо. Головка в широкой части полости таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева. Мыс не достижим.

Диагноз? Какова тактика ведения родов?

Задача №2

Роженице 21 год. Поступила в клинику по поводу 1 беременности сроком 39-40 нед. С жалобами на одышку, сердцебиение, отеки конечностей. Из перенесенных заболеваний отмечают корь, скарлатину, частые ангины. Находилась под наблюдением женской консультации. Объективно: правильного телосложения, кожные покровы бледно- розового цвета, губы цианотичны. Пульс 36 в 1 мин., АД = 100/60 мм.рт.ст. При аускультации систолический шум на верхушке. Границы сердца расширены влево. Размеры таза: 25-28-31-20, окружность живота – 96 см, высота дна матки – 85 см. Положение плода продольное, предлежит головка. С/б плода ясное, 130 в 1 мин., слева ниже пупка. При влажной исследовании шейка отклонена кзади, зев закрыт. Через своды определяется головка над входом в малый таз. Мыс не достижим.

Диагноз? Какова тактика ведения беременности? Как вести роды?

Задача №3

Роженице 26 лет, поступила в роддом по поводу 2 срочных родов. Схватки начались 12 часов назад. Воды отошли дома, до наступления родовой деятельности. Схватки через 10- 15 мин. по 35 сек.

Пульс – 80 в 1 мин. АД= 120/70 мм.рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка. С/б плода приглушенное, 140 в 1 мин., слева, ниже пупка.

Через час после поступления начались потуги, через 7 - 8 мин., по 40 сек.

Головка опустилась в полость малого таза. Из родовых путей появились кровянистые выделения в значительном количестве, около 100 мл алой крови. Сердцебиение плода стало аритмичным, 150 в 1 мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки полное. Края не определяются. Головка стреловидным швов в косом размере, крестцовая впадина выполнена и нижняя половина симфиза, седалищные ости не определяются.

Диагноз? Где находится головка плода? В чем причина кровотечения? Какова тактика ведения родов?

Задача №4

Роженице 30 лет, 2 срочные роды. В анамнезе 2 мед.аборта, без осложнений. 1 роды нормальные, вес плода 3600, ребенок жив. Схватки через 3-6 мин по 35-40 сек. Размеры таза – 25-28-30-20. Имеется миопия минус 9 диоптрий. Положение плода продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Зев открыт на 5 см. края шейки средней толщины. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере. Малый родничок слева. Мыс не достижим. Деформаций костей таза нет.

Диагноз? Какова тактика ведения родов?

Задача № 5

Роженице 27 лет, поступила в ,роддом с жалобами на Т-38, боли внизу живота

схваткообразного характера. Воды отошли дома, 2-е суток подтекают.

Беременность 3-я, в анамнезе 1 нормальные роды, 2800, послеродовое течение

гладкое; 2 мед.аборта. Общее состояние удовлетворительное.

Кожные покровы

гиперемированы. Пульс 100 в 1 мин., АД = 125/80 мм.рт.ст. Язык влажный,

обложен налетом.

Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Матка с четкими

контурами, периодически приходит в тонус. Схватки через 8-10 мин. по 30 сек.

Положение плода продольное, предлежит головка. С/б приглушенное, 140 в 1

мин. Подтекают грязно- зеленые воды.

При влагалищном исследовании: открытие полное, плодного пузыря нет.

Головка в широкой части полости таза. Стреловидный шов в левом косом

размере. Малый родничок справа, спереди. Мыс не достижим. Деформаций

костей таза не обнаружено. Подтекают грязно-зеленые воды с запахом.

Диагноз? Как вести роды? Какое назначить лечение?

IX. Хронометраж занятия:

1. Ведение – 5 минут.
2. Контроль исходного уровня знаний – 20 минут.
3. Курация беременной с неправильным положением плода – 20 минут.
4. Обработка этапов акушерского поворота на фантоме – 45 минут.
5. Итоговый контроль знаний с помощью решения ситуационных задач – 30 минут.
6. Подведение итогов занятия – 15 минут.
7. Перерывы по 10 минут через 45 минут.

8.

X. Самостоятельная работа:

1. Изучение техники наложения щипцов.
2. Изучение и тренинг наложения типичных щипцов при переднем виде затылочного предлежания.
3. Изучение и тренинг наложения типичных (полостных) щипцов.

XI. Литература

Обязательная:

1. Акушерство: учебник / Э. К. Айламазян. – 7-е изд., доп. – Спб. : СпецЛит, 2010.
2. Акушерство: учебник / Г.М. Савельева и др. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011.

Дополнительная:

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / Под ред. В.И.Кулакова. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2006.
2. Акушерство. Национальное руководство, М. : ГЭОТАР - Тула, 2007.

«Послеродовые гнойно-септические заболевания.»

План занятия

1. Введение
2. Факторы, способствующие развитию послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.
3. Классификация.
4. Локализованные послеродовые гнойно-воспалительные заболевания
5. Генерализованные формы.
6. Профилактика.

ЛОКАЛИЗИРОВАННЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В последние десятилетия не снижается число гнойно-септических заболеваний, клинически проявляющихся локализованными и генерализованными формами инфекционных поражений и остающихся одной из основных причин материнской заболеваемости и смертности. Частота гнойно-септических заболеваний составляет 4-6%, а после кесарева сечения – от 2 до 54,3%.

Факторы, способствующие развитию послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний:

- воспалительные заболевания гениталий у беременных (кандидоз, хламидиоз, микоплазмоз и др.);
- острые инфекционные заболевания во время беременности (грипп, ОРЗ, герпес и др.);
- наличие хронических очагов инфекции (пиелонефрит, тонзиллит, сальпингоофорит);
- экстрагенитальные заболевания (ожирение, сахарный диабет, анемия и др.);
- осложнения во время беременности и в родах (гестоз и патологическая кровопотеря, затяжные роды с длительным безводным промежутком, хориоамнионит, разрывы мягких родовых путей);
- операции и акушерские пособия (кесарево сечение, акушерские щипцы, перинеотомия, ручное обследование полости матки и др.);
- отрицательные эмоции (страх, боль в родах и др.);
- снижение иммунологической реактивности (беременность, иммунодефицитные состояния, влияние экологии).

Основными возбудителями послеродовых инфекционных заболеваний являются стафилококк, кишечная палочка, стрептококк, протей, неспорообразующие анаэробы. Большое значение имеет вирулентность и вид

возбудителя. После родов любой микроорганизм может выступать в качестве возбудителя инфекции, однако чаще всего (34-70%) выявляются ассоциации микробов с участием неспорообразующих анаэробных микроорганизмов.

Пути распространения инфекции:

1. интраканаликулярный (по каналу шейки матки и маточным трубам на брюшину и органы брюшной полости);
2. лимфогенный;
3. гематогенный;
4. комбинированный.

Классификация послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Согласно *классификации Бартельса-Сазонова* (1973 г.) различают четыре этапа распространения инфекции:

1-й этап - ограниченная форма септической инфекции, которая не распространяется за пределы матки (послеродовая «язва», эндометрит, инфекция послеоперационной раны после кесарева сечения).

2-й этап - инфекция, не являясь еще генерализованной, выходит за пределы матки, но ограничивается полостью малого таза (метротромбофлебит, аднексит, пельвиоперитонит, тромбофлебит бедренных вен).

3-й этап - на грани между местным и общим септическим процессом стоят воспаление брюшины (перитонит) и прогрессирующий тромбофлебит.

4-й этап – генерализованная форма общей септической инфекции: септицемия, септикопиемия, бактериально-септический шок.

Более простая *классификация послеродовых септических заболеваний* предложена Г.М. Савельевой и соавт. (2000), которая вполне отвечает современным представлениям об инфекционном процессе. В ней различают:

- локализованные послеродовые гнойно-септические заболевания (эндометрит, послеродовая язва, нагноение операционной раны после кесарева сечения, мастит).
- генерализованные формы (акушерский перитонит, сепсис).

Инфекция операционной раны после кесарева сечения.

Клиническая картина. При инфицировании операционной раны характерно наличие как местных, так и общих симптомов. У родильниц появляются слабость, озноб, снижение аппетита, болезненность в области операционной раны, температура тела повышается до 38-38,5⁰С. Определяются инфильтрация операционной раны, покраснение и болезненность кожных покровов. Увеличивается содержание лейкоцитов, повышается СОЭ.

Лечение. При нагноении тканей операционной раны швы снимают и обеспечивают отток раневого отделяемого, гнойные полости дренируют. Показаны антибиотики, общеукрепляющая, гидратационная терапия, протеолитические ферменты.

Послеродовая язва.

Лечение. При наличии воспалительного инфильтрата в области раны промежности рану следует раскрыть и обеспечить свободный отток отделяемого. При нагноении необходимы дренирование гнойных полостей и тщательное промывание их антисептическими жидкостями. При гнойном пропитывании и некрозе тканей последние должны быть иссечены. Для стимуляции формирования полноценных грануляций рекомендуется назначение протеолитических ферментов (трипсин и химотрипсин).

Послеродовой эндомиометрит.

Представляет воспалительный процесс матки с вовлечением базального

слоя эндометрия и миометрия. В подавляющем большинстве случаев контаминация полости матки происходит восходящим путем в процессе родов или в раннем послеродовом периоде. Во время кесарева сечения возможна и прямая бактериальная инвазия в кровеносную и лимфатическую системы матки.

Клиника.

Для легкой формы заболевания характерны относительно позднее начало (на 5-12 сутки послеродового периода), повышение температуры тела до 38-38,5 °С, отсутствие озноба, лейкоцитоз, в пределах $9-12 \cdot 10^9/\text{л}$, незначительный нейтрофильный сдвиг формулы крови, СОЭ 30-50 мм/час. Общее самочувствие существенно не меняется. Матка несколько увеличена в размерах, лохии длительное время остаются кровяными.

Тяжелая форма эндометрита начинается на 2-3 после родов, обычно на фоне хориоамнионита. Температура тела повышается до 38-39 °С. Матка болезненная, увеличена, размягчена, лохии гнойные с ихорозным запахом. Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает в тяжелой форме. Больную беспокоят головные боли, слабость, нарушение сна, аппетита, боли внизу живота. Характерна тахикардия (110 уд/мин и более), температура тела превышает 39 °С. У большинства больных бывает озноб. Лейкоцитоз от 14 до $30 \cdot 10^9/\text{л}$, анемия. У больных, перенесших во время операции обильное кровотечение, потерю жидкости и электролитов, эндометрит после кесарева сечения протекает с признаками выраженной интоксикации и парезом кишечника.

На фоне профилактического применения антибиотиков возможна «стертая» картина эндометрита, когда без выраженных клинических проявлений происходят тяжелые морфологические изменения.

Диагностика.

Диагностика основана на данных анамнеза, клиники, общего и гинекологического исследований. Для определения микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам производится бактериоскопия, по показаниям посев крови и мочи. Дополнительными информативными инструментальными методами являются УЗИ и гистероскопия.

УЗИ признаки метроэндометрита после кесарева сечения:

- субинволюция матки;
- увеличение и расширение полости матки;
- наличие в матке различных эхогенных включений;
- неоднородность миометрия;
- локальные расстройства кровообращения в области рубца;
- деформация полости матки в области рубца.

Гистероскопические характерные признаки:

- расширение полости матки;
- наличие мутных промывных вод;
- наличие фибриновых наложений не только в области плацентарной площадки, но и на других участках внутренней поверхности матки;
- формирующиеся синехии в полости матки.

Лечение.

Принцип лечения эндометрита – консервативно-хирургический. Тактика ведения больных является индивидуальной, характер хирургического вмешательства определяется формой гнойно-септической инфекции, наличием или отсутствием признаков генерализации.

При эндометрите и отсутствии генерализованной инфекции возможно лечение, в котором хирургическим компонентом является гистероскопия.

Целью гистероскопии является вымывание из полости матки патологического субстрата (фибрин, гноя, прицельное удаление некротических тканей, шовного материала, остатков плацентарной ткани). В последующем в течение 1-2 суток проводится аспирационно-промывное

дренирование полости матки антисептическими жидкостями (несостоятельность швов на матке является противопоказанием к этому методу).

Одновременно осуществляется *консервативная терапия*. Её основными компонентами являются:

1. *Антибактериальная терапия*. Клиническим эффектом обладают следующие препараты или их комбинации:

- пенициллины с ингибиторами В-лактамаз (*амокксициллин/аугментин*);
- цефалоспорины 2-го поколения в комбинации с нитроимидазолами и аминогликозидами (*цефуроксим + метрогил + гентамицин*);
- цефалоспорины 1-го поколения в комбинации с нитроимидазолами и аминогликозидами (*цефазолин + метрогил + гентамицин*).

По окончании антибактериальной терапии проводится коррекция биоценоза *лактобактерином* или *ацилактом*, стимуляция роста нормальной микрофлоры кишечника (*хилак-форте, фестал, мезим-форте*).

2. *Инфузионная терапия*. Объем трансфузий составляет 1000-150 мл в сутки, продолжительность терапии индивидуальная (в среднем 3-5 суток). Она включает:

- кристаллоиды (*р-ры глюкозы, изотонический р-р хлорида натрия, лактасоль*);
- плазмозаменяющие коллоиды (*реополиглюкин, желатиноль, НАЕС-стерил*);
- белковые препараты (*свежезамороженная плазма, раствор альбумина*);
- дизагреганты (*трентал, курантил*).

3. *Применение средств, способствующих сокращению матки в сочетании со спазмолитиками* (окситоцин и но-шпа).

4. *Антигистаминные препараты в сочетании с седативными*.

5. *Иммунномодуляторы* (тимоген, т-активин).

6. *Нестероидные противовоспалительные средства применяются после отмены антибиотиков* (диклофенак).

7. *Препараты, ускоряющие репаративные процессы* (актовегин, солкосерил).

8. *Витамины*. (группы С и В)

9. *Эфферентные методы лечения* (УФО крови, ГБО).

Результаты лечения оценивают по улучшению общего состояния больной, показателям температурной реакции, крови, срокам инволюции матки, характеру лохии, данным УЗИ и контрольной гистероскопии. При эффективности консервативно-хирургического лечения в течении 7-10 дней нормализуются клинико-лабораторные показатели, происходит инволюция матки, выявляется положительная динамика по УЗИ. Успешное лечение послеродового эндометрита является профилактикой сепсиса и перитонита.

Послеродовой (лактационный) мастит.

В последние годы частота послеродового мастита несколько уменьшилась. Однако течение заболевания характеризуется большим числом гнойных форм, резистентностью к лечению, обширностью поражения молочных желез, тенденцией к генерализации. При мастите у родильниц часто инфицируются новорожденные.

В этиологии играет роль условно-патогенная флора, ведущее место занимает стафилококк, обладающий полирезистентностью к антибиотикам. Определенное значение в возникновении мастита придается патологическому лактостазу.

Классификация послеродового мастита.

В настоящее время в развитии лактационного мастита выделяют:

1. серозный (начинающийся);
2. инфильтративный;
3. гнойный:
 - инфильтративно-гнойный (диффузный, узловой),
 - абсцедирующий,
 - флегмонозный,
 - гангренозный.

Клиника лактационного мастита.

Заболевание начинается остро. Температура тела повышается до 38,5-39⁰С, появляется озноб, слабость, головные боли. Молочная железа болезненна, кожа в области поражения гиперемирована, железа несколько увеличена в объеме. Пальпаторно в толще железы определяется уплотнение. Серозная форма мастита при недостаточном или неэффективном лечении в течение 1-3 дней переходит в инфильтративную (продолжается лихорадка, нарушается сон, аппетит, локальная гиперемия; пальпаторно-плотный, малоподвижный инфильтрат; может быть увеличение регионарных лимфоузлов).

Переход в гнойную стадию мастита происходит в течение 5-10 дней. В стадии нагноения мастит протекает с тяжелой клинической картиной: высокая температура (39⁰С и выше), повторный озноб, потеря аппетита, плохой сон, увеличение и болезненность подмышечных лимфоузлов. Преобладающей клинической формой гнойного мастита является инфильтративно-гнойная (у 2/3 больных). Значительно реже встречается абсцедирующий мастит, крайне редко – гангренозный.

Наряду с типичным течением в последние годы наблюдаются стертые и атипично протекающие формы заболевания. Они характеризуются относительно легкой клинической картиной при выраженных анатомических изменениях. Это затрудняет диагностику и приводит к недостаточности терапевтических мероприятий. Мастит чаще возникает у первородящих женщин, у 90% больных поражается одна молочная железа.

Диагностика мастита

Характерные жалобы и клинические проявления позволяют поставить правильный диагноз. При возникновении лактостаза необходимо произвести бактериологический анализ молока. При выявлении массивного обсеменения

золотистым стафилококком родильницу необходимо перевести в наблюдательное отделение, временно прекратить кормление грудью. Из дополнительных методов диагностики информативен клинический анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренная СОЭ), УЗИ молочной железы.

Лечение лактационного мастита

Терапия должна быть своевременно начата и проводится комплексно. Объем и интенсивность лечения определяется стадией мастита и общим состоянием больной.

При ***лактостазе*** рекомендуется:

- временно прекратить кормление грудью;
- создать приподнятое положение молочных желез;
- ограничить прием жидкости до 600-800 мл в сутки;
- слабительные средства (25% раствор магния сульфата 100 мл);
- УФО, ультразвук на молочную железу;
- сцеживать молочные железы;
- антибиотикотерапия (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, особенно при массивном обсеменении молока золотистым стафилококком)

При ***инфильтративном мастите***:

- антибиотикотерапия (комбинированная);
- инфузионная терапия (реополюгликин, полиглюкин, реомакродекс, полифер, гемодез, альбумин, раствор глюкозы, хлорида натрия);
- поливалентный стафилококковый бактериофаг (на курс 150-300 мл);
- антистафилококковый гамма-глобулин по 5 мл (100 МЕ) в/м через день, на курс 3-5 инъекций или антистафилококковая плазма по 100-200 мл в/в;
- антигистаминные препараты (супрастин, димедрол);
- УФО, ультразвук;
- масляно-мазевые компрессы (камфарное масло, бутидионосовая мазь, бальзам Вишневецкого).

При *гнойном мастите*:

- госпитализация в специализированное гнойное хирургическое отделение;
- лечение оперативное (широкое вскрытие гнойного очага с минимальным травмированием молочных протоколов, дренирование раны);
- антибиотикотерапия.

Показания к подавлению (либо торможению) лактации:

- быстро прогрессирующий процесс (переход серозной стадии в инфильтративную в течение 1-3 дней), несмотря на активную терапию;
- гнойный мастит;
- флегмонозный и гангренозный мастит;
- мастит при наличии других инфекционных заболеваний.

Для подавления лактации используются препараты, угнетающие синтез пролактина гипофизом (парлодел, кабергалин).

Вопрос о возобновлении грудного вскармливания после перенесенного мастита решается индивидуально в зависимости от тяжести процесса и результатов бактериологического исследования грудного молока.

Профилактика лактационного мастита

Профилактическое значение для предупреждения развития лактационного мастита в послеродовом периоде имеют:

- подготовка сосков к кормлению во время беременности;
- предупреждение появления трещин сосков;
- раннее прикладывание ребенка к груди;
- правильная техника кормления;
- бережное сцеживание молока;
- соблюдение гигиены молочных желез;
- соблюдение времени одного кормления (до установления лактации 2-3 мин, при установившейся лактации 20-25 мин);
- современное лечение трещин сосков;
- строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в лечебном учреждении.

Поверхностный тромбофлебит голени

Часто тромбозомболических осложнений в акушерстве составляет 0,6-5,0%. Общее состояние родильницы обычно не изменяется. Превалируют локальные симптомы: гиперемия, болезненные уплотнения по ходу варикозно расширенных вен. Показан покой в течение недели, аспирин, троксевазин, местно – троксевазиновая или гепариновая мазь, гирудотерапия.

Глубокий тромбофлебит малого таза и нижних конечностей

Заболевание протекает тяжело, с высокой температурой тела, интоксикацией. При влагалищном исследовании определяется увеличенная, болезненная, мягковатая матка, по стенкам таза пальпируются плотные, болезненные вены. При тромбофлебите бедра – отек, бледность ноги, болезненность при пальпации вен.

Лечение:

- постельный режим в течении 3 недель;
- приподнятая положение нижней конечности;
- антибактериальная терапия;
- реологически активные растворы (реополюгликин, трентал);
- спазмолитики;
- никотиновая кислота;
- гепаринотерапия не менее 7 дней, затем постепенное снижение дозы и переход на антикоагулянты непрямого действия.

Профилактика тромбофлебита должна начинаться в период беременности выявлением групп риска, своевременным лечением, бережным ведением родов, ранней диагностикой в послеродовом периоде.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ФОРМЫ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Акушерский перитонит

Остается одним из наиболее грозных осложнений послеродового периода. Перитонит может быть следствием перфорации tuboовариального

образования, некроза миоматозного узла, перекрута ножки опухоли яичника. Самой частой причиной является инфицирование послеродовой матки (хориоамнионит, метроэндометрит, несостоятельность швов после кесарева сечения). Перитонит после кесарева сечения наблюдается в 0,5-5%. Летальность достигает 26-35%.

Классификация перитонита

В клинической практике перитонит различают по многим признакам и клиническим проявлениям, к которым относятся:

1. Обширность поражения и степень вовлечения анатомических областей:

- местный (поражение одной анатомической области);
- распространенный (поражение нескольких областей);
- общий, или разлитой (поражение всех отделов брюшной полости).

2. Тип клинического течения:

- острый;
- подострый;
- хронический;
- молниеносный.

3. Стадия течения:

- реактивная;
- токсическая;
- терминальная.

4. Характер экссудата:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный;
- геморрагический;
- мочевоый;
- каловый.

Этиология и патогенез

I Перитонит обычно вызывается микробными ассоциациями, куда может входить 3-6 различных видов аэробных, факультативно-анаэробных и неспорообразующих анаэробных бактерий, но где ведущая роль принадлежит кишечной палочке.

Ведущее значение в патогенезе перитонита имеют:

- интоксикация;
- гиповолемия;
- нарушение функции жизненно важных органов.

Диагностика

Диагноз акушерского перитонита ставится на основании оценки клинических проявлений в динамике, лабораторных показателей (лейкоцитоз, ЛИИ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение уровня щелочной фосфатазы, резкое снижение числа тромбоцитов).

Дифференциальную диагностику перитонита в послеродовом периоде часто приходится проводить с эндометритом, так как, имея ряд общих проявлений, эти два процесса являются распространенной (перитонит) и начальной (эндометрит) стадиями гнойно-септической инфекции, соответственно требующих различных подходов к лечению.

Перитонит после кесарева сечения

В зависимости от пути распространения инфекции перитонит после кесарева сечения по клиническому течению может проявляться в 3-х вариантах (В. Н. Серов и соавт., 1988).

При первом варианте симптомы заболевания появляются к концу первых-вторых суток (гипертермия, тахикардия, вздутие живота, рвота).

Реактивная фаза кратковременная и быстро переходит в токсическую. Состояние больной прогрессивно ухудшается, несмотря на проводимую терапию. Такой вариант характерен для перитонита после кесарева сечения, проводившегося на фоне хориоамнионита. У больных показана срочная релапаротомия и экстирпация матки с трубами.

Второй вариант возникает в тех случаях, когда инфицирование брюшины у роженицы после кесарева сечения связано с развитием метроэндометрита в послеоперационном периоде. Этот вариант чаще встречается у женщин, у которых беременность и роды осложнились пиелонефритом, длительным безводным периодом, затяжным течением родов и др. Состояние роженицы после кесарева сечения остается относительно удовлетворительным, но отмечается субфебрильная температура, умеренная тахикардия. Настораживающим симптомом является рано возникший парез кишечника. Проведение консервативных лечебных мероприятий дает временный эффект: отходят газы и каловые массы, но через 3-4 часа возобновляется вздутие живота, присоединяется рвота. Через 3-4 дня, несмотря на проводимую интенсивную терапию, состояние больной резко ухудшается, реактивная фаза перитонита переходит в токсическую. Диагноз перитонита обычно ставится с запозданием.

Третий вариант перитонита после кесарева сечения развивается вследствие недостаточности швов на матке. Клинические симптомы могут появляться с первых суток в виде болей в нижних отделах живота (там же определяется болезненность при пальпации) и симптомов раздражения брюшины. Быстро присоединяется рвота, частый и жидкий стул, вздутие живота, нарастание интоксикации. Несостоятельность швов на матке подтверждается УЗИ. Диагноз нередко ставится на 4-9-е сутки.

Лечение

Лечение акушерского перитонита проводится в три этапа.

1. *Предоперационная подготовка* в течение 2-4 часов (декомпрессия желудка через назогастральный зонд, инфузионная терапия).

2. *Оперативное вмешательство* - экстирпация матки с трубами, санация и дренирование брюшной полости, антибиотикопрофилактика внутривенно, интраоперационно.

3. *Комплексная терапия* - инфузионно-трансфузионная и антибактериальная.

Профилактика перитонита

Профилактика развития перитонита после оперативного родоразрешения включает:

- санацию очагов инфекции во время беременности;
- своевременное и полноценное лечение внутриутробной инфекции;
- рациональное ведение родов;
- профилактическое назначение антибиотиков при высоком риске развития инфекции во время родов (экстренное кесарево сечение, прерывание беременности во II триместре, хроническая инфекция в анамнезе и т. д.);
- использование рациональной техники операции и современных шовных материалов.

ПОСЛЕРОДОВОЙ СЕПСИС

Источником развития послеродового сепсиса обычно являются инфицированные родовые пути, попадание инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет наличие в ней остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых воспалительных заболеваний женских половых органов во время беременности, родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный период, родовой травматизм, инвазивные методы лечения и обследования).

Сепсис проявляется септициемией или септикопиемией. *Септициемией* называют наличие в крови и во всем организме бактерий и их токсинов, которые в течение длительного времени волнообразно поступают в общий кровоток либо из раны, либо из зон с нарушенной микроциркуляцией. Клиническая картина септициемии характеризуется гектической температурой с потрясающими ознобами, нарастающей интоксикацией с неврологической симптоматикой, с нарушением функции жизненно важных органов (тахикардия, тахипноэ, гипотония, олигоурия, протеинурия, цианоз, желтушность, петехиальная сыпь). В крови - высокий лейкоцитоз, ЛИИ,

анемия. Отмечается нарушение метаболизма (гипо- и диспротеинемия, гипонатриемия, гипоосмолярный синдром, гипогликемия).

Септикопиемия - это токсическая фаза сепсиса, в основе которой лежит интоксикация организма микробными токсинами, продуктами распада микробных тел и пораженных тканей. Состояние больных крайне тяжелое, выражена неврологическая симптоматика (адинамия, заторможенность или возбуждение). Развивается полиорганный и полисистемный недостаток; множественность поражения является наиболее характерной особенностью септикопиемии. Возникновение вторичных гнойных очагов сопровождается усилением лихорадки и интоксикацией. Наиболее часто гнойные метастазы возникают в легких, почках, мозге.

Клиника септических состояний

Первые клинические признаки сепсиса проявляются достаточно рано (чаще на 5-6-е сутки и раньше, т. е. еще до выписки родильниц). Однако такие симптомы заболевания, как слабость, вялость, отсутствие аппетита, фебрильная температура тела, иногда неадекватное поведение, часто недооцениваются. Стертость симптомов в начале заболевания является особенностью течения послеродового сепсиса в современных условиях, которая нередко принимается за банально протекающие инфекционные заболевания (грипп, ангина, ОРВИ и др.).

Послеродовой сепсис может развиваться через 1-2 недели после родов и позже. Раннее появление признаков сепсиса (на 2-3-е сутки после родов) свидетельствует об отягощенном преморбидном фоне и снижении антиинфекционного иммунитета (как клеточного, так и гуморального).

Развитию заболевания предшествует *продромальный период* (слабость, быстрая утомляемость, вялость, апатия, бледность кожных покровов, иногда легкая иктеричность кожи и склер, субфебрильная, чередующаяся с нормальной температура, тахикардия, умеренная артериальная гипотензия, олигурия, тенденция к анемии). У части родильниц в продромальном

периоде наблюдаются нарушения психики, возникающие на фоне общего удовлетворительного состояния.

Установлена зависимость послеродового сепсиса от гестоза и наличия экстрагенитальной патологии. У больных гестозом септическая инфекция наслаивается на имеющиеся тяжелые патофизиологические процессы в организме, что находит свои особенности в клинике сепсиса. Заболевание может начинаться в первые-вторые сутки после родов, однако ответная реакция на инфекцию у таких рожениц выражена слабее: меньше выражены изменения лейкоцитарной формулы, но характерна тяжелая анемия. Рано развиваются и быстро нарастают у них симптомы печеночно-почечной и легочной недостаточности.

Развитию сепсиса часто способствуют дефекты акушерской тактики: запоздалая оценка возникающих осложнений, беспорядочное применение родостимулирующих средств, многократные внутренние исследования, неправильный выбор метода родоразрешения, отсутствие профилактики инфекции в родах, недостаточное обследование и недооценка состояния роженицы, необоснованно ранняя выписка или перевод в другие лечебные учреждения, недооценка начальных проявлений сепсиса, запоздалый и неадекватный диагноз в связи с тенденцией приуменьшить тяжесть заболевания.

Так как основным очагом инфекции является матка (метроэндометрит, метротромбофлебит), очевидна необходимость своевременной и правильной диагностики именно этих осложнений с использованием ультразвукового исследования. УЗИ позволяет установить размеры, положение и конфигурацию матки, «формирование» шейки матки и ее нижнего отдела, опорожнение и уменьшение размеров матки, процессы репарации в области плацентарной площадки, состояние регионарных сосудов и объем кровотока в них.

Замедление темпа инволюции матки - одно из наиболее частых осложнений послеродового периода, предшествующее или сопутствующее

развитию послеродовых заболеваний и сепсиса. Ультразвуковое исследование помогает установить причины субинволюции матки (скопление сгустков крови, остатки плацентарной ткани и децидуальных оболочек, налеты фибрина, наличие газа, шовный мате риал» Это приводит к формированию гематометры, метроэндометрита, консервативное лечение которых обычно не приводит к опорожнению матки.

Диагноз сепсиса основывается на наличии:

- первичного гнойного очага,
- высокой лихорадки,
- возбудителя в крови.

Лечение сепсиса

К интенсивному лечению послеродового сепсиса требуется приступать немедленно с момента постановки диагноза, так как фактор времени и объем терапии определяют исход заболевания. Лечение включает:

- хирургическую санацию гнойного очага (матка),
- антибактериальную терапию (с учетом чувствительности к антибиотикам),
- инфузионную детоксикационную терапию,
- десенсибилизирующее лечение,
- иммунокорректирующую терапию,
- симптоматическую терапию.

Хирургическое лечение

Санация гнойного очага заключается в экстирпации матки с маточными трубами.

Показаниями для удаления матки как первичного очага инфекции являются перитонит (абсолютные показания), отсутствие эффекта от интенсивной консервативной терапии сепсиса, развитие бактериально-септического шока. Больных, находящихся в терминальном состоянии, оперируют только после предварительной *предоперационной подготовки*. Задержка операции на несколько часов с целью проведения интенсивной коррекционной терапии имеет положительное влияние на исход

заболевания. Во время релапаротомии по поводу перитонита после кесарева сечения после удаления источника инфекции проводится дренирование брюшной полости через брюшную стенку в подвздошных областях с обеих сторон и через кольпотомию дренажными трубками, которые удаляют по мере прекращения их функционирования. Переднюю брюшную стенку зашивают наглухо. В послеоперационном периоде проводят интенсивное лечение с применением современных экстракорпоральных методов *эфферентной терапии* (гемосорбция, УФО крови и др.).

Антибактериальная терапия

При назначении антибактериальных препаратов следует руководствоваться принципами антибактериальной терапии:

- перед началом терапии - посев отделяемого для установления чувствительности микробов к антибиотикам;
- бактериоскопия окрашенных по Граму мазков (лохий, раневого экссудата) с целью определения морфологических свойств микроорганизмов;
- ближайшие часы и дни антибактериальную терапию целесообразно начинать с массивных доз антибиотиков бактерицидного действия, назначаемых в комбинации двух, реже трех препаратов. С этой целью используют антибиотики широкого спектра (цефалоспорины, полусинтетические пенициллины с клавулоновой кислотой), одновременно с аминогликозидами и метрагиллом.

Выбор и курсовую дозу антибиотиков устанавливают индивидуально с учетом свойств возбудителя, клинической картины заболевания, эффективности лечения и переносимости препаратов.

При непереносимости антибиотиков используют антимикробные препараты группы 8-окси-хинолона (5-НОК, нитроксолин), производные налидиксовой кислоты (неграм, невигамон), а также нитрофураны (фурагин, фурадонин и др.) и сульфаниламиды, как изолированно, так и в сочетании с антибиотиками с учетом механизма их действия на микробную клетку.

После нормализации температуры тела необходимо продолжение антибактериальной терапии еще в течение 7-10 дней с целью закрепления полученного положительного эффекта. Основанием для отмены антибиотиков могут быть длительная субфебрильная температура, а также стойкая анемия, лейкопения, увеличение количества эозинофилов.

Коррекция гомеостаза

Целесообразно новключение в терапию сепсиса препаратов, нормализующих адгезивно-агрегационную функцию тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота, курантил, трентал). Дезагрегатное действие на тромбоциты и эритроциты оказывают препараты низкомолекулярного декстрана (реополиглюкин, реоглюман, гемодез), широко применяемые в качестве гемодилютантов и детоксикационных средств.

С учетом состояния гемостаза могут проводиться гемотрансфузии свежечитратной крови.

Иммунотерапия у септических больных

Обязательным компонентом лечения являются иммуностимулирующие препараты (антистафилококковая плазма, антистафилококковый гамма-глобулин, противокоревой гамма-глобулин).

БАКТЕРИАЛЬНО-СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Бактериально-септический шок (септический, инфекционно-токсический, эндотоксический, бактериальный шок, грамотрицательная септицемия) представляет тяжелейшее осложнение септического процесса, развившегося после родов, гнойно-воспалительных гинекологических заболеваний, криминальных аборт, которое проявляется острой циркуляторной недостаточностью и сопровождается критическим снижением периферического кровотока.

По частоте развития септический шок стоит на третьем месте после геморрагического и кардиального шока, а по летальности - на первом (погибают от 20 до 80% больных).

Этиология и патогенез

Септический шок чаще всего развивается на фоне гнойно-инфекционных процессов, вызываемых грамотрицательной флорой (кишечной палочкой, протеем, клебсиеллой, синегнойной палочкой), а также аэробами (в первую очередь *Clostridia perfringens*), простейшими и грибами. Септические процессы, вызванные грамположительной флорой (энтерококки, стафилококки, стрептококки), реже осложняются шоком.

В *патогенезе* бактериально-септического шока играют роль не столько бактерии, их токсины, продукты лизиса и возможность для их массивного проникновения в кровь, сколько снижение общей резистентности организма женщины (или повреждение иммунной системы) и выделение больших количеств медиаторов повреждения эпителия - цитокинов: фактор некроза опухолей (TFN), интерлейкин-1 (ИЛ-1) и гамма-интерферон (ИНФ-гамма), а также медиаторов воспаления.

Основными звеньями патогенеза развития бактериально-септического шока являются:

- изменение гемодинамики,
- нарушение микроциркуляции,
- формирование полиорганной недостаточности.

Клиническая картина

Для бактериально-септического шока характерно острое начало, чаще всего после каких-либо манипуляций в очаге инфекции. Клиническим симптомом при прорыве инфекционного агента из очага и поступлении его в кровотоки служит в первую очередь выраженная прогрессирующая лихорадка гектического типа с повышением температуры тела до 40-41° С. Одновременно появляются умеренно выраженные одышка и нарушение кровообращения (тахикардия достигает 110-120 уд/мин). Температура тела сопровождается повторными ознобами и держится 1-3 суток, затем критически снижается до субфебрильной, нормальной или субнормальной.

Основной признак бактериально-септического шока - прогрессирующее снижение артериального давления при отсутствии значительной кровопотери.

Клиническая картина септического шока определяется развитием:

- острой почечной недостаточности,
- острой дыхательной недостаточности,
- кровотечением вследствие прогрессирования синдрома ДВС.

Кроме описанных фаз шока («теплой» и «холодной»), выделяют третью фазу - *необратимый или вторичный шок*, проявляющийся анурией, дыхательной недостаточностью, комой, вследствие длительной гипоксии клеток.

Диагностика бактериально-септического шока

Клинические критерии диагностики:

- наличие гнойного очага в организме;
- лихорадка гектического характера, сменяющаяся резким снижением температуры тела;
- падение артериального давления, не соответствующее степени кровопотери;
- тахикардия до 120-140 уд/мин, при этом шоковый индекс более 1,5;
- тахипноэ (30-60 дыхательных движений в мин);
- расстройство сознания;
- боли в животе, грудной клетке, конечностях, пояснице, головная боль;
- снижение диуреза (менее 30 мл/час) и вплоть до анурии;
- петехиальная сыпь, некроз участков кожи;
- диспропорция между незначительными местными изменениями в очаге инфекции и тяжестью общего состояния больной.

Лабораторные критерии диагностики

- клинический анализ крови (снижение гемоглобина, нарастающий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево или нормоцитоз, СОЭ резко повышена или в норме);
- биохимический анализ крови (резкая гипопроотеинемия);

- коагулограмма (гиперкоагуляция, гипокоагуляция с местной или генерализованной активацией фибринолиза) или определение времени свертывания крови;

- подсчет тромбоцитов, времени свертывания крови, уровня фибриногена, определение наличия продуктов деградации фибриногена.

Осложнения бактериально-септического шока

В связи с ухудшением коронарного кровотока, отрицательным действием токсинов и тканевых метаболитов, снижением реакции миокарда на адренергическую стимуляцию и отеком мышечных элементов развивается нарушение сердечной деятельности.

Углубление тканевого ацидоза на фоне резкой гипоксии способствует развитию лактатацидоза и в сочетании с системным нарушением микроциркуляции - к формированию полиорганной недостаточности.

Лечение бактериально-септического шока

Основными принципами комплексной интенсивной терапии при шоке являются:

1.устранение артериальной гипотензии и нарушений микроциркуляции методом управляемой гемодилюции с помощью стимуляторов сосудистого тонуса, антиагрегантов, глюкокортикоидных гормонов;

2.удаление септического очага под прикрытием интенсивной терапии в условиях общей анестезии;

3.детоксикация методом форсированного диуреза;

4.антибактериальная терапия;

5.коррекция тромбгеморрагического синдрома;

6.проведение ИВЛ в сочетании с кислородотерапией, в том числе ГБО;

7.проведение терапии, направленной на устранение полиорганной недостаточности.

Объем проводимого хирургического лечения определяется состоянием больной. Наиболее радикальным способом является удаление матки, которое должно быть выполнено своевременно (при безуспешности интенсивной

консервативной терапии, проводимой в течение 4-6 часов). Операцией выбора является тотальная гистерэктомия с удалением маточных труб, дренированием параметриев и брюшной полости. В отдельных случаях у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, при отсутствии макроскопически выраженных изменений тканей матки допустимо производство субтотальной гистерэктомии с удалением маточных труб с дренированием брюшной полости.

ПРОФИЛАКТИКА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ ПОСЛЕРОДОВОЙ ИНФЕКЦИИ

У женщин репродуктивного возраста вне беременности необходимо своевременное выявление и полноценное лечение экстрагенитальной и генитальной патологии. В процессе гестационного периода обязательна оценка факторов риска. К факторам риска гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний относятся:

- возраст;
- наличие экстрагенитальной патологии, в том числе хронических очагов инфекции;
- воспалительные заболевания половых органов;
- перенесенные в прошлом операции на матке, маточных трубах, яичниках,
- кесарево сечение, особенно с осложненным течением послеоперационного периода;
- осложнения беременности (угроза невынашивания, гестоз, анемия);
- осложнения родов и раннего послеродового периода (несвоевременное излитие околоплодных вод, повторные влагалищные исследования, аномалии родовой деятельности и затяжные роды, влагалищные родоразрешающие операции, родовой травматизм, кровотечение, обследование полости матки);
- длительное пребывание беременной в акушерском стационаре перед оперативным родоразрешением;

- безводный промежуток более 12 часов;
- кровотечение в родах и послеродовом периоде, формирование гематом, незамещенная кровопотеря.

Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний включает проведение плановых лечебно-профилактических мероприятий на протяжении всей беременности. К ним относятся: выявление и учет факторов риска, своевременная госпитализация беременных в стационар при наличии соответствующих показаний, с целью полноценного обследования, санации очагов инфекции и лечения соматической патологии. Профилактика также предусматривает рациональное ведение родов, предупреждение и своевременное эффективное лечение родового травматизма, кровотечений и других осложнений, выполнение операции кесарева сечения преимущественно в плановом, а не в экстренном порядке, с соответствующей предоперационной подготовкой.

Наглядные пособия.

Таблица № 1 «Классификация послеродовых гнойно – септических заболеваний»

Таблица № 2 «Виды возбудителя и характер, вызываемого ими поражения»

Вопросы темы, предлагаемые для разбора на практическом занятии:

1. Причины возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний.
2. Классификация.
3. Клинические формы послеродовой инфекции.
4. Основные возбудители и пути распространения послеродовой инфекции.
5. Клиника, терапия и прогноз послеродового эндометрита.
6. На чем основан диагноз послеродового сепсиса.
7. Что представляет собой бактериально-септический шок.
8. Основные принципы лечения септического шока.

9. Диагноз и принципы лечения акушерского перитонита.

Формы контроля готовности студентов к занятию (опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач).

Вопросы для самостоятельного изучения:

1. Нагноение послеоперационной раны после кесарева сечения - клиника и лечение.
2. Послеродовая язва – клиника и лечение.
3. Факторы риска развития лактационного мастита.
4. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.
5. Клиническое различие септикопиемии и септицемии.

Литература:

Обязательная:

1. Г. М. Савельева., Акушерство.- Москва, 2000 г.

Дополнительная:

1. Акушерство: Национальное руководство. Росс. общество акуш. и гин. (М.), Ассоциация мед. обществ по качеству (М.), ред.: Э.К. Айламазян и др. – М. Геотар-Медиа, 2007. 1200с. – (Национальные руководства) (Национальный проект Здоровье).

«Современные методы контрацепции»

План.

1. Понятие о планировании семьи, контрацепции.
2. Классификация контрацептивных средств.
3. Классификация гормональных средств контрацепции.
4. Внутриматочные средства контрацепции.
5. Барьерные и химические средства контрацепции.
6. Мужская и женская стерилизации.
7. Противопоказания к назначению гормональных средств.

8. Осложнения после применения гормональной контрацепции.

Сохранение здоровья женщин и обеспечение безопасного материнства является важнейшей задачей современной медицины. Одним из путей ее решения является предотвращение незапланированной беременности, снижение числа медицинских и криминальных аборт и сопутствующих осложнений.

Основным методом предупреждения нежелательной беременности и регуляции рождаемости является использование эффективных средств контрацепции. Проблемы контрацепции в России имеют свои особенности. Основная проблема - негативное отношение населения к гормональным противозачаточным средствам по причине недостаточной информированности и образованности в этой области. Однако, добиться снижения числа аборт и, соответственно, их негативных последствий можно только путем широкого применения высокоэффективных методов контрацепции. Таким образом, задача программы планирование семьи в первую очередь должна решаться на своевременном применении противозачаточных средств и информированности населения о различных методах контрацепции.

К современным методам контрацепции относятся следующие виды:

1. ВМС
- 2.Оральные гормональные средства
- 3.Инъекционные контрацептивы
- 4.Подкожные имплантаты
- 5.Стерилизация

К традиционным относятся:

- 1.Естественные (биологические методы)
- 2.Барьерные контрацептивы
- 3.Химические средства
- 4.Презервативы

Пациентка вместе с врачом выбирает метод контрацепции, исходя из следующих обстоятельств:

-Обеспечение должного перерыва между родами или планирования последующих беременностей. В зависимости от ситуации выбирают обратимый метод контрацепции. При этом надо учитывать скорость восстановления репродуктивной способности после использования метода.

-Состояние здоровья женщины. При наличии какого-либо заболевания следует выбрать метод контрацепции, наиболее приемлемый по медицинским критериям и, по возможности, оказывающий лечебное воздействие.

-Надежность метода. Во всех ситуациях следует сначала рассмотреть приемлемость высоконадежных методов (гормональные, внутриматочные) и лишь при невозможности их использования рекомендовать менее надежные методы.

-Необходимость защиты от инфекций, передаваемых половым путем, в том числе и от вирусного гепатита и СПИД. Ни один из методов контрацепции, за исключением презервативов и, в меньшей степени, диафрагмы, не обеспечивает защиты от этих инфекций.

-Безопасностью метода контрацепции, которая подразумевает: минимум побочных эффектов, в том числе и при длительном применении; отсутствие отрицательного воздействия не только на организм женщины, но и на ее полового партнера; сведение к минимуму степени риска в случае наступления нежелательной беременности; исключение вредного воздействия на будущее потомство.

- Субъективная переносимость. В первые 3-4 месяца приема КОК возможно появление ряда побочных эффектов (мастодиния, головная боль, тошнота, изменение настроения).

- Отсутствие неблагоприятных метаболических эффектов.

- **Хороший контроль менструального цикла**, под которым подразумеваются кровотечения отмены во время перерыва в приеме КОК и отсутствие межменструальных кровянистых выделений.

Соответственно, методы контрацепции отличаются друг от друга по эффективности (надежности), обратимости (восстановлению способности к деторождению после прекращения использования метода), безопасности для здоровья, дополнительных лечебных или профилактических эффектов. Рассмотрим подробнее основные виды современной контрацепции.

Комбинированные гормональные оральные контрацепции

Современные комбинированные оральные контрацептивы - это препараты, содержащие гормоны (эстрогены и гестагены), которые применяют внутрь, через желудочно-кишечный тракт в виде таблеток и капсул, в циклическом режиме. Эти препараты высоко надежны, хорошо переносятся, доступны и просты в применении, хорошо контролируют менструальный цикл. Время их приема не зависит от времени полового акта. После прекращения приема препаратов обратимо восстанавливается при целом ряде гинекологических заболеваний: эндометриозе, миоме матки, дисфункции яичников, гиперпластических и предраковых процессах эндометрия и молочных желез.

Многочисленные гормональные контрацептивы в зависимости от состава и метода их применения подразделяются на:

1. Комбинированные препараты, которые в зависимости от комбинации эстрогенов и гестагена, делятся на моно-, двух- и трехфазные.

Монофазные - содержат в таблетке определенную дозу эстрогена и гестагена, которая не изменяется в течение всего цикла приема.

Двухфазные - во всех таблетках содержание эстрогена одинаковое, а доза гестагена увеличивается во второй фазе приема.

Трехфазные препараты - состоят из таблеток трех видов. При этом вначале используют таблетки с низким содержанием гестагена, в середине

цикла принимают таблетки с увеличенной дозой гестагена, в последней трети количество гестагена возрастает еще больше.

2. Прогестин-содержащие контрацептивы (гестагенная контрацепция).

К последним относятся:

-мини - пили, состоящие из микродоз гестагенов.

-пролонгированные инъекционные препараты - депо-провера, мезигин и др.

-имплантаты - нормплант

- влагалищные кольца, содержащие левоноргестрел или прогестерон, обеспечивающие контрацепцию в течение 1-6 месяцев.

3. Третью группу составляют посткоитальные препараты, содержащие большие дозы эстрагонов, кортикостероидов и применяемые в первые часы незащищенного полового акта. Современные средства гормональной контрацепции отличаются высокой эффективностью, простотой применения отсутствием отрицательного воздействия на организм при учете противопоказания.

После отмены препарата около 75 % женщин способны забеременеть в первом спонтанном менструальном цикле, а у остальных 25% овуляция восстанавливается в течение 2-3 ближайших менструальных циклов.

Комбинированные оральные контрацептивы необходимо подбирать строго индивидуально. Конечно же, каждая пациентка должна регулярно наблюдаться у врача в течение всего времени использования препарата.

Параллельно с решением основной задачи по предотвращению нежелательной беременности гормональные контрацептивы могут оказывать определенное позитивное профилактическое и лечебное воздействие, которое выражается в:

■ Регуляции менструальной функции при дисфункциональных маточных кровотечениях, синдроме поликистозных яичников и др.

■ Уменьшение интенсивности проявления предменструального синдрома.

■ Устранении или уменьшении болезненных ощущений в первые дни

менструации.

- Уменьшение объема менструальной кровопотери и снижение частоты анемии.

- Снижение риска возникновения внематочной беременности, развития рака яичников, рака молочной железы, рака тела матки, миомы матки, кист яичников, воспалительных заболеваний органов малого таза, остеопороза.

Как и любые другие лекарственные препараты, комбинированные оральные контрацептивы имеют свои **противопоказания**, к которым относят: беременность, тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, высокий риск тромбоза или тромбоэмболии; ишемическая болезнь сердца, инсульт; артериальная гипертензия; заболевания, связанные с поражением клапанного аппарата сердца; заболевания печени (желчекаменная болезнь, холестаз, вирусный гепатит, хронический гепатит, цирроз, опухоль); головная боль сосудистого характера или мигрень с очаговой неврологической симптоматикой; сахарный диабет с ангиопатией и длительностью заболевания более 20 лет; подтвержденная гиперлипидемия.

Механизмы действия комбинированных оральных контрацептивов могут быть следующими:

- Подавление созревания яйцеклетки и овуляции - отсутствует непосредственный объект оплодотворения.

- Повышение вязкости слизи в канале шейки матки, препятствующее проникновению сперматозоидов в матку.

- Запоздалое попадание оплодотворенной яйцеклетки в матку за счет снижения перистальтики маточных труб.

- Изменение слизистой оболочки матки, препятствующее прикреплению оплодотворенной яйцеклетки.

К сожалению, при использовании оральных контрацептивов возможно возникновение некоторых **побочных эффектов**, которые отмечаются в первые месяцы у 10-40 %, а затем их частота снижается до 5 - 10 %.

Наиболее частыми побочными эффектами являются: головная боль, дискомфорт в желудочно-кишечном тракте, тошнота, рвота, напряжение молочных желез, нервозность, раздражительность, депрессия, головокружение, изменение веса, нарушения менструального цикла в виде межменструальных мажущих кровянистых выделений, обильных кровотечений или, наоборот, отсутствия менструаций во время или после приема оральных контрацептивов.

Сердечно-сосудистые осложнения при приеме КОК крайне редки и встречаются в основном у курящих женщин старшего возраста, у женщин, страдающих сахарным диабетом, а также у женщин с гипертонзией в анамнезе. КОК повышают содержание холестерина в желчном пузыре, что увеличивает вероятность холецистита и камнеобразования. КОК изменяют функцию мочеотделения, что в 11% случаев ведет к активации латентно протекающего пиелонефрита. Нагрубания молочных желез, прибавка в весе связаны с эстрогенными влияниями, что способствует задержке жидкости в организме.

Если побочные эффекты сохраняются дольше, чем в течение 3-4 месяцев, то следует заменить или отменить контрацептивный препарат.

Монофазные эстроген-гестагенные оральные контрацептивы

Монофазные эстроген-гестагенные препараты содержат постоянную дозу эстрагенных и гестагенных компонентов, входящих в состав одной таблетки.

Монофазные препараты до создания трехфазных контрацептивов являлись наиболее распространенными.

Высокая надежность препаратов этой группы и выраженное лечебное действие при ряде гинекологических заболеваний является большим преимуществом перед препаратами других типов.

В гинекологической практике монофазные контрацептивы нашли широкое применение при эндометриозе, дисфункциональных маточных кровотечениях, аменории, предменструальном, климактерическом синдроме, эндокринном бесплодии, гирсутизме.

К монофазным препаратам, зарегистрированным в нашей стране, относятся: цилест, фемоден, микрогинон, диане -35, овидон, регивидон, марвелон, и др.

Двух и трехфазные комбинированные соединения

Внедрение этих препаратов в клиническую практику явилось новым этапом в развитии контрацепции. Переменное содержание стероидов в двух- и трехфазных контрацептивах позволило почти на 40% снизить общую курсовую дозы гестагенного компонента. Ступенчатый режим трехфазных препаратов обеспечивает наименьшее вмешательство в естественное течение процессов в репродуктивной системе.

Большим преимуществом этих препаратов является отсутствие их влияние на концентрацию холестерина, липидный обмен, свертывающую систему крови. К трехфазным препаратам относятся триквилар, трирегол, тризистон, милване, к двухфазным - антеовин.

Вследствие положительного влияние этих препаратов на менструальную функцию их можно использовать для лечения дисменореи, олиго-, аменореи и других нарушений менструального цикла.

Гестагенные контрацептивы

Этот вид контрацепции был создан в связи с необходимостью исключить эстрогенный компонент, который иногда может обуславливать метаболические нарушения, гипертензию и т.д.

Они не содержат эстрогенного компонента и состоят только из синтетических гестрагенов. К гестагенным методам контрацепции относятся:

1. Оральные контрацептивы, содержащие только гестаген (мини-пили, эксклютон, микролют).
2. Инъекционные гестагены (депо - провера, мезигина, мегастрен).
3. Подкожные и мал анты (норплант).

Все эти препараты не содержат эстрогенов и различаются по способу введения.

Механизм действия:

1. Ингибирующее влияние на секрецию гонадотропных гормонов (особенно лютеинизирующего) и, таким образом, предотвращение овуляции.

2. Торможение секреторных изменений, которые необходимы для подготовки эндометрия и имплантации оплодотворенной яйцеклетки.

3. Повышение вязкости цервикальной слизи и таким образом формирование естественного барьера, препятствующего проникновению сперматозоидов.

Преимущество: Препараты этой группы могут применяться при лактации уже через 6 недель после родов. Незначительно их влияние на функцию печени и липидный обмен, артер. давление.

Наиболее частыми побочными реакциями являются нарушения менструального цикла - межменструальные кровянистые выделения или шенорея. Могут отмечаться тошнота, рвота, депрессия, изменения массы тела, головные боли, нагрубание молочных желез.

Мини-пили - содержат минимальные дозы гестагенов. Их следует принимать с 1-го дня менструального цикла в непрерывном режиме. Они являются более приемлемыми противозачаточными средствами для женщин более старшего репродуктивного возраста и кормящих матерей.

Недостатком мини - пилей является необходимость регулярного каждодневного приема таблеток в одно и то же время дня меньшая эффективность по сравнению с комбинированными ОК и нарушения менструального цикла.

Инъекционные контрацептивы - в состав которых входят гестагены пролонгированного действия, пользуются большой популярностью более чем в 80 странах мира.

Наиболее часто используются депо-провера-150, мезигина.

Депо- Провера(США) вводится в\м 1 раз в 90 дней, в дозе 150 мг.

Абсолютные противопоказания: беременность, маточные кровотечения неясной этиологии, рак эндометрия, яичников, шейки матки, болезни сердца, тромбофлебит, сахарный диабет, ожирение II - III ст.

Первая инъекция производится в течение первых 5 дней после начала менструации в\м. После аборта инъекцию можно производить сразу же, после родов — через 6 недель, если женщина является кормящей матерью, и сразу же после родов, если женщина не кормит грудью.

У женщин, применяющих депо - провера, может возникать головная боль, нагрубание молочных желез, отеки, снижение либидо, прибавка в весе.

Отрицательным моментом также является отсроченное восстановление фертильности. Восстановление репродуктивной функции после прекращения применения депо - провера, наступает в среднем через 5,5 мес. и позже (через 1 - 2 года).

Подкожные имплантанты (Норплант) - является эффективным контрацептивным средством длительного, обратимого действия, содержащим малую дозу гестагена. Норплант состоит из шести небольших мягких капсул из силастика. Каждая капсула содержит 36 мг левоноргестрала, диаметр ее составляет 2,4 мм. Капсулы имплантируются под кожу через небольшой разрез под местной анестезией. Контрацептивный эффект обеспечивается благодаря медленному непрерывному выделению левоноргестрала в кровоток. Длительность действия препарата - 5 лет. Через 5 лет капсулы удаляют. Фертильность восстанавливается почти сразу же после удаления капсулы.

Внутриматочные средства контрацепции

Внутриматочный контрацептив (ВМК) представляет собой пластиковую структуру, обычно Т-образной формы, которую помещают в полость матки. Такой контрацептив может быть медьсодержащим или гормоновысвобождающим. Контрацептивное воздействие медьсодержащего ВМК основано на том, что в ответ на присутствие в матке инородного тела развивается реакция со стороны эндометрия, которая резко ухудшает условия имплантации. Эта реакция значительно усиливается за счет присутствия меди в контрацептиве. ВМК также снижает подвижность сперматозоидов и их оплодотворяющую активность.

Кроме того, за счет повышения сократительной активности маточных труб, оплодотворенная яйцеклетка попадает в матку раньше, чем положено, что препятствует ее полноценной имплантации.

Преимущества ВМК заключаются в их высокой эффективности, отсутствии системного влияния на организм, отсутствии необходимости в ежедневном контроле применения, быстром восстановлении способности к оплодотворению после удаления.

Внутриматочные контрацептивы (ВМК) рекомендуют применять уже рожавшим женщинам и имеющим одного постоянного полового партнера.

Гормонвысвобождающие внутриматочные контрацептивы, помещенные в матку в течение длительного времени, высвобождают в организм гормон. Противозачаточное действие такого контрацептива основано, в первую очередь, на разностороннем гормональном влиянии на эндометрий, приводящем к нарушению имплантации яйцеклетки, наряду с другими противозачаточными механизмами, присущими для ВМК вообще.

Наряду с обычными противопоказаниями, не позволяющими использовать ВМК вообще, для гормонвысвобождающих добавляются заболевания печени и тромбоз, нарушения свертывающей системы крови. Восстановление репродуктивной функции происходит спустя 6-12 месяцев после удаления гормон высвобождающего ВМК.

Барьерные методы контрацепции создают механическое или химическое препятствие для продвижения сперматозоидов к верхнему отделу женской репродуктивной системы.

К преимуществам этих методов относят доступность, кратковременность действия, отсутствие системных эффектов, защитные свойства механических методов.

Барьерные методы контрацепции могут быть рекомендованы при повышенном риске возникновения заболеваний передающихся половым путем, кормящим грудью женщинам, при нерегулярной половой жизни, при наличии противопоказаний к другим методам контрацепции.

Недостатками барьерного метода являются: более низкая эффективность по сравнению с гормональной и внутриматочной контрацепцией; возможность местного раздражающего действия и местный дискомфорт при половом акте.

Химические методы контрацепции с помощью спермицидов, входящих в состав пены, крема, геля, контрацептивной губки, влагалищных таблеток или свечей, обездвиживают и нейтрализуют сперматозоиды,

К механическим противозачаточным средствам относятся: диафрагма, которая представляет собой колпачок из эластичного латекса, надевающийся на шейку матки перед половым актом. Диафрагма дополнительно создает защиту шейки матки от микроорганизмов и снижает риск дисплазии шейки матки. После полового акта диафрагму удаляют. Целесообразно использовать диафрагму вместе со спермицидами.

Посткоитальная контрацепция. В целом ряде случаев требуется применение контрацепции после завершившегося без предохранения полового акта. Однако посткоитальная контрацепция не может быть использована как основной способ постоянного предохранения от беременности. Необходим подбор другого оптимального метода контрацепции.

Для **экстренного предотвращения** беременности используют гормональные препараты, действие которых основано на подавлении или задержке овуляции, нарушении процессов оплодотворения и имплантации яйцеклетки. Наиболее популярным среди подобных препаратов является Постинор, который принимают двукратно с перерывом в 12 часов в течение 48-72 часов после полового контакта. Контрацептивная эффективность Постинора составляет до 98%. Побочные эффекты, характерные для гормональных контрацептивов, вообще, встречаются до 1/5 от общего числа пациенток.

С этой же целью может быть использован препарат на основе Даназола по 400 мг два или три раза с интервалом в 12 часов в течение 72 часов после полового контакта.

Возможно также применение препарата на основе Мифепристона в дозе 600 мг один раз в течение 72 часов после полового контакта.

Выбор метода контрацепции для конкретной женщины является сугубо индивидуальной задачей, которая решается лечащим врачом. Этот выбор не должен базироваться только на формальных медицинских критериях. Следует учитывать особенности характера и образа жизни женщины (аккуратность; мотивацию к использованию контрацепции; наличие одного полового партнера или нескольких; регулярная или эпизодическая половая жизнь и прочее), особые ситуации (послеродовый период, послеабортный период, ситуации, требующие экстренной контрацепции), возраст и прочее.

Биологические методы контрацепции

Температурный метод позволяет более точно определить время овуляции, так как после того как она произошла, температура в прямой кишке повышается на 0,3-0,5 °С и остается повышенной до менструации. Для выявления овуляции с помощью данного метода необходимо ежедневно утром не вставая с постели на протяжении всего менструального цикла измерять температуру в прямой кишке. Температурный метод целесообразно использовать в совокупности с ритмическим методом контрацепции.

Характер рисунка кристаллизации слюны также позволяет определить время овуляции. Повышение уровня эстрогенов, по мере приближения овуляции, приводит к увеличению в слюне, количества солей натрия и калия. Их концентрация достигает максимума в день овуляции, что и приводит к кристаллизации слюны при высушивании. Достоверность теста кристаллизации слюны для определения овуляции составляет от 96% до 99%. Для оценки рисунка кристаллизации слюны и, соответственно, определения времени овуляции используют различные мини-микроскопы, представляющие собой компактные оптические приборы, удобные для применения.

Добровольная хирургическая стерилизация. Этот метод контрацепции является высоко эффективным и сопряжен с хирургическим вмешательством.

Однако для использования стерилизации существуют определенные условия:

- стерилизация запрещена в возрасте до 21 г;
- у пациента (ки) не должно быть никаких психических заболеваний;
- с момента подписания всех документов до хирургической стерилизации должно пройти не менее 30 суток;
- запрещено получать согласие на стерилизацию во время родов или в том случае, если женщина хочет прервать беременность.

Мужская стерилизация заключается в пересечении семявыводящих протоков. Такая стерилизация технически более простая, чем у женщин, и может быть выполнена в амбулаторных условиях. Восстановление репродуктивной способности после такой операции возможно.

Женская стерилизация основана на создании искусственной непроходимости маточных труб хирургическим путем. Несмотря на то, что контрацептивная эффективность такой стерилизации очень высока, она, тем не менее, не достигает 100%. Планировать проведение стерилизации целесообразно на первые дни менструального цикла.

Перечень наглядных пособий, средств ТСО, используемых на лекции:

1. Буклеты с аннотациями о гормональных средствах контрацепции
2. Внутриматочные спирали
3. Набор гормональных средств
4. Таблицы

Вопросы темы для самостоятельного изучения

1. История возникновения различных видов контрацепции
2. Механизм действия внутриматочной контрацепции
3. Осложнения, возникающие при применении гормональных средств контрацепции

4. Послеродовая контрацепция
5. Гормональная контрацепция у не рожавших женщин
6. Гормональная контрацепция старше 35 лет

VII. Литература: Основная

1. Акушерство: учебник. Под редакцией Савельевой Г.М., М., 2009.- 435 с.

Дополнительная

1. Гинекология: учебник. Под. Ред. Савельевой Г.М, М., 2011.- 400 с

2. Учебное пособие « Контрацепция» И.В.Кузнецова / под ред. Н.М. Подзолковой, М., 2004

3. Акушерство «Национальное руководство» / под ред. Н.М.Кулакова.- Медиа ГОЭОТАР, 2007

«НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ»

ПЛАН

10. Этиология и патогенез невынашивания беременности.
11. Клиника, диагностика и лечение угрозы прерывания в I и II триместрах беременности.
12. Клиника, диагностика и лечение угрожающих преждевременных родов.
13. Тактика ведения преждевременных родов.
14. Особенности ведения недоношенных новорожденных.
15. Этиология и патогенез перенашивания беременности.
16. Клиника, диагностика переносимой беременности.
17. Ведение беременности. Показания к кесареву сечению.
18. Характеристика новорожденных.

Невынашивание беременности - один из основных видов акушерской патологии. Частота этого осложнения остается стабильной в

течение многих лет и составляет 15 – 20 % всех желанных беременностей. Невынашивание беременности, оказывая отрицательное влияние на рождаемость, обуславливает значительное повышение уровня перинатальной и детской смертности. В I триместре она может достигать 50 %, во II триместре – 20 %, В III триместре – 30 %. Столь высокий процент выкидышей в I триместре обусловлен тем, что это является своего рода естественным отбором, элиминацией аномально сформировавшегося эмбриона.

До 28 недель прерывание беременности происходит по типу самопроизвольного аборта. До 16 недель беременности различают ранний аборт, а с 17 по 27 неделю – поздний аборт.

Преждевременные роды считаются после 28 недель беременности до 38 – 39 недель. Различают так же привычный выкидыш (прерывание беременности более 2–х раз) и несостоявшийся выкидыш.

Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны. Условно их можно разделить на следующие основные группы: патологические состояния организма женщины, вирусная инфекция, эндокринная патология и бактериальная иммунологические факторы; генные и хромосомные нарушения; влияние факторов окружающей среды и т. д.

К патологическим состояниям организма женщины, в частности, относятся анатомические и функциональные изменения половых органов. Развитию функциональных изменений могут способствовать инфекционные заболевания, особенно в детском и пубертатном возрасте, искусственные аборт, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции (особенно гипофиза), стрессовых ситуаций, общих заболеваний. В 67 – 74 % случаев причиной прерывания беременности является гормональная недостаточность яичников и плаценты. К анатомическим изменениям половых органов относятся инфантилизм, пороки развития матки, истмико – цервикальная недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте и родах.

По данным литературы можно сделать вывод, что персистирующая вирусная (герпес, краснуха, цитомегаловирус) и бактериальная инфекция (трихомоноз, микоплазмы, хламидии), являются одним из основных факторов прерывания беременности. Даже без прямого специфического действия инфекционных агентов на плод нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией их в эндометрии с развитием хронического эндометрита, ведут к прерыванию беременности. Кроме того, следует учитывать, что возбудители вирусных инфекций проникают через плацентарный барьер и активно размножаются в плаценте, повреждая ее и вызывая внутриутробное инфицирование плода.

Нейроэндокринные нарушения (функциональные изменения надпочечников, щитовидной железы) являются самостоятельным этиологическим фактором прерывания беременности. Тяжелые формы экстрагенитальных заболеваний (гипертоническая болезнь, анемия, пиелонефрит и т. д.) способствуют возникновению плацентарной недостаточности, что приводит к нарушению развития плода и невынашиванию беременности. К недонашиванию также приводят тяжелые токсикозы второй половины беременности, предлежания и преждевременная отслойка плаценты, многоводие, многоплодие, неправильное положение плода.

В последние годы большое внимание уделяется иммунологическим нарушениям в системе мать – плацента – плод. При этом отмечают усиление общей и локальной супрессивной активности, направленное на становление и поддержание иммунной толерантности материнского организма по отношению к плоду. Указывается на снижение иммунореактивности матери, что предрасполагает к преждевременным родам.

Обследование женщин с невынашиванием включает в себя подробное изучение наследственного анамнеза, условий труда, наличие профессиональных вредностей и неблагоприятных социальных факторов. Серьезное внимание следует уделять перенесенным заболеваниям в детстве и

пубертатном возрасте, хроническим инфекциям, экстрагенитальной патологии. Необходимо выяснить состояние здоровья мужа, профессиональной вредности, вредные привычки, перенесенные заболевания.

Патогенетический механизм прерывания беременности объясняется повреждением ряда механизмов, таких как гормональный, генетический и иммунологический. В результате воздействия повреждающих факторов в области трофобласта развиваются гормональные нарушения и иммунологические реакции. В свою очередь цитотоксическое воздействие на трофобласт приводит к отслойке плаценты. При этом происходит активация простагландинов, гистаминов, кининов, серотонина, фибринолиза. Игрет роль так же повышение возбудимости матки под воздействием вышеупомянутых причин.

При обследовании тщательно изучают особенности менструальной функции. При изучении генеративной функции выясняют особенности течения предыдущих беременностей и их исход. При наличии в анамнезе прерывания беременности важно уточнить срок, при котором оно произошло, характер лечения. Важным является уточнение времени наступления беременности после начала половой жизни, длительности первичного бесплодия до наступления первой беременности, характера обследования и лечения.

При привычном выкидыше необходимо уточнить сроки прерывания предыдущих беременностей, которые могут оказаться “критическими” при последующих беременностях. Обследования женщин необходимо начинать с общего осмотра – роста, массы тела, правильности телосложения и развития вторичных половых признаков, при этом отмечают выраженность и характер оволосения, ожирения.

При гинекологическом обследовании особое внимание обращают на строение наружных половых органов, выявление признаков генитального инфантилизма, аномалий развития и др.

Специальное обследование женщин с невынашиванием беременности включает в себя гистеросальпингографию, пневмопельвиографию, лапараскопию, ультразвуковое исследование, изучение эндокринной функции яичников (измерение базальной t, исследование функциональности состояния шейки матки), кольпоцитологическое исследование, определяют секрецию гормонов (17 – кетостероидов, дегидроэпиандростерона, прегнандиола и тесторена).

Во время беременности важное диагностическое значение имеет определение содержания стероидных гормонов желтого тела яичника и плаценты. К ним относятся эстрогены, прогестерон, хорионический гонадотропин, плацентарный лактоин.

КЛИНИКА САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТОВ В I И II ТРИМЕСТРЕ.

Наиболее часто беременные с угрозой прерывания жалуются на боли внизу живота и в пояснице, периодические напряжения матки.

В зависимости от выраженности симптомов различают следующие стадии прерывания беременности: угрожающий, начавшийся, аборт в ходу, неполный и полный аборт.

При угрожающем аборте отмечаются ощущения тяжести или незначительные тянущие боли внизу живота и в области крестца. При аборте во II триместре боли могут быть схваткообразного характера. Кровянистые выделения, как правило, отсутствуют либо могут быть в виде прожилков крови в слизистом отделяемом из шейки матки. Шейка матки не укорочена, наружный зев закрыт, тонус матки повышен. Величина матки соответствует сроку беременности.

При начавшемся выкидыше схваткообразные боли более выражены, чем при угрожающем аборте, появляются кровянистые выделения. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке, поэтому величина матки соответствует сроку беременности. Шейка матки сохранена, канал ее закрыт или слегка приоткрыт. При истмико – цервикальной недостаточности канал

шейки матки бывает несколько расширен, поэтому болевые ощущения менее выражены или отсутствуют.

Аборт в ходу характеризуется схваткообразными болями внизу живота, выраженным кровотечением. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо находится в начале шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище. Аборт в ходу может завершиться неполным или полным абортом. При неполном аборте, когда плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, наблюдаются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности. Канал шейки матки раскрыт, матка мягкой консистенции, величина ее меньше, чем должна быть в соответствии с предполагаемым сроком беременности. В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее часть.

При полном аборте, который чаще наблюдается в поздние сроки беременности, плодное яйцо полностью выделяется из полости матки. Матка сокращается, кровотечение прекращается.

При длительном течении самопроизвольного аборта (угрожающего, неполного) возможно проникновение микрофлоры из влагалища в полость матки с последующим развитием хорионита, амнионита, эндометрита. Инфицированный аборт может стать причиной генерализованных септических заболеваний вплоть до септического шока.

В зависимости от распространения инфекции различают неосложненный инфицированный (инфекция локализуется в матке), осложненный инфицированный (инфекция не выходит за пределы малого таза) и септический (процесс принимает генерализованный характер) аборт. Клиническое течение инфицированного выкидыша определяется в основном степенью распространения инфекции.

Механизм самопроизвольного прерывания беременности может быть различным в зависимости от причин прерывания беременности. В одних случаях сначала возникают сокращения матки, которые вызывают отслойку плодного яйца. В других случаях сокращениям матки предшествует гибель

плодного яйца. Иногда отслойка плодного яйца и сокращения матки происходят одновременно.

При несостоявшемся аборте, неразвивающейся беременности после гибели плодного яйца сокращения матки не возникают, погибшее плодное яйцо не изгоняется из матки и подвергается вторичным изменениям, околоплодная жидкость постепенно всасывается. Если сокращения матки, появившиеся после гибели плодного яйца, недостаточны для его изгнания, то происходит медленная отслойка плодного яйца, которая может сопровождаться длительным необильным кровотечением, приводящим к анемии. Такой аборт называется затяжным.

При истмико – цервикальной недостаточности аборт чаще всего начинается с преждевременного излития околоплодных вод. Плодное яйцо опускается в расширенный канал шейки матки, оболочки инфицируются и вскрываются. Выкидыш, как правило, происходит быстро и безболезненно.

У женщин, страдающих привычным невынашиванием, более чем у 50 % из канала шейки матки выделяются в большом количестве условно – патогенные микроорганизмы: генитальные микоплазмы, микроорганизмы из семейства энтеробактерий, анаэробные неспорообразующие микроорганизмы. Чаще всего условно – патогенная флора высевается у женщин с истмико – цервикальной недостаточностью, особенно при плорабировании плодного пузыря в связи с благоприятными условиями для инфицирования его нижнего полюса восходящим путем из нижних отделов половых путей.

При анализе исходов беременности в зависимости от характера микрофлоры половых путей нами обнаружено, что у женщин, у которых при беременности в канале шейки матки в большом количестве были обнаружены условно – патогенные микроорганизмы, самопроизвольные выкидыши происходили в 3,6 раза, а преждевременные роды в 2,5 раза чаще, чем в группе женщин с нормальной сапрофитной микрофлорой.

Антибактериальная терапия часто дает кратковременный эффект. При повторных обследованиях удается наблюдать смену одних условно – патогенных видов микроорганизмов другими. В условиях длительной госпитализации на фоне сниженного иммунологического статуса женщины создаются условия, благоприятные для селекции госпитальных штаммов микроорганизмов.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УГРОЗЕ ПРЕРЫВАНИЯ В I И II ТРИМЕСТРАХ БЕРЕМЕННОСТИ.

Лечение беременных с самопроизвольными выкидышами в анамнезе следует начинать до появления клинических признаков угрозы прерывания. Необходима ранняя госпитализация на длительный срок до получения четких объективных данных о том, что процессы функционирования плаценты полностью обеспечивают развивающийся плод.

При угрозе прерывания беременности в I триместре независимо от причины лечение должно быть комплексным:

6. Постельный режим.
7. Психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (Inf. Herbae Leonuri 15,0:200,0) по 1 столовой ложке 3 раза в сутки; отвар валерианы (Inf. rad. Valerianaе 20,0:200,0) и настойка пустырника (T – гае Leonuri 20,0) по 1 столовой ложке 3 раза в сутки. Во II – III триместре беременности при выраженных психоэмоциональных перегрузках можно использовать такие препараты как триоксазин по 0,3 г 2 – 3 раза в сутки, тазепам по 0,01 г 2 раза в сутки, седуксен в дозе 0,005 г 1-2 раза в сутки. Создание спокойной обстановки, уверенности в благополучном завершении беременности, правильного отношения к терапии – необходимые предпосылки для успешного лечения.
8. Спазмолитическая терапия: но-шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи с папаверином гидрохлоридом 0,02 г – 4 раза в сутки. В случае

выраженных болей применяют но-шпу по 2 мл внутримышечно 2 – 3 раза в сутки, баралгин в дозе 2 мл внутримышечно.

9. Патогенетически обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы, гормональных показателей, величины КПИ, срока беременности. Дозы лекарственных средств подбирают под контролем клинических и лабораторных данных.

10. Немедикаментозные и физиотерапевтические методы лечения: иглорефлексотерапия, эндоназальная гальванизация, электроаналгезия, которым следует отдавать предпочтение при лечении беременных женщин.

У женщин с гипофункцией яичников, генитальным инфантилизмом, пороками развития матки гормональное лечение следует начинать с 5 недель беременности с назначения небольших доз микрофоллина по 0,0125 или 0,025 мг (1/4 или 1/2 таблетки) в сутки. В 7 недель беременности к терапии микрофоллином следует добавить лечение туриналом по 0,005 г (1 – 2 таблетки) в сутки. При низкой экскреции ХГ внутримышечно вводят хориогонин в дозе 750 – 1000 ЕД 2 раза в неделю. Дозы гормональных препаратов следует подбирать в зависимости от показателей гормонального статуса организма. Если отмечается высокий КПИ, в канале шейки матки большое количество слизи (феномен зрачка +++), то следует уменьшить дозу эстрогенов или увеличить дозу гестагенов (туринал, прогестерон). При отставании роста матки от такового в соответствующий срок беременности и сухой стенке влагалища терапию эстрогенами следует усилить.

Гормональную терапию у этой категории больных следует продолжать до 15 – 16 нед, пока не закончится формирование плаценты. В 12 – 14 нед. прекращают прием микрофоллина, в 15 – 16 нед. – туринала. Вместо туринала можно использовать прогестерон (1 мл 0,1 % раствора внутримышечно через день; на курс 10 инъекций), а в дальнейшем

перейти на 12,5 % раствор 17 α – оксипрогестерона капроната (2 мл 1 раз в 10 дней).

В отсутствие признаков угрозы прерывания, а также при нормализации гормональных параметров терапия гормональными препаратами может быть прекращена и в более ранние сроки беременности. Нецелесообразно использовать гормоны в более поздние сроки беременности.

С целью уменьшения доз и длительности гормональной терапии следует проводить электроанальгезию или эндоназальную гальванизацию.

При появлении кровянистых выделений, т.е. при начинающемся выкидыше в 5 – 10 нед, лечение целесообразно начинать с проведения эстрогенного гемостаза по следующей методике: в 1–й день 1 мл 0,1 % раствора эстрадиола дипропионата внутримышечно 3 раза в сутки (через 8 ч); на 2–й день 2 раза (через 12 ч) и на 3 – 4 – й день 1 раз. После этого можно назначать микрофоллин и сочетанную гормональную терапию. Наряду с гемостазом эстрогенами беременным с начавшимся выкидышем необходимо регулярно вводить спазмолитические средства (но – шпа по 2 мл внутримышечно 3 – 4 раза в сутки или баралгин по 2 мл 2 раза в сутки). Целесообразно применять этамсилат (дицинон) в дозе 0,25 г 3 раза в сутки, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день, эпсилонаминокапроновую кислоту по 2 – 3 г в сутки.

Эстрогены снижают проницаемость сосудов, улучшают маточноплацентарное кровообращение, ликвидируют спазм. Таким образом, уменьшается внутрикапиллярное давление и обычно прекращаются кровянистые выделения. Эстрогены активируют энзиматические процессы в матке, повышают чувствительность рецепторного аппарата, увеличивают секреторную активность трофобласта и нормализуют таким образом секрецию прогестерона.

Прогестерон снижает парасимпатическое действие эстрогенов, предотвращает разрушение окситоциназы и снижает, таким образом, возбудимость матки. Прогестерон повышает трофические процессы в

эндометрии. Хориальный гонадотропин стимулирует функцию желтого тела и секрецию стероидных гормонов, снижает тонус матки, непосредственно действуя на маточную мускулатуру.

Таким образом, сочетанная гормональная терапия у этого контингента беременных обеспечивает более правильное формирование плаценты и ее функцию, создает условия для физиологического течения беременности.

Для профилактики фетоплацентарной недостаточности рекомендуется назначение 20 мл 40 % раствора глюкоза в сочетании с 50 мг кокарбоксилазы и 2 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты внутривенно один раз в сутки в течение 10 дней.

При гиперандрогении надпочечникового генеза патогенетически обоснованной является гормональная терапия глюкокортикоидами (дексаметазон, преднизолон). Лечение следует начинать вне беременности. Дозу гормона подбирают индивидуально под контролем экскреции 17 – КС.

При аборте в ходу, неполном и полном аборте необходимо инструментальное удаление остатков плодного яйца и сгустков крови. При инфицированном аборте целесообразно удалять остатки плодного яйца на фоне антибактериальной терапии. Принципы лечения при септическом аборте такие же, как при послеродовой септической инфекции.

При неразвивающейся беременности в I триместре погибшее плодное яйцо удаляют инструментально. Длительное выжидание при несостоявшемся аборте нецелесообразно в связи с возможностью развития осложнений (нарушение системы гемостаза, инфицирование и др.).

Немедикаментозные методы терапии при угрозе

ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

В патогенезе прерывания беременности большую роль играет функциональное состояние центральной нервной системы. При

неблагоприятных воздействиях возможно изменение деятельности как аорты головного мозга, так и гипоталамо – гипофизарной системы.

При невынашивании беременности изменения чаще всего возникают у больных с лабильной нервной системой.

В связи с этим немаловажную роль в лечении угрозы прерывания беременности имеет применение немедикаментозных средств. К ним относятся электроанальгезия, электрофорез магния синусоидальным модулированным током, электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия.

Преждевременные роды – это роды, наступившие при сроке беременности от 28 до 37 нед. с первого дня последней менструации (ВОЗ, 1973). Срок беременности 28 нед. отделяет самопроизвольный выкидыш от преждевременных родов. Это имеет немаловажное значение, поскольку дети, рожденные после 28 нед. беременности, в большинстве случаев способны к внеутробному существованию. Частота преждевременных родов колеблется от 5 до 12 %. Среди умерших в перинатальном периоде удельный вес недоношенных детей составляет 40 – 60 %. Высокие показатели перинатальной смертности обусловлены общей физиологической незрелостью организма недоношенного ребенка, в результате чего его адаптационные механизмы неполноценны и резервные возможности приспособления к внеутробной жизни быстро истощаются.

Преждевременные роды, как и Невынашивание в целом, вызываются разнообразными причинами.

Для женщин с преждевременными родами характерны проявления общего и генитального инфантилизма, нарушения менструальной функции, высокий индекс перенесенных в детском возрасте инфекционных заболеваний. В анамнезе нередко встречаются указания на предшествующее прерывание беременности (искусственные или самопроизвольные аборты, преждевременные роды). Кроме тех причин, которые характерны для невынашивания в целом, большое место в этиологии преждевременных родов занимают осложнения, связанные с беременностью: угроза прерывания

беременности на всех ее этапах, токсикозы, аномалии прикрепления плаценты, преждевременная отслойка нормально или низко расположенной плаценты, неправильное положение плода.

Перерастяжение матки при многоплодии или многоводии также способствует преждевременным родам.

В механизме развития преждевременных родов важную роль играет гормональная активность плода. Хотя организм плода тесно связан с материнским, он способен самостоятельно поддерживать свой гормональный фон.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Целесообразно различать угрожающие, начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды.

Угрожающие преждевременные роды характеризуются болями в пояснице и в нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено данными гистерографии и тонусметрии. При влагалищном исследовании обнаруживается, что шейка матки сохранена, наружный зев матки закрыт. У повторнородящей он может пропускать кончик пальца. Нередко отмечаются подтекание околоплодных вод и повышенная двигательная активность плода.

При начинающихся преждевременных родах обычно выражены схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждается данными гистерографии. При влагалищном исследовании отмечаются изменения шейки матки (укорочение, нередко сглаженность). Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод.

Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 2 – 4 см), что свидетельствует о наличии далеко зашедшего патологического процесса.

Течение преждевременных родов характеризуется рядом особенностей:

7. Преждевременные роды почти в 40% случаев начинаются с преждевременного излития околоплодных вод.

8. При преждевременных родах нередко имеют место аномалии родовой деятельности: слабость родовой деятельности, дискоординация, чрезмерная родовая деятельность.
9. Преждевременные роды часто бывают быстрыми или стремительными в связи с проявлением истмико – цервикальной недостаточности. В то же время продолжительность родов может увеличиваться вследствие незрелости шейки матки, неподготовленности системы нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции родовых сил.
10. При преждевременных родах наиболее частым осложнением является дородовое кровотечение в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты или предлежания плаценты. Нередко наблюдается также кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах вследствие задержки частей плаценты.
11. Нередко возникают инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и в послеродовом периоде (эндомиометриты, флебиты и т. д.).
12. В родах часто наблюдается гипоксия плода.

Диагностика угрожающих и начинающихся родов нередко представляет значительные трудности.

При поступлении беременной по поводу преждевременных родов необходимо: 1) выяснить возможную причину угрозы или наступления преждевременных родов;

2) установить срок беременности и предполагаемую массу плода, его положение, предлежание, характер сердцебиения плода, характер выделений из влагалища (околоплодные воды, кровотечение), состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие или отсутствие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и ее интенсивность;

3) определить стадию развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), так как терапия должна быть строго дифференцирована.

При угрожающих или начинающихся родах возможна терапия, направленная на сохранение беременности. При начавшихся родах такое лечение уже неэффективно; необходимо создать оптимальные условия для недоношенного плода и бережного родоразрешения.

Для диагностики угрожающих или начинающихся преждевременных родов нередко требуется проведение специальных исследований, направленных на определение возбудимости сократительной активности матки (гистерография, тонусметрия).

При влагалищном исследовании определяют состояние шейки матки: ее консистенцию, длину (сглаженность), проходимость канала, отношение шейки матки к оси таза, наличие деформации шейки матки, состояние плодного пузыря.

Для угрожающих преждевременных родов характерно наличие непостоянных болей в нижней части живота и пояснице. При начинающихся преждевременных родах обычно имеются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. Начавшиеся преждевременные роды характеризуются наличием регулярных схваток, иногда подтекают околоплодные воды.

При угрожающих преждевременных родах шейка матки обычно сохранена, наружный зев закрыт либо пропускает кончик пальца. При начинающихся родах шейка матки укорочена либо сглаженная, канал ее проходим для пальца. При начавшихся преждевременных родах наблюдается сглаженность шейки матки, открытие на 3 см и более.

Акушерская тактика ведения преждевременных родов

Ведение преждевременных родов зависит от их стадии (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся) и от таких факторов, как срок беременности,

состояние плодного пузыря (целый или вскрывшийся), состояние матери, состояние плода, степень раскрытия шейки матки, наличие или отсутствие признаков инфекции, наличие родовой деятельности и ее выраженность, наличие и характер кровотечения.

В зависимости от акушерской ситуации выбирают консервативно – выжидательную или активную тактику ведения родов при недоношенной беременности.

Консервативно – выжидательная тактика показана при целом плодном пузыре, сроке беременности до 36 нед, хорошем состоянии матери и плода, раскрытии шейки матки не более чем на 2 – 4 см, отсутствия признаков инфекции, регулярной родовой деятельности, а также тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии. Такая тактика может быть использована при беременности сроком 28 – 34 нед с преждевременным разрывом плодного пузыря, при отсутствии родовой деятельности и признаков инфекции. При сроке беременности 28 – 34 нед у женщин с регулярными схватками, сглаженной шейкой матки и открытии маточного зева до 3 см можно попытаться прекратить родовую деятельность.

При консервативно – выжидательной тактике ведения угрожающих или начинающихся преждевременных родов лечение должно быть комплексным и направленным на:

- 4) понижение возбудимости и подавление сократительной деятельности матки;
- 5) повышение жизнедеятельности плода и его «созревание»;
- 6) лечение патологических состояний, явившихся причиной преждевременных родов (грипп, нарушение кровообращения, осложнения беременности при сердечно – сосудистой патологии и др.)

Для понижения возбудимости матки и подавления ее сократительной деятельности предлагается следующее комплексное лечение:

- 8) постельный режим;

- 9) психотерапия, седативные средства: отвар пустырника (Inf. Herbae Leonuri 15,0 : 200,0) по 1 столовой ложке 3 – 4 раза в день; отвар валерианы (Inf. rad. Valerianae 20,0:200,0) и настойка пустырника (T – rae Leonuri 20,0) по 1 столовой ложке 3 раза в день; могут быть использованы такие седативные препараты как триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в день, тазепам (нозепам) по 0,01 г 2-3 раза в день; седуксен по 0,005 г 1-2 раза в день;
- 10) спазмолитическая терапия: 1 мл 0,1 % раствора метацина внутримышечно, баралгин в дозе 2 мл, но-шпа по 2 мл внутримышечно 2-4 раза в сутки, 2 % раствор папаверина гидрохлорида по 2 мл внутримышечно 2-3 раза в сутки.
- 11) Средства, снижающие активность матки: 10 мл 25 % раствора магния сульфата вместе с 5 мл 0,25 % раствора новокаина внутримышечно от 2 до 4 раз в сутки, токолитики (алупент, партусистен, бриканил, ритодрин и др.), этанол (10 % этиловый спирт) внутривенно капельно, антагонисты кальция (изоптина), ингибиторы простагландинов (индометацин, который получил достаточно широкое распространение в акушерской практике);
- 12) Немедикаментозные средства для снижения сократительной активности матки (электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия, аэлектроаналгезия);
- 13) Иммуностимулирующая терапия;
- 14) Физиотерапия – электрофорез магния СМТ.

Токолитическая терапия

В борьбе с угрожающими преждевременными родами достигнуты определенные успехи благодаря использованию в акушерской практике препаратов, подавляющих сократительную активность матки. Наибольшее применение в современных условиях получили β – миметики, или

токолитики, группа веществ, специфически действующих на β –рецепторы и вызывающих релаксацию матки. Препараты этого ряда являются производными эпинефрина – нейrogормона, освобождающегося при стимуляции симпатических нервных окончаний.

Схема применения партусистена (фенотерол, беротек, IT 1165 а), ритодрина (пре-пар, Ди-21220), бриканила (тербутален) для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила или 1 мг ритодрина разводят в 250-400 мл изотонического раствора хлорида натрия и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель и постепенно увеличивая дозу до прекращения сократительно активности матки. Средняя скорость введения раствора составляет 15-20 капель в минуту в течение 4-12 ч. В случае положительного эффекта за 15-20 мин до окончания внутривенного введения препарата следует начать оральное применение партусистена и бриканила в дозе 5 мг 4-6 раз в сутки или 2,5 мг через 2-3 ч, а также ритодрина в дозе 10 мг 4-6 раз в сутки. Через 2-3 дня в случае прекращения сократительной деятельности матки дозу токолитиков постепенно снижают в течение 8-10 дней. Лечение токолитиками можно проводить длительное время (от 2 нед до 2 мес) до исчезновения клинических признаков прерывания беременности.

Токолитические препараты могут вызывать побочные действия и осложнения: сердцебиение, снижение артериального давления (особенно диастолического), потливость, тремор, беспокойство (возбуждение), тошноту, рвоту, озноб, головную боль, метеоризм. При длительном использовании β – миметиков может наблюдаться подавление перистальтики кишечника. Для ликвидации побочного действия β – миметиков их сочетают с приемом изоптина по 0,04 г (1 таблетка) 3-4 раза в день. Этот препарат, являясь антагонистом кальция, не только снимает побочное действие β – миметиков, но и способствует снижению сократительной активности матки, усиливая действие токолитиков.

Для устранения угрозы прерывания беременности может быть использован индометацин (Михайленко Е.Т. и др., 1980; Rudoff A., 1977 и др.). Индометацин назначают в суточной дозе 200 мг в таблетках или в свечах: в 1-е сутки по 50 мг 4 раза в таблетках, по 100 мг 2 раза, на 2-3-и сутки по 50 мг через 12 ч, а затем по 50 мг 1 раз на ночь. Общая доза не должна превышать 1000 мг. Длительность курса лечения 5-9 дней. В целях коррекции иммунных нарушений в последнее время рекомендовано применение генно-инженерного препарата – виферона. С 20 по 34 неделю гестации применяется виферон – 1 по 2 свечи в сутки с 12 – часовым интервалом через день. С 35 недели беременности используется виферон – 2 по свечи в сутки с 12 – часовым интервалом ежедневно.

Профилактика респираторного дистресс – синдрома

При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии должна быть профилактика респираторного дистресс–синдрома у новорожденных. Многочисленные экспериментальные работы показали, что респираторный дистресс-синдром у недоношенных новорожденных развивается из-за недостатка сурфактанта в незрелых легких.

Сурфактант – гетерогенная смесь липидов и белков, синтезируемая в больших альвеолах, покрывает альвеолы, способствует их открытию и препятствует их слипанию при вдохе.

В ходе эмбрионального развития сурфактант появляется на 14-й неделе беременности, содержание его повышается с увеличением срока беременности. Клинические и многочисленные экспериментальные исследования показали, что введением матери некоторых лекарственных средств можно ускорить созревание сурфактанта легких плода, что позволяет предупредить развитие синдрома дыхательной недостаточности.

К таким препаратам относятся глюкокортикоиды. Под влиянием глюкокортикоидов, введенных беременной или непосредственно плоду,

наблюдается более быстрое созревание легких, так как происходит ускоренный синтез сурфактанта.

Беременным на курс лечения назначают 8-12 мг дексаметазона (по 4 мг 2 раза в сутки внутримышечно 2-3 дня или в таблетках по 2 мг 4 раза в сутки в течение 2-3 дней).

ВЕДЕНИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Исход беременности для плода при преждевременных родах во многом определяется акушерской тактикой. Вопросы ведения преждевременных родов должны решаться индивидуально, в зависимости от причин, ведущих к преждевременным родам и сложившейся акушерской ситуации.

Если пролонгирование беременности не представляется возможным в силу акушерской ситуации или неэффективности проводимой терапии, то при ведении родов необходим тщательный контроль за динамикой раскрытия шейки матки, характером родовой деятельности, вставлением и продвижением предлежащей части плода и его состоянием. Необходимо своевременно проводить коррекцию родовой деятельности при ее аномалиях. В случае слабости родовой деятельности при преждевременных родах стимулирующие маточные сокращения средства следует вводить осторожно, строго контролируя характер родовой деятельности и состояние плода.

Наиболее эффективным методом родостимуляции является сочетанное применение простагландина $F_{2\alpha}$ в дозе 2,5 мг и окситоцина в дозе 2,5 ЕД в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия. Вначале вводят 5-8 капель в минуту. В дальнейшем каждые 10-20 мин дозу увеличивают на 4-5 капель до появления регулярных схваток. Максимальная скорость вливания не должна превышать 35-40 капель в минуту.

Родостимуляцию можно осуществлять вводя внутривенно окситоцин в дозе 5 ЕД в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия или простагландина $F_{2\alpha}$ внутривенно в дозе 5 мг или E_{2v} в дозе 1 мг в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия.

При незрелой и недостаточно зрелой шейке матки предпочтительно использовать простагландин, так как он способствует более быстрому созреванию шейки матки.

При быстрых и стремительных преждевременных родах показаны средства, тормозящие родовую деятельность (β – миметики, сульфат магния).

Принцип профилактики родового травматизма плода в периоде изгнания заключается в проведении родов без защиты промежности и в своевременности мероприятий, способствующих уменьшению сопротивления мышц промежности.

С целью уменьшения травматизации плода при его прохождении через вульварное кольцо показаны пудентальная анестезия (0,25 % раствор новокаина по 75 мл в каждую сторону), введение лидазы (64 или 128 ЕД в 10 мл 0,25 % раствора новокаина) веерообразно в промежность и обязательное проведение эпизио – или перинеотомии при врезывании головки.

Характеристика недоношенного ребенка

У ребенка, рожденного преждевременно, обнаруживаются признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, длина тела менее 45 см, много сыровидной смазки, недостаточное развитие подкожной жировой клетчатки, пушок на теле (в норме он отмечается только на плечевом поясе), небольшая длина волос на голове, мягкие ушные и носовые хрящи, ногти не заходят за кончики пальцев, пупочное кольцо расположено ближе к лону, у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими, крик ребенка тонкий (пискливый).

Профилактику преждевременных родов следует проводить с учетом современных представлений об этиологии и патогенезе данной патологии. Большое внимание следует уделять правильному физическому и нервно – психическому развитию девочки в периоде полового созревания.

В женских консультациях необходимо организовать наблюдение за беременными группы риска по преждевременным родам.

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ.

Низкое социально-экономическое положение женщины: низкий доход, низкий уровень образования и плохое питание.

Возраст – моложе 16 лет и первобеременные старше 30 лет.

Акушерский анамнез, осложненный предыдущими преждевременными родами. Наличие в анамнезе одних преждевременных родов увеличивает риск в 4 раза, двух преждевременных родов в 6 раз.

Род занятий, требующий физической нагрузки или сопровождающийся стрессами.

Курение более 10 сигарет в день.

Осложненный медицинский анамнез - прерывание предыдущей беременности в плановом порядке, особенно после 12 недель.

Осложнения во время беременности, предрасполагающие к преждевременным родам.

– Инфекции верхних мочевых путей

а) бессимптомная бактериурия;

б) пиелонефрит.

- Другие заболевания

а) пиелонефрит;

б) преэклампсия и эклампсия;

в) астма;

г) заболевания сердца;

д) холестаз;

е) анемия с уровнем Hb менее 90 г/л.

- Состояния, приводящие к перерастяжению матки

а) многоплодная беременность;

б) некоторые пороки развития плода, сопровождающиеся многоводием;

в) диабет

г) Ph – конфликт

- Кровотечение во время беременности
- Отслойка плаценты или гибель плода
- Хирургические операции на органах брюшной полости
- Сепсис
- Внутриутробные инфекции.

Для определения степени риска выкидыша производят суммарный подсчет всех факторов риска. К группе высокого риска относятся беременные с суммой баллов 10 и выше, к группе среднего риска – с суммой 4 и 9 баллов, к группе малого риска – с суммой меньше. Женщины с высокой степенью риска невынашивания беременности должны находиться, под тщательным наблюдением в специализированном кабинете женской консультации и быть госпитализированным в критические сроки в стационар.

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Переношенной считается беременность, длительность которой превышает продолжительность нормальной на 10-14 дней, т.е. составляет 290-294 дня. Преморбидным фоном для перенашивания беременности являются эндокринологическая патология, нарушения жирового обмена, инфантилизм, перенесенные аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, перенесенные в детстве инфекционные заболевания (скарлатина, корь, краснуха).

Диагноз переношенной беременности ставят по определению срока беременности, клиническим проявлениям, а так же по данным лабораторных и инструментальных исследований.

Большое внимание при постановке диагноза заслуживают данные акушерского обследования. Одним из симптомов переношенной беременности является уменьшение окружности живота, а так же массы беременной. При влагалищном исследовании отмечают увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков.

Нередко при переносной беременности диагностируется внутриутробная гипоксия плода (изменение характера сердечных тонов плода при аускультации, усиление или ослабление двигательной активности).

Кроме того, по данным УЗИ отмечается уменьшение количества околоплодных вод, макроскопические изменения плаценты (петрификаты), крупные размеры плода. При переносной беременности часто характерно наличие незрелой шейки матки. После подтверждения диагноза переносной беременности, необходимо решить вопрос о методе родоразрешения.

У женщин с переносной беременностью при наличии акушерской или экстремальной патологии, гипоксия плода и других осложнений целесообразно осуществить операцию кесарево сечение. При переносной беременности и хорошем состоянии плода необходимо создать гормонально – витаминно – глюкозо – кальциевый фон в течение от 3 до 10 дней.

С целью родовозбуждения можно с успехом использовать простагландины в виде геля (препидил – гель) интрацервикально или в задний свод влагалища. В родах возможными осложнениями являются: слабость родовых сил, гипоксия плода, в последовом и раннем послеродовом периоде часто возникают гипо – и атонические кровотечения. Кроме того, в послеродовом периоде высокой остается частота послеродовых инфекционных заболеваний (эндометрит, мастит, нагноение раны промежности). К признакам переносности новорожденного относятся темно – зеленая окраска кожных покровов, плодных оболочек, пуповины, мацерация кожи, особенно на руках, ногах («банные» стопы и ладони), уменьшение или отсутствие сыровидной смазки, уменьшение подкожно – жировой клетчатки, снижение тургора кожи («старческий» вид ребенка), крупные размеры ребенка, длинные ногти пальцев рук, плотные кости черепа, узкие швы и небольшие размеры родничков.

В постнатальном периоде у переносенных детей часто встречаются неврологические нарушения, ранняя гипербилирубинемия и желтуха, метаболический ацидоз, резко снижены адаптационные возможности.

Профилактика перенашивания беременности заключается в точном установлении срока родов, при подозрении на перенашивание рекомендуется стационарное обследование с последующей комплексной подготовкой к родам.

Наглядные пособия:

4. Таблицы, отражающие стадии развития самопроизвольного аборта.
5. Диафильмы о последствиях аборта.
6. Набор инструментария для удаления плодного яйца и его остатков (зеркала, пулевые щипцы, расширители Гегара до №7).

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ ПО ТЕМЕ:

«НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ».

3. Основные вопросы темы.

12. Этиология, патогенез, классификация самопроизвольного аборта.
13. Клиника, диагностика, лечение и профилактика самопроизвольного аборта.
14. Этиология, клиника преждевременных родов.
15. Тактика ведения беременности и родов.
16. Группы риска по возникновению преждевременных родов.
17. Особенности ведения недоношенных новорожденных.
18. Причины перенашивания беременности.
19. Диагностика, тактика ведения беременности и родов.
20. Показания к кесареву сечению.
21. Особенности состояния новорожденных.
22. Профилактика переносенной беременности.

4. Наглядные пособия:

6. Диапозитивы о последствиях аборта.

7. Таблицы, отражающие стадии развития самопроизвольного аборта.
8. Набор инструментов для удаления плодного яйца и его остатков (зеркала, пулевые щипцы, расширители Гегара до №7).
9. Истории родов больных с угрозой прерывания беременности.
10. Демонстрация недоношенных новорожденных.

5. Формы контроля готовности студентов к занятию (опрос, тестовый контроль, решение ситуационных задач).

6. Вопросы для самостоятельного изучения

7. Факторы риска невынашивания беременности.
8. Тактика ведения преждевременных родов.
9. Профилактика дисстресс – синдрома плода.
10. Лабораторные и инструментальные методы исследования при переносной беременности.
11. Профилактика переносной беременности.

7. ЛИТЕРАТУРА

ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ:

1. Айламазян Э.К. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян. - 7-е изд., доп. - СПб. : СпецЛит, 2010. - 543 с. Экземпляры: всего:5 - уч.аб.(5)
2. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 656 с.: ил. – 3 экз.

Дополнительная:

1. Акушерство. Клинические лекции : учеб. пособие / ред. О. В. Макаров. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 640 с. : ил. Экземпляры: всего:6 - н.аб.(5), ч.з.(1)

Тема УЗКИЙ ТАЗ

К числу наиболее частых причин нарушения физиологического течения родов относятся различные аномалии костного таза. До XVI в. существовало убеждение, что кости таза во время родов расходятся и плод рождается, упираясь ножками в дно матки. В 1543 г. анатом Везалий, впервые описавший таз, установил, что лобковые кости соединены в симфизе неподвижно. Аранций (1572) подтвердил мнение Везалия о неподвижности соединений костей таза и представил данные о его деформации. Начало учения об узком тазе принадлежит Девентеру (1701), который описал понятие общесуженный и плоский таз и отметил зависимость течения родов от формы и степени сужения таза. В дальнейшем (XVIII и XIX вв.) проблему узкого таза в нашей стране изучали Н.М. Максимович-Амбодик, А.Я. Крассовский, Н.Н. Феноменов, К.К. Скробанский, Г.Г. Гентер, М.С. Малиновский, Р.И. Калганова и др.

Несмотря на значительное снижение в последнее время частоты грубо деформированных тазов и резких степеней их сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности в связи с процессом акселерации, увеличением массо-ростовых показателей населения, увеличением смешанных форм узкого таза и массы тела новорожденных.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, так как узкий таз является одной из причин материнского и детского травматизма, материнской и перинатальной смертности.

Роды при узком тазе характеризуются несвоевременным излитием околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности, преждевременной отслойкой плаценты, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, тяжелым родовым травматизмом матери и плода, высокими показателями оперативного родоразрешения, послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Проблема аномалий таза почти полностью относится к узкому тазу, однако известное клиническое значение имеет *широкий таз*. Размеры его на 2—3 см превышают нормальный таз. Широкий таз наблюдается чаще у рослых, хорошо развитых женщин, он распознается обычными методами исследования (осмотр, измерение таза и др.)- При влагалищном исследовании определяют значительную емкость малого таза, недоступность мыса, увеличение расстояния между седалищными буграми, крестцом и мысом.

Роды при широком тазе в большинстве случаев протекают нормально, но период изгнания бывает ускоренным. Нередко возникают разгибательные предлежания, низкое поперечное стояние сагиттального шва, высокое прямое стояние головки. Второй период родов может протекать стремительно, в связи с чем часто возникают разрывы мягких тканей родовых путей и травмы плода. В связи с этим в родах необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода, характером родовых сил и особенностями механизма родов. У большинства женщин роды при широком тазе заканчиваются благополучно и для матери, и для плода.

1. УЗКИЙ ТАЗ

Анатомически узким тазом принято считать таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на 1,5—2 см и более.

▲ *Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты: если она меньше 11 см, то таз считается узким.*

Осложнения в родах возникают, когда головка плода несоразмерно больше, чем тазовое кольцо, что наблюдается иногда и при нормальном размере таза. В таких случаях даже при хорошей родовой деятельности продвижение головки по родовому каналу может приостановиться: таз практически оказывается узким, функционально недостаточным. Если головка плода невелика, то даже при значительном сужении таза несоответствия между головкой и тазом может и не быть и роды

совершаются естественным путем без всяких осложнений. В таких случаях анатомически суженный таз оказывается функционально достаточным.

Таким образом, возникает необходимость разграничить два понятия: анатомически узкий таз и функционально узкий таз.

Функционально, или клинически, узкий таз означает несоответствие (несоразмерность) между головкой плода и тазом матери. В литературе встречаются термины "диспропорция таза", "дистоция таза", "неадекватный (клинически узкий) таз", cephalopelvic disproportion и др.

Анатомически узкий таз встречается в 1,04—7,7 % случаев. Такой разброс показателей объясняется отсутствием единой классификации узких тазов и разными диагностическими возможностями.

Причины. Существует много причин развития узкого таза: недостаточное питание в детском возрасте, рахит, детский церебральный паралич (ДЦП), полиомиелит и др. К деформациям таза приводят заболевания или повреждения костей и соединений таза (рахит, остеомалация, переломы, опухоли, туберкулез, врожденные аномалии таза).

Аномалии таза возникают также в результате деформации позвоночника (кифоз, сколиоз, спондилолистез, деформация копчика). Сужение таза может быть обусловлено заболеваниями или деформациями нижних конечностей (заболевания и вывих тазобедренных суставов, атрофия и отсутствие ноги и др.).

Деформации таза возможны также в результате повреждений при автомобильных и других катастрофах, землетрясениях и т.д.

В период полового созревания формирование таза происходит под воздействием эстрогенов и андрогенов. Эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его созревание (окостенение), а андрогены — рост скелета и таза в длину. Одним из факторов формирования поперечно суженного таза является акселерация, приводящая к быстрому росту тела в длину в период полового созревания, когда увеличение поперечных размеров замедлено.

Значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, прием гормонов с целью блокирования менструации при усиленных занятиях спортом (спортивной гимнастикой, фигурным катанием и др.) у многих девушек вызывают "компенсаторную гиперфункцию организма", что в конечном итоге способствует формированию поперечно суженного таза (напоминающего мужской).

В современных условиях отмечается снижение числа женщин с анатомически узким тазом и различными его формами. Так, если в прошлом наиболее частыми были общеравномерносуженный и разные виды плоского таза, то в настоящее время эти патологические формы встречаются реже, а чаще выявляется таз с уменьшенными поперечными размерами. На втором месте по распространенности — таз с уменьшенным размером широкой части полости малого таза.

В настоящее время отмечается увеличение процента так называемых стертых форм узкого таза, диагностика которых представляет значительные трудности.

Классификация. Единая классификация форм анатомически узкого таза отсутствует. Классификация строится либо по этиологическому принципу, либо на основе оценки анатомически узкого таза по форме и степени сужения.

В нашей стране обычно используют классификацию, основанную на форме и степени сужения. Кроме того, различают часто и редко встречающиеся формы узкого таза.

А. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:

1. Поперечносуженный таз.
2. Плоский таз:
 - а) простой плоский таз;
 - б) плоскоракхитический таз;
 - в) таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.
3. Общеравномерносуженный таз.

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза:

1. Кососмещенный и кососуженный таз.
2. Таз, суженный экзостозами, костными опухолями вследствие переломов таза со смещением.
3. Другие формы таза.

За рубежом широко используют классификацию Caldwell-Moloy (1933), учитывающую особенности строения таза (рис. 1):

- 1) гинекоидный (женский тип таза);
- 2) андроидный (мужской тип);
- 3) антропоидный (присущий приматам);
- 4) платипеллоидный (плоский).

Кроме указанных четырех "чистых" форм таза, различают 14 вариантов "смешанных форм". Эта классификация подразумевает характеристику переднего и заднего сегментов таза, которые играют важную роль в механизме родов.

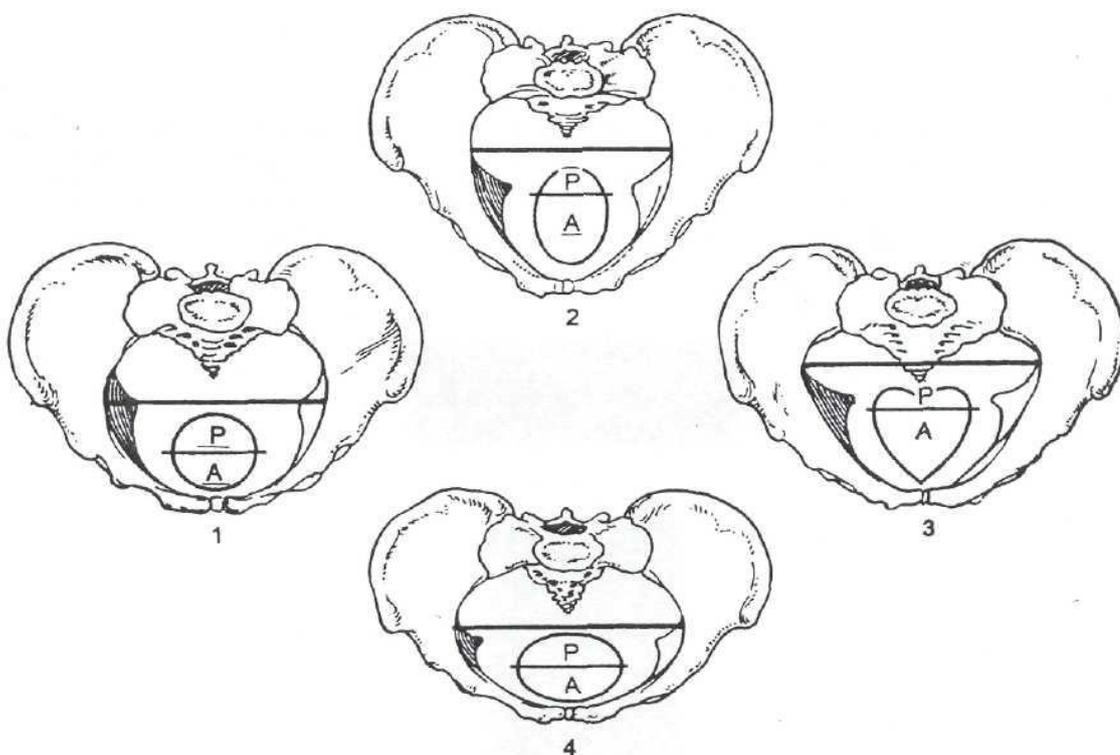


Рис. 1. Основные формы таза.

I — гинекоидная; 2 — антропоидная; 3 — андроидная; 4 — платипеллоидная. Линия, проходящая через самую широкую часть входа в таз, делит его на передний — anterior (a) и задний — posterior (P) сегменты.

Плоскость, проходящая через наибольший поперечный диаметр входа таза и задний край седалищных остей, делит таз на передний и задний сегменты. Для разных форм таза величина и форма этих сегментов различна (см. рис. 1). Так, при *гинекоидной форме* задний сегмент больше, чем передний, и контуры его закруглены, форма входа в таз поперечно-овальная. При *антропоидной форме таза* передний сегмент узкий, длинный, закругленный, а задний длинный, но менее узкий, форма входа — продольно-овальная. При *андроидной форме таза* передний сегмент также узкий, а задний — широкий и плоский. Форма входа напоминает сердце. При *платипеллоидной форме таза* передний и задний сегмент широкие, плоские. Форма входа вытянутая, поперечно-овальная.

В классификации анатомически узких тазов имеют значение не только особенности строения, но и степень сужения таза, основанная на размерах истинной конъюгаты. При этом принято различать четыре степени сужения таза:

- I — истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см;
- II — истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см;
- III — истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см;
- IV — истинная конъюгата меньше 6,5 см.

Сужение таза III и IV степени в практике обычно не встречается.

В современном иностранном руководстве “Williams Obstetrics” (1997) приводится следующая классификация узких тазов:

1. Сужение входа в таз.
2. Сужение полости таза.
3. Сужение выхода таза.
4. Общее сужение таза

(комбинация всех сужений).

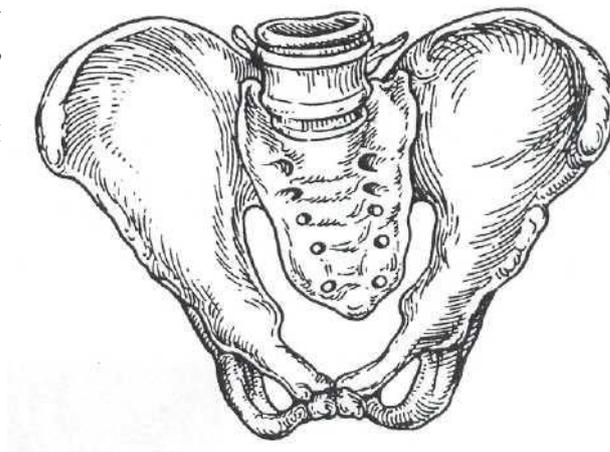


Рис. 2. Поперечносуженный таз.

Иностранные авторы рассматривают вход в таз как суженный, если прямой размер меньше 10 см, поперечный — меньше 12 см и диагональная конъюгата меньше 11,5 см. Состояние, при котором полость таза (узкая часть)

при межостном размере менее 10 см, следует рассматривать как подозрение на узкий таз, а менее 8 см — как узкий таз. Сужение полости таза можно определить только при пельвиметрии. О сужении выхода таза следует говорить, если размер между седалищными буграми меньше 8 см. Сужение выхода таза без сужения полости встречается редко.

Поперечносуженный таз (рис. 17.2). Характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза на 0,6—1,0 см и более, относительным укорочением или увеличением прямого размера входа и узкой части полости малого таза, отсутствием изменений размера между седалищными буграми. Вход в малый таз имеет округлую или продольно-овальную форму. Поперечносуженный таз характеризуется и другими анатомическими особенностями: малая развернутость крыльев подвздошных костей и узкая лонная дуга. Этот таз напоминает таз мужского типа и часто наблюдается у женщин при гиперандрогении.

Исходя из величины поперечного диаметра входа, различают три степени сужения поперечносуженного таза.

- I - 12,4-11,5 см;

- II - 11,4-10,5 см;
- III - менее 10,5 см.

В диагностике поперечносуженного таза наибольшее значение имеет определение поперечного диаметра крестцового ромба (менее 10 см) и поперечного диаметра выхода таза (менее 10,5 см). При влагалищном исследовании отмечаются сближение седалищных остей, острый лонный угол. Точная диагностика данной формы таза и особенно степени его сужения возможна только при использовании рентгенопельвиметрии, компьютерной рентгенопельвиметрии, магнитно-резонансной томографии.

Плоский таз. В плоском тазе укорочены прямые диаметры при обычной величине поперечных и косых диаметров. При этом различают три разновидности плоского таза:

- простой плоский таз;
- плоскоррахитический таз;
- таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости.

Простой плоский таз (рис. 3). Характеризуется более глубоким вдвиганием крестца в таз без изменения формы и кривизны крестца; вследствие этого

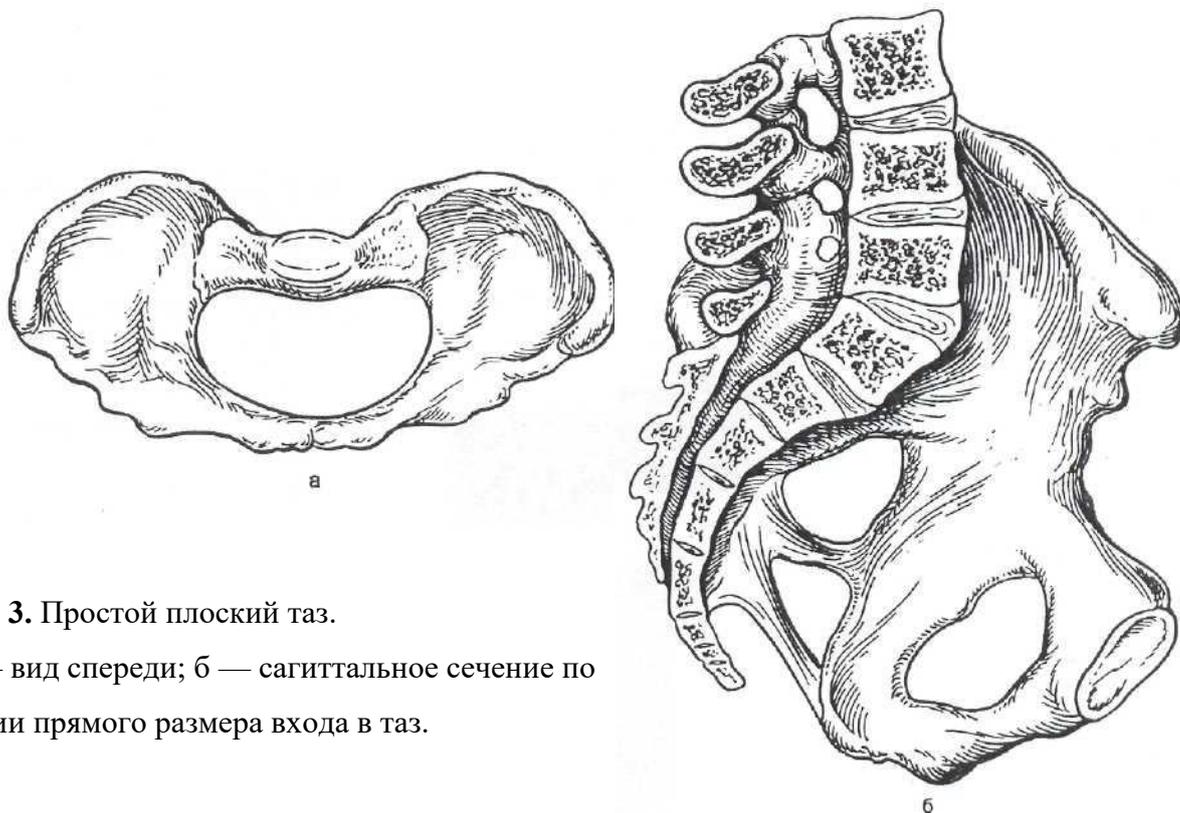


Рис. 3. Простой плоский таз.

а — вид спереди; б — сагиттальное сечение по линии прямого размера входа в таз.

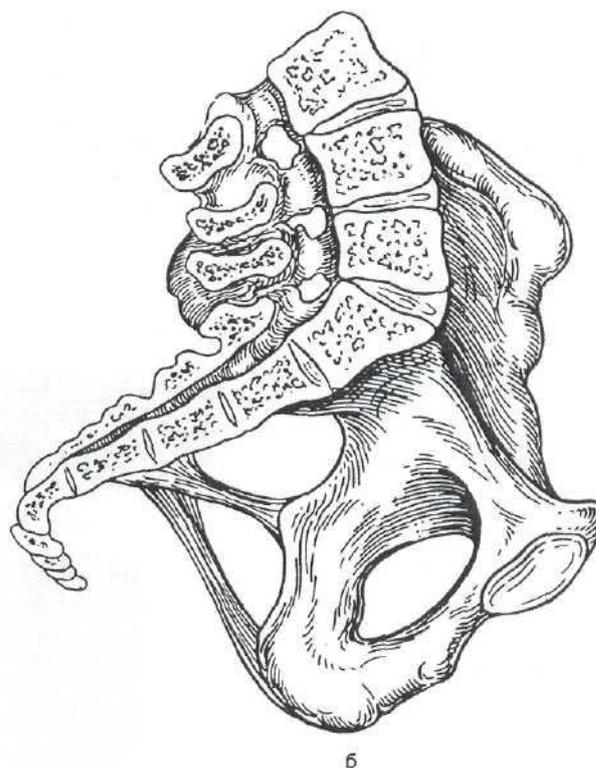
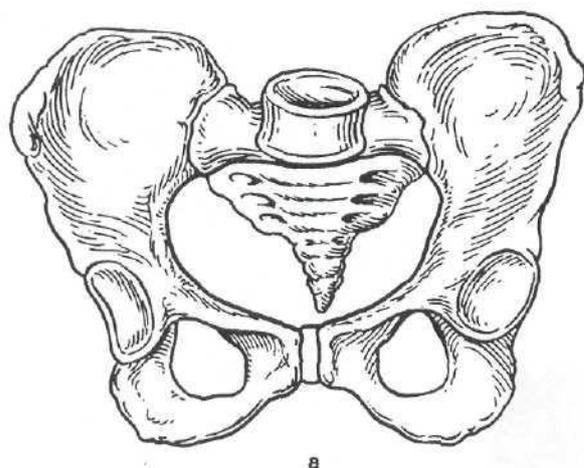
крестец ближе обычного придвинут к передней стенке таза и все прямые размеры как входа, так и полости и выхода умеренно укорочены. Кривизна крестца при этом средняя, лонная дуга широкая, поперечный размер входа в таз обычно увеличен. У женщин с простым плоским тазом телосложение правильное. При наружном тазоизмерении поперечные размеры таза нормальные, а наружная конъюгата уменьшена. При влагалищном исследовании выявляется уменьшение диагональной конъюгаты.

Плоскоррахитический таз. Резко отличается по своему строению от нормального (рис. 4, а, б). Он является следствием заболеваний детей рахитом. При этом заболевании окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих отдельные костные участки, замедляется; хрящевые прослойки значительно утолщаются. В костях уменьшается количество извести. В связи с этим давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводят к деформации таза.

Плоскоррахитический таз отличается следующими особенностями:

- прямой размер входа в таз значительно укорочен в результате глубокого вдвигания крестца в таз — мыс выступает в полость таза значительно резче, чем в нормальном тазе;
- иногда наблюдается второй "ложный" мыс;
- крестец уплощен и повернут кзади вокруг оси, проходящей в поперечнике пояснично-крестцового сочленения;
- верхушка крестца отстоит от нижнего края сочленения дальше, чем в нормальном тазе;

- копчик часто притянут седалищно-крестцовыми связками вместе с последним крестцовым позвонком



кпереди (крючкообразно загнут вперед) (см. рис. 4, б).

Рис. 4. Плоскоррахитический таз.

а — вид спереди;

б — сагитальное сечение по линии прямого размера входа в таз.

Изменяется форма подвздошных костей: слабо развитые, плоские крылья; развернутые гребни вследствие значительного вклинивания крестца в таз. Разница между *distantia spinarum* и *distantia cristarum* или меньше по сравнению с нормальным тазом, или они равны один другому; при выраженных изменениях расстояние между наружноверхними остями больше, чем между гребешками. Лонная дуга более пологая, чем в нормальном тазе. Проводная ось таза представляет собой не правильную дугу, как в норме, а ломаную линию. Большой и малый таз деформированы; особенно укорочен прямой размер входа при нормальном поперечном его размере; сильно выдающийся в полость таза мыс придает плоскости входа почковидную форму; остальные переднезадние размеры полости таза нормальные или увеличены; размеры выхода больше обычных; в некоторых случаях прямой размер выхода укорочен вследствие резкого выступания под прямым углом копчика вместе с последним крестцовым позвонком.

При диагностике данной формы таза следует обращать внимание на признаки перенесенного в детстве рахита ("квадратная голова", искривление ног, позвоночника грудины и др.), уменьшение вертикального размера крестцового ромба и изменение его формы (рис. 5). При влагалищном исследовании мыс достижим, крестец уплощен и отклонен кзади, иногда определяется ложный мыс, прямой размер выхода увеличен.

Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза характеризуется уплощением крестца, вплоть до отсутствия кривизны, увеличением его длины, уменьшением прямого размера широкой части полости (менее 12 см), отсутствием разницы между прямыми размерами входа, широкой и узкой части полости. Другие размеры обычно нормальны или увеличены. Следует различать две степени сужения: I степень — прямой размер широкой части полости малого таза 12,4—11,5 см и II размер полости меньше 11,5 см.

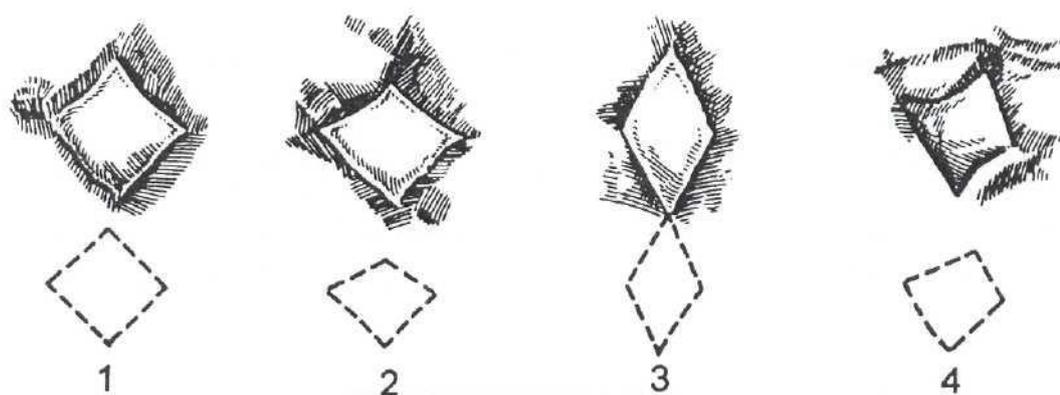


Рис. 5. Форма крестцового ромба при узком тазе. 1 - нормальный таз; 2 - плоскоррахитический; 3 - общеравномерносуженный; 4 - кососуженный.



Рис. 6. Общеравномерносуженный таз

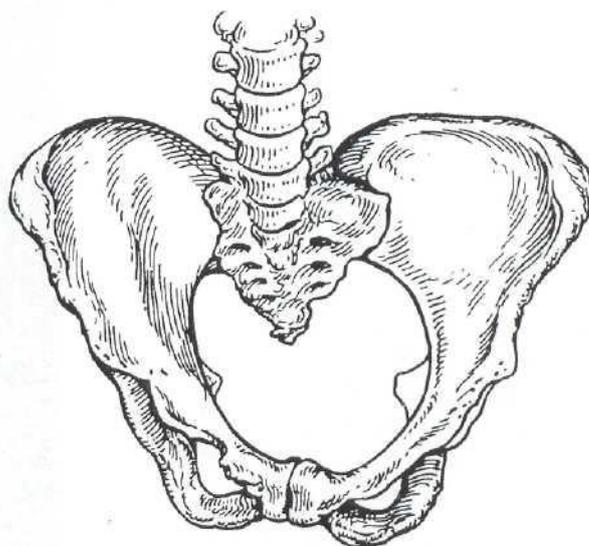


Рис. 7. Кососуженный (асимметричный) таз.

Данную форму некоторые авторы рассматривают как стертую форму плоскоррахитического таза.

Для диагностики узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости информативным является измерение лонно-крестцового размера — расстояния от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза лонно-крестцовый размер составляет 21,8 см. Размер менее 20,5 см свидетельствует о наличии узкого таза, а менее 19,3 см — основание для предположения, что

имеется выраженное уменьшение прямого диаметра широкой части полости малого таза (менее 11,5 см). Выявлена высокая корреляция указанного лонно-крестцового размера с величиной наружной конъюгаты.

Общеравномерносуженный таз (рис. 6). Характеризуется уменьшением на одинаковую величину всех размеров таза (прямые, поперечные, косые) на 1,5—2,0 см и более.

При данном типе таза крестцовая впадина выражена, вход в таз имеет овальную форму, мыс достигается, лонная дуга уменьшена.

Данный тип таза наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения. У большинства таких женщин общеравномерносуженный таз представляет собой одно из проявлений общего инфантилизма, возникшего в детстве и в период полового созревания. Кости таза, как и кости всего скелета, обычно тонкие, поэтому полость таза оказывается достаточно просторной, несмотря на укороченные наружные размеры.

Диагностика основана на данных наружной пельвиметрии и влагалищного исследования. В табл. 1 представлены ориентировочные данные наружных размеров основных форм узкого таза.

Таблица 1. Основные наружные размеры узкого таза

Форма таза	D. spinarum, см	D. cristarum, см	D. trochan- terica, см	Conjugata externa, см
Нормальный	25-26	28-29	30-31	20
Поперечносуженный	24-25	25-26	28-29	20
Простой плоский	26	29	30	18
Плоскоррахитический	26	26	31	17
Таз с уменьшением прямого размера	26	29	30	20

широкой части полости Общеравномерно- суженный таз	24	26	28	18
---	----	----	----	----

Редко встречающиеся формы узкого таза

Кососуженный (асимметричный) таз (рис. 7). Возникает после перенесенного в детстве рахита и гонита, вывиха тазобедренного сустава или неправильно сросшегося перелома бедра или костей голени. При указанных заболеваниях и последствиях травм больная наступает на здоровую ногу, и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному (коленному) суставу, вдавливаются внутрь; половина таза на стороне здоровой ноги становится уже.

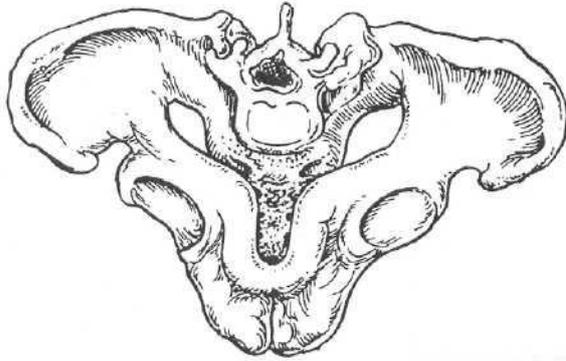
Причиной кососуженного таза может быть также сколиоз, при котором тяжесть туловища на конечности распределяется неравномерно, в результате чего вертлужная впадина на здоровой стороне вдавливаются и таз деформируется.

Кососуженный таз не всегда препятствует течению родов, так как сужение обычно бывает небольшим. Сужение одной стороны компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной.

Заслуживает внимания то, что роженицы, имеющие такой таз, испытывают во время родов желание принять то или иное положение, оказывающееся обычно наиболее выгодным при каждой конкретной ситуации.

Ассимиляционный ("длинный") таз. Характеризуется увеличением высоты крестца вследствие его сращения с V поясничным позвонком ("сакрализация", "ассимиляция"). При этом происходит уменьшение прямых размеров полости таза, что может служить препятствием для прохождения головки через родовой канал.

Воронкообразный таз. Встречается редко; возникновение его связывают с нарушением развития таза вследствие эндокринных расстройств. Воронкообразный таз характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения возрастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид воронки, сужающейся к выходу.



Крестец удлиннен, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть значительно сужен. Роды могут закончиться самостоятельно, если плод некрупный и сужение выхода таза выражено нерезко.

Кифотический таз. Относится к типу воронкообразных. Кифоз позвоночника чаще всего возникает вследствие перенесенного в детстве туберкулезного спондилита, реже рахита.

Рис. 8. Остеомалятический таз.

При возникновении горба в нижнем отделе позвоночника центр тяжести туловища смещается кпереди; верхняя часть крестца при этом смещается кзади, истинная конъюгата увеличивается, поперечный размер может оставаться нормальным, вход в таз приобретает продольно-овальную форму. Поперечный размер выхода таза уменьшается вследствие сближения седалищных бугров; лобковый угол острый, полость таза воронкообразно сужается к выходу. Роды при кифозе нередко протекают нормально, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже расположен горб и чем больше выражена деформация таза, тем хуже прогноз родов.

Спондилолистетинеский таз. Эта редкая форма таза образуется в результате соскальзывания тела L_V с основания крестца. В случае слабовыраженного соскальзывания L_V лишь немного выступает над краем крестца. При полном соскальзывании нижняя поверхность тела поясничного позвонка закрывает переднюю поверхность S_I и препятствует опусканию предлежащей части в малый таз. Самым узким размером входа является не истинная конъюгата, а расстояние от симфиза до выдающегося в таз L_V . Прогноз родов зависит от степени соскальзывания позвонка и сужения прямого размера входа в таз.

Остеомалятический таз (рис. 8). Эта патология в нашей стране практически не встречается. Остеомаляция характеризуется размягчением костей, обусловленным декальцинацией костной ткани. Таз резко деформирован, при выраженной деформации образуется спавшийся таз. В литературе описана деформация таза, характеризующаяся резким поперечным сужением вследствие недоразвития крыльев крестца ("робертовский таз").

Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Экзостозы и костные опухоли в области таза наблюдаются очень редко. Экзостозы могут располагаться в области симфиза, крестцового мыса и в других местах. Опухоли, исходящие из костей и хрящей (остеосаркомы), могут занимать значительную часть полости таза. При значительных экзостозах, препятствующих продвижению подлежащей части плода, показано кесарево сечение. При наличии опухолей также показаны оперативное родоразрешение и последующее специальное лечение.

Диагностика узкого таза проводится на основании данных анамнеза, наружного осмотра, объективного исследования (наружная пельвиметрия, влагалищное исследование). При наличии возможностей и по показаниям (невозможность оценить размеры полости таза) применяются дополнительные методы исследования: УЗИ, рентгенопельвиметрия, компьютерная томографическая пельвиметрия, магнитно-резонансная томография.

При *сборе анамнеза* следует фиксировать внимание на наличие перенесенного в детстве рахита, травматических повреждений костей таза, на осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов,

оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода,

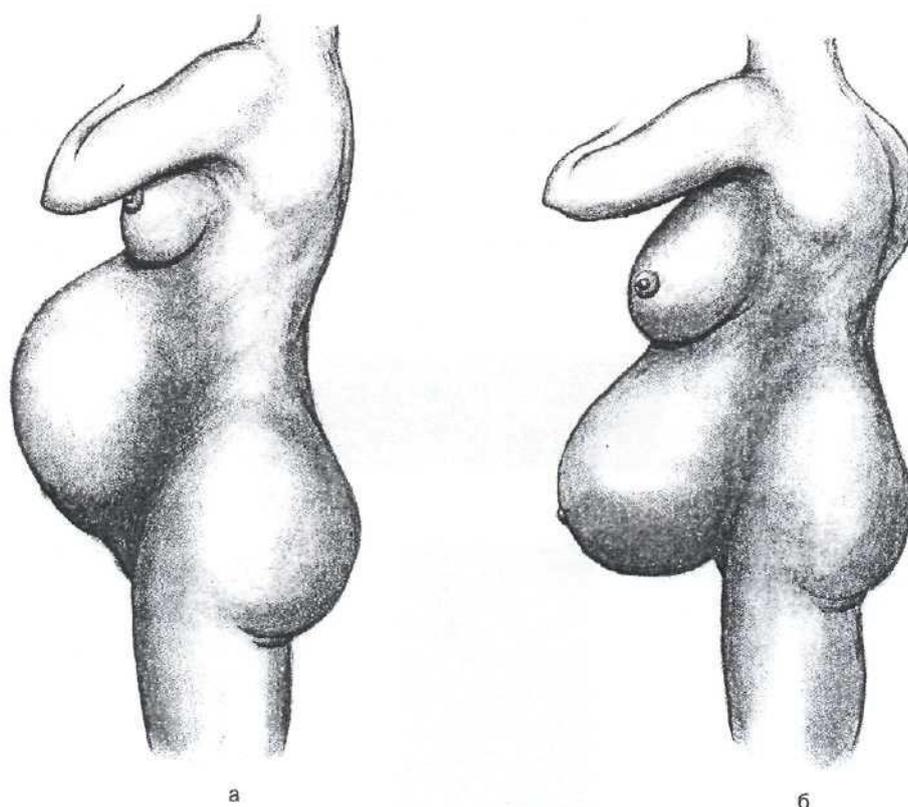


Рис. 9. Формы живота при узком тазе.

а — у первородящей (остроконечный живот); б — у повторнородящей (отвислый живот).

кесарево сечение), мертворождение, черепно-мозговую травму у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность.

Наружный осмотр производится сначала в вертикальном положении женщины. Прежде всего, определяют массу тела и рост. Рост 150 см и ниже с известной достоверностью свидетельствует об анатомическом сужении таза.

При осмотре особое внимание обращают на строение скелета — следы перенесенных заболеваний, при которых наблюдаются изменения костей и суставов (рахит, туберкулез и др.). Изучают состояние черепа (не имеет ли он квадратную форму), позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз), конечностей (саблевидное искривление ног, укорочение одной ноги), суставов (анкилоз в тазобедренных, коленных и других суставах), походки (переваливающаяся

"утиная" походка .свидетельствует о чрезмерной подвижности сочленений тазовых костей) и т.д. Выясняют, не имеет ли живот остроконечную, как бы заостренную кверху форму у первородящих или отвислую — у многорожавших (рис. 9), что характерно в конце беременности для женщин с суженным тазом.

В вертикальном положении обследуемой составляют представление об угле наклона таза, точное определение которого возможно при помощи тазоугломера (гониометра). Для практических целей достаточны ориентировочные данные, полученные путем простого осмотра. При угле наклона таза, превышающем 55° , крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади, отмечается выраженный лордоз поясничной части позвоночника, внутренние поверхности бедер не соприкасаются полностью друг с другом. При меньшем угле наклона таза (менее 55°) крестец расположен вертикально, лонное сочленение поднято вверх, наружные половые органы выступают вперед, лордоз поясничной части позвоночника отсутствует, внутренние поверхности бедер плотно соприкасаются друг с другом. По степени изменения угла наклона таза при различных положениях беременной можно судить о подвижности сочленений таза.

Большое значение для оценки таза имеет форма крестцового ромба. Он хорошо виден, если обнаженную спину женщины рассматривать при боковом освещении.

У инфантильных женщин с общеравномерносуженным тазом продольный и поперечный размеры ромба пропорционально уменьшены.

Чем шире крестец, а следовательно, чем больше поперечные размеры полости таза, тем дальше отстоят друг от друга боковые ямки крестцового ромба. При уменьшении поперечных размеров расстояние между боковыми ямками сближается.

При уменьшении переднезаднего размера (уплощение таза) сокращается расстояние между верхним и нижним углом ромба.

При значительном уплощении таза основание крестца сдвигается вперед и остистый отросток последнего поясничного позвонка оказывается на уровне боковых ямок, вследствие этого ромб принимает форму треугольника, основанием которого является линия, соединяющая боковые ямки, сторонами же — сходящиеся линии ягодич. При резких деформациях таза ромб имеет неправильные очертания, которые зависят от особенностей строения таза и его размеров.

При *наружном акушерском исследовании* можно предположить о сужении таза в той ситуации, когда определяется высокое (над входом) стояние головки у первородящей ("подвижная головка") либо когда она отклонена от входа в таз в ту или иную сторону, что наблюдается при косом и г.оперечном положении плода.

Важную информацию о размерах таза можно получить при *наружной пельвиметрии*, хотя корреляционная зависимость между размерами большого и малого таза выявляется не всегда. Кроме измерений *d.spinaeum*, *d.trochanterica*, *conjugate externa*, следует производить определение боковых конъюгат — расстояние между передне- и задневерхними остями подвздошной кости с каждой стороны (в норме они равны 14—15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза. Одновременно измеряют косые размеры;

1) расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны (в норме равно 22,5 см);

2) расстояние от середины симфиза до задневерхних остей правой и левой подвздошных костей;

3) расстояние от надкрестцовой ямки до передневерхних остей справа и слева. Разница между правым и левым размерами свидетельствует об асимметрии таза.

Важное значение в оценке таза и прогноза родов играет также определение размеров выхода из малого таза: прямого и поперечного.

Для правильного суждения о размерах истинной конъюгаты по данным диагональной конъюгаты следует обязательно учитывать высоту лонного сочленения (в норме 4 - 5 см). Емкость малого таза в значительной степени зависит от толщины костей таза. При увеличении окружности лучезапястного сустава свыше 16 см следует предполагать большую толщину костей таза и, следовательно, уменьшение емкости малого таза.

Важное значение имеет *влагалищное исследование*, при котором следует подробно изучить рельеф внутренней поверхности таза. Обращают внимание на емкость таза (широкий, суженный таз), состояние крестца (вогнутый, характерный для нормального таза; плоский и отогнутый кзади по оси, идущей через сочленение между V поясничным и I крестцовым позвонками при рахитичном тазе), на наличие клювовидного или двойного мыса, состояние копчика (степень его подвижности, нет ли крючкообразного его загибания кпереди), состояние лонной дуги (наличие выпячиваний, шипов и наростов на внутренней поверхности лонных костей, высоту и изогнутость лонной дуги, насколько узка выемка, образованная нисходящими ветвями лонных костей), состояние лонного сочленения (плотность примыкания друг к другу лонных костей, подвижность и ширину лонного сочленения, наличие на нем плотного нароста) и т.д.

Основным показателем степени сужения таза является величина *истинной конъюгаты*. Во всех случаях, когда этому не мешает опустившаяся в полость таза подлежащая часть плода, необходимо измерять диагональную конъюгату и, вычтя 1,5—2 см, определять длину истинной конъюгаты.

Рентгенопельвиметрия позволяет определить прямые и поперечные размеры малого таза во всех плоскостях, форму и наклон стенок таза, степень кривизны и наклон крестца, форму лонной дуги, ширину симфиза, экзостозы, деформации, размеры головки плода, особенности ее строения (гидроцефалия), конфигурацию, положение головки по отношению к плоскостям таза и др. Современная отечественная рентгенологическая аппаратура

(цифровая сканирующая рентгенографическая установка) позволяет в 20—40 раз снизить лучевую нагрузку по сравнению с пленочной рентгенопельвиметрией.

Ультразвуковое исследование по своей информативности уступает рентгенографическому, так как при трансабдоминальном сканировании можно определить только истинную конъюгату, а также место расположения головки плода, ее размеры, особенности вставления, а в родах — степень раскрытия шейки матки.

Трансвагинальная эхография позволяет провести измерение прямых и поперечных размеров малого таза.

Весьма информативной при диагностике узкого таза является комбинация ультразвукового исследования и рентгенопельвиметрии.

При использовании *магнитно-резонансной* томографии обеспечивается точность измерения таза, подлежащей части плода, мягких тканей таза и при этом отсутствует ионизирующая радиация. Метод лимитирован из-за дороговизны и трудности обучения методике.

Течение и ведение беременности при узком тазе. Неблагоприятное влияние суженного таза на течение беременности сказывается лишь в последние ее месяцы. У первородящих вследствие пространственных несоответствий между тазом и головкой плода последняя не вступает в таз и может оставаться подвижной над его входом в течение всей беременности, вплоть до начала родов. Высокое стояние головки у первородящих в последние месяцы беременности отражается на течении беременности. Головка плода не опускается в малый таз, а брюшная стенка беременной малоподатлива. В связи с этим растущая матка может подниматься только вверх и, подойдя к диафрагме, поднимает ее значительно выше, чем у беременных при нормальном тазе. Как следствие этого, значительно ограничивается экскурсия легких и смещается сердце. Поэтому при сужении таза одышка в конце беременности появляется раньше, держится дольше и более выражена, чем при беременности у женщин с нормальным тазом.

Матка у беременных с суженным тазом отличается подвижностью. Дно ее в силу своей тяжести легко поддается всякому движению беременной, что наряду с высоким стоянием головки предрасполагает к образованию неправильных положений плода — поперечных и косых. У 25 % рожениц с установившимся поперечным и косым положением плода обычно имеется в той или иной степени выраженное сужение таза. Тазовое предлежание плода у рожениц с суженным тазом встречается в три раза чаще, чем у рожениц с нормальным тазом.

Матка у беременных с суженным тазом отличается подвижностью. Дно ее в силу своей тяжести легко поддается всякому движению беременной, что наряду с высоким стоянием головки предрасполагает к образованию неправильных положений плода – поперечных и косых. У 25 % рожениц с установившимся поперечным и косым положением плода обычно имеется в той или иной степени выраженное сужение таза. Тазовое предлежание плода у рожениц с суженным тазом встречается в три раза чаще, чем у рожениц с нормальным тазом.

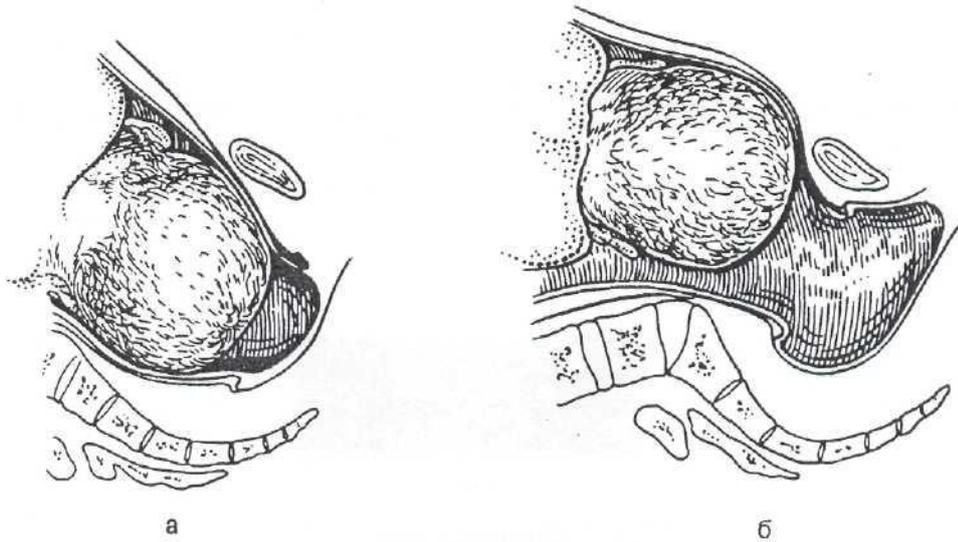


Рис. 10. Вставление головки во вход в малый таз при нормальном (а) и анатомически узком (б) тазе. Головка стоит над входом в малый таз, передние и задние воды не разграничены.

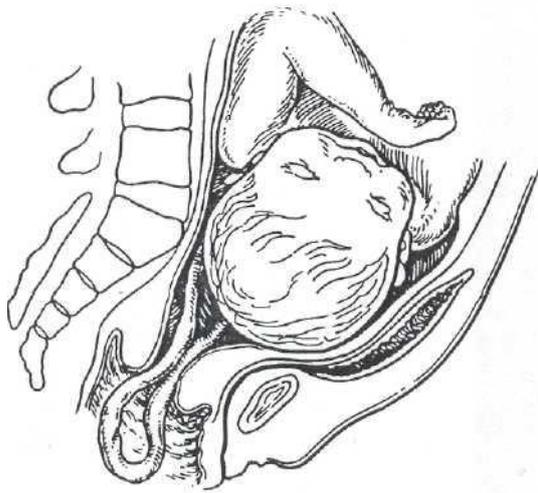


Рис. 11. Выпадение петли пуповины.

Суженный таз влияет и на характер вставления головки плода. В выраженных случаях остроконечного и отвислого живота умеренный асинклитизм, благоприятствующий физиологическому течению родов, усиливается и переходит в патологическое асинклитическое вставление, являющееся серьезным осложнением родов (рис. 10). Подвижность головки плода над суженным входом в таз способствует возникновению разгибательных предлежаний головки (переднеголовное, лобное и лицевое), которые сравнительно часто осложняют течение родов при суженном тазе. Одним из частых и серьезных осложнений беременности при данной патологии является преждевременное излитие околоплодных вод вследствие отсутствия пояса прилегания. При преждевременном излитии околоплодных вод (до начала родовой деятельности) нередки случаи выпадения петель пуповины (рис. 11).

Беременные с узким тазом относятся к группе высокого риска развития осложнений и в женской консультации должны находиться на специальном учете. Необходимо своевременное выявление аномалий положений плода и других осложнений. Важно определить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. За 1—2 нед. до родов беременных следует госпитализировать в отделение патологии для уточнения диагноза и выбора рационального метода родоразрешения. При наличии гестоза и других осложнений беременную направляют в родильный дом независимо от срока гестации.

Течение родов при узком тазе. Течение родов при узком тазе зависит, прежде всего, от степени сужения таза. Так, при I и реже II степени сужения, средних и малых размерах плода возможны роды через естественные родовые пути. При II степени сужения таза осложнения в родах встречаются значительно чаще, чем при I степени. Что касается III и IV степени сужения таза, то роды в этих случаях живым доношенным плодом невозможны.

При узком тазе нередко наблюдается *раннее излитие околоплодных вод* вследствие высокого стояния головки и отсутствия разграничения вод на передние и задние. В момент излития вод во влагалище может выпасть петля пуповины или ручка плода. Если не оказать своевременно помощь, то пуповина прижимается головкой к стенке таза и плод погибает от гипоксии. Выпавшая ручка уменьшает объем узкого таза, создавая дополнительное препятствие для изгнания плода.

При *преждевременном и раннем излитии вод* процесс раскрытия шейки матки замедляется, на головке образуется родовая опухоль, нарушается маточно-плацентарный кровоток, что способствует развитию гипоксии у плода. В случае длительного безводного промежутка микробы из влагалища проникают в полость матки и могут вызвать эндометрит в родах (хориоамнионит), плацентит, инфицирование плода.

При узком тазе нередко наблюдаются *аномалии родовой деятельности*, которые проявляются в виде первичной и вторичной слабости, дискоординации. Роды приобретают замедленный характер, роженица утомляется, и у плода нередко возникает гипоксия.

При узком тазе характерным является замедленное раскрытие шейки матки и в конце периода раскрытия может появиться *желание тужиться* — "*ложные потуги*", что обусловлено раздражением шейки матки вследствие ее прижатия ко входу в малый таз.

При узком тазе в периоде изгнания *головка длительное время находится во всех плоскостях таза*. Под влиянием родовой деятельности головка, фиксированная во входе в таз, подвергается значительной конфигурации и при этом приспосабливается к форме узкого таза, что и способствует ее прохождению через родовые пути.

Период изгнания. При узком тазе этот период обычно затягивается: для изгнания плода через узкое кольцо таза требуется хорошая родовая деятельность. При наличии значительного препятствия к изгнанию могут возникнуть бурная родовая деятельность и *перерастяжение нижнего*

сегмента матки, что в конечном итоге может привести к *разрыву матки*. У некоторых рожениц после бурной родовой деятельности наступает вторичная слабость родовых сил, потуги прекращаются и плод может погибнуть от гипоксии.

При длительном стоянии головки во входе или в полости таза могут происходить *сдавление мягких тканей родовых путей между костями таза и головкой плода*. Кроме шейки матки и влагалища, сдавливаются мочевого пузырь и мочеиспускательный канал спереди, прямая кишка — сзади. Прижатие мягких тканей ведет к нарушению в них кровообращения; возникают цианоз и отек шейки матки, стенки мочевого пузыря, а в дальнейшем — влагалища и наружных половых органов.

В связи с прижатием мочеиспускательного канала и мочевого пузыря прекращается мочеиспускание, наступают нарушения кровообращения и в дальнейшем — некроз тканей. На 5—7-й день после родов некротическая ткань может отторгаться и образуются мочеполовые или прямокишечно-влагалищный свищи. При общесуженном тазе возможно циркулярное ущемление шейки матки, что приводит к ее ампутации. Отек шейки матки и затрудненное мочеиспускание являются симптомами значительного сдавливания тканей. Примесь крови в моче — угрожающий признак, указывающий на несоответствие и возможность образования свища. Появление кровянистых выделений (даже умеренных) из половых путей, частые и болезненные схватки, истончение и болезненность нижнего сегмента матки свидетельствуют об угрозе ее разрыва. При затяжном и затрудненном периоде изгнания возможно сдавление нервов с последующим возникновением пареза мышц ног. Если прохождение головки через таз связано со значительными трудностями, то иногда возникает повреждение лобкового симфиза, особенно если в периоде изгнания используют прием Кристеллера.

Последовый период. В последовом периоде при узком тазе нередко возникают кровотечения в связи с нарушением отслойки плаценты.

Причиной этого служит то, что при перерастянувшихся в течение длительного и трудного периода изгнания стенках матки и брюшном прессе утомленная роженица не может развить хороших последовых схваток и потуг, необходимых для физиологической отслойки и рождения плаценты. В результате наступает частичная отслойка плаценты с опасным кровотечением из матки.

Послеродовой период. В раннем послеродовом периоде нередко наблюдается гипотоническое кровотечение из матки, так как у матки временно снижена или потеряна способность сокращаться. Может наблюдаться также кровотечение из разрывов шейки матки и других тканей родового канала.

В позднем послеродовом периоде возможны послеродовые инфекционные заболевания, а при неправильном ведении родов — мочеполовые и кишеч-но-половые свищи, повреждения сочленений таза и др.

Осложнения, угрожающие плоду. Такие осложнения часто возникают при узком тазе. Затяжные роды и часто наблюдающиеся аномалии родовых сил вызывают нарушения маточно-плацентарного кровотока и *гипоксию плода*. При этом возможны кровоизлияния в мозг и другие органы плода. Кровоизлияния в мозг усиливаются при резком сдавливании головки и чрезмерном смещении костей черепа в области швов. Разрыв сосудов может привести к кровоизлиянию под надкостницу одной или обеих теменных костей — кефалогематома. При узком тазе часто образуются большая родовая опухоль, иногда вдавление (рис. 12) и трещины костей черепа.

Мертворождаемость, ранняя детская смертность и заболеваемость при узком тазе значительно выше, чем при нормальном.



Рис. 12. Вдавление костей черепа плода как результат родов

Нередко появившиеся в периоде раскрытия шейки матки осложнения, характерные для родов при узком тазе, через некоторое время устраняются силами природы, и в дальнейшем роды протекают физиологически. В других случаях эти осложнения начинают выявляться лишь

в периоде изгнания, несмотря на то что роды протекают с большими затруднениями, они часто заканчиваются самопроизвольно. У таких рожениц после раскрытия маточного зева и излития околоплодных вод при хороших схватках и потугах головка плода сначала прижимается ко входу в таз и затем фиксируется в нем. Несмотря на отсутствие заметного продвижения головки, она совершает медленное движение, часто вновь возвращаясь в исходное положение, как только потуга прекращается. Головка плода совершает вращательные движения, при этом изменяется взаиморасположение родничков: опускается в таз попеременно то малый, то большой родничок. В результате длительных потуг головка плода все глубже вклинивается в таз. Приспосабливаясь, она изменяет свою форму, все больше соответствуя форме родового канала.

Теменные кости благодаря асинклитическому вставлению в различной степени вдаются в полость таза, поэтому одна из них на месте стреловидного шва заходит под другую. Как правило, лежащая выше теменная кость (задняя), задерживаемая мысом, заходит под лежащую ниже (переднюю). Если лежащая выше кость является передней (при заднем асинклитизме), то она вдвигается под нижележащую противодействием лонного сочленения.

Менее выраженное захождение одной кости под другую наблюдается в области лобного, венечного и ламбдовидного швов.

Такая конфигурация головки совершается очень медленно в результате длительных схваток и потуг. Незначительное уменьшение общего объема головки плода происходит за счет оттока цереброспинальной жидкости в позвоночный канал.

Если есть препятствие рождающейся головке только на входе в таз, то головка, миновав его, рождается в дальнейшем без особых затруднений. Если же сужены и другие отделы таза, то хорошо конфигурированная головка плода под действием схваток и потуг продвигается по последнему, совершая вместе с туловищем механизм родов, который различен для каждой формы сужения таза.

Механизм родов при узком тазе отличается от механизма родов, типичного для нормального таза, и имеет характерные особенности, свойственные форме сужения.

Механизм родов при плоскопоперечносуженном тазе. При поперечносуженном тазе и отсутствии значительного уменьшения его поперечных размеров и средних размерах головки плода механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе.

Характерным при поперечносуженном тазе без увеличения прямого размера входа является асинклитическое вставление головки, когда она вставляется в одном из косых размеров плоскости входа передней теменной костью, стреловидный шов при этом смещается кзади.

Согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, как при нормальном механизме родов: внутренний поворот (затылком кпереди), разгибание, наружный поворот. Длительность родов при поперечносуженном тазе больше, чем при нормальном. Однако при сочетании поперечного сужения таза с увеличением истинной конъюгаты и других прямых размеров таза, особенно когда истинная конъюгата больше поперечного размера входа, нередко головка

устанавливается стреловидным швом в прямом размере, затылком кпереди, что для данной формы сужения таза является благоприятным. При этом головка сгибается и опускается до выхода таза, не делая внутреннего поворота, и затем разгибается (рождается).

Если головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере и затылок плода обращен кзади, то поворот согнутой головки на 180° может произойти в полости таза (при небольшой головке и энергичной родовой деятельности), и она прорезывается в переднем виде.

Если затылок плода не поворачивается кпереди, то может образоваться высокое прямое стояние головки и появляются признаки клинического несоответствия, что является показанием к кесареву сечению.

Механизм родов при плоскорохитическом тазе. Прямой размер входа в таз уменьшен. Обусловленные этим затруднения преодолеваются в результате следующих особенностей механизма родов, имеющих приспособительный характер:

1. Продолжительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере входа в таз. Вследствие сужения входа головка может находиться в таком положении несколько часов даже при хорошей родовой деятельности.

2. Небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается на одном уровне с малым или ниже него (рис. 13). При таком разгибании через наименьший размер — истинную конъюгату — головка проходит малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространства. Головка в таком состоянии приспособляется ко входу в таз и потому, что размер слегка разогнутой головки (12 см) меньше поперечного размера входа (13-13,5 см).

3. Асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдается передний — негелевский — асинклитизм (переднетеменное вставление головки) (рис. 14, а); при этом задняя теменная кость упирается в

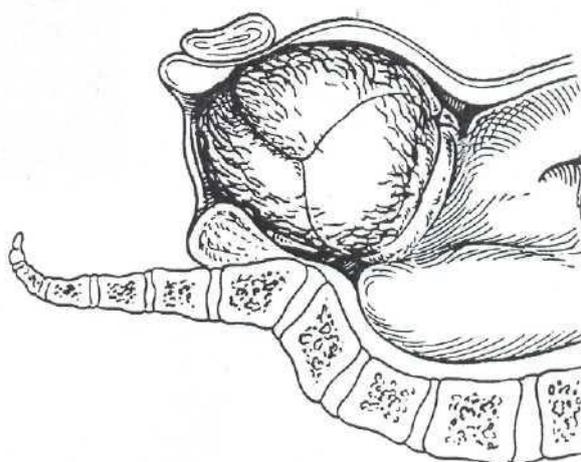
выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. Сагиттальный шов располагается ближе к мысу. В таком положении (сагиттальный шов в поперечном размере таза — ближе к мысу, большой родничок ниже малого) головка плода стоит во входе в таз до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная ее конфигурация. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается.

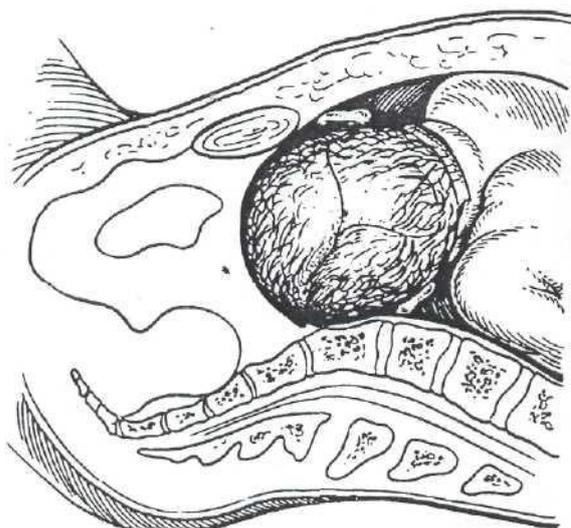
Рис. 13. Механизм родов при плоском тазе. Разгибание головки во входе в малый таз.



Рис. 14. Механизм родов при плоскорохитическом тазе.

- а — асинклитическое вставление головки (переднетеменное);
 б — асинклитическое вставление головки (заднетеменное).





В дальнейшем механизм родов такой же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки). Реже наблюдается более неблагоприятный задний — литцмановский асинклитизм (рис. 14, б) (заднетеменное вставление головки),

характеризующийся более глубоким вставлением заднетеменной кости. Иногда у новорожденного наблюдается вдавливание на кости головки вследствие длительного прижатия к мысу.

Механизм родов при простом плоском тазе. Головка вступает во вход так же, как при плоскорахитическом тазе. В дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания. Однако нередко внутренний поворот головки не происходит потому, что наряду с прямым размером входа в таз уменьшены прямые размеры полости и выхода таза. Головка плода достигает плоскости узкой части полости таза, иногда даже его дна, а сагиттальный шов находится в поперечном размере таза. Эта особенность механизма родов называется низким поперечным стоянием головки. В некоторых случаях головка плода на дне таза поворачивается затылком кпереди и рождается самостоятельно. Если поворот не произойдет, возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, асфиксия плода и др.), являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Внутренний поворот головки затылком кпереди совершается при переходе из широкой части полости в узкую, разгибание головки — в выходе таза. Иногда наблюдается косое асинклитическое вставление головки. Роды

при заднем виде затылочного предлежания плода способствуют развитию клинического несоответствия таза и головки.

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе. К началу родов головка плода находится в слегка согнутом положении над входом в таз — стреловидным швом над поперечным или одним из косых размеров. Фиксированная во входе головка в силу испытываемого ею давления со стороны матки начинает сгибание настолько, насколько это необходимо для вступления, а затем и прохождения через вход в таз. Первая особенность механизма родов при равномерносуженном тазе — это начало *выраженного сгибания головки во входе в таз* (рис. 17.15, а).

Опустившись в широкую часть полости малого таза и встретив здесь противодействие со стороны стенок таза, головка медленно продолжает свое поступательное и сгибательное движение, присоединяя к ним еще одно — вращательное.

Когда головка подходит к плоскости узкой части таза, она оказывается уже в выраженном согнутом положении; стреловидный шов ее находится в косом, а иногда даже почти в прямом размере узкой части полости малого таза. Здесь головка плода встречает препятствие со стороны наиболее узкой части таза. Это препятствие преодолевается благодаря дальнейшему сгибанию головки, совершающемуся при ее переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. Сгибание становится максимальным. При этом малый родничок занимает в полости таза центральное положение — находится на осевой линии таза. Этот признак, определяемый при влагалищном исследовании, весьма характерен для максимального сгибания головки. Благодаря такому сгибанию головка проходит через самое узкое место таза наименьшей своей окружностью, проходящей через малый косой размер.

Максимальное сгибание головки, происходящее при переходе головки из широкой части полости малого таза в узкую, составляет вторую особенность механизма родов при общеравномерносуженном тазе.

При значительном сужении таза даже такого выраженного сгибания головки оказывается недостаточно для преодоления суженного родового канала. Несоответствие между головкой плода и тазом компенсируется резкой конфигурацией головки, иногда настолько сильной, что она вытягивается в длину, в сторону малого родничка — образуется долихоцефалическая форма головки (рис. 15, б). Нередко головка плода, стоящая большим своим сегментом в широкой части полости малого таза или несколько выше, своим нижним полюсом находится в выходе и даже показывается из половой щели, что может привести к ошибочному заключению относительно высоты стояния головки в тазе.

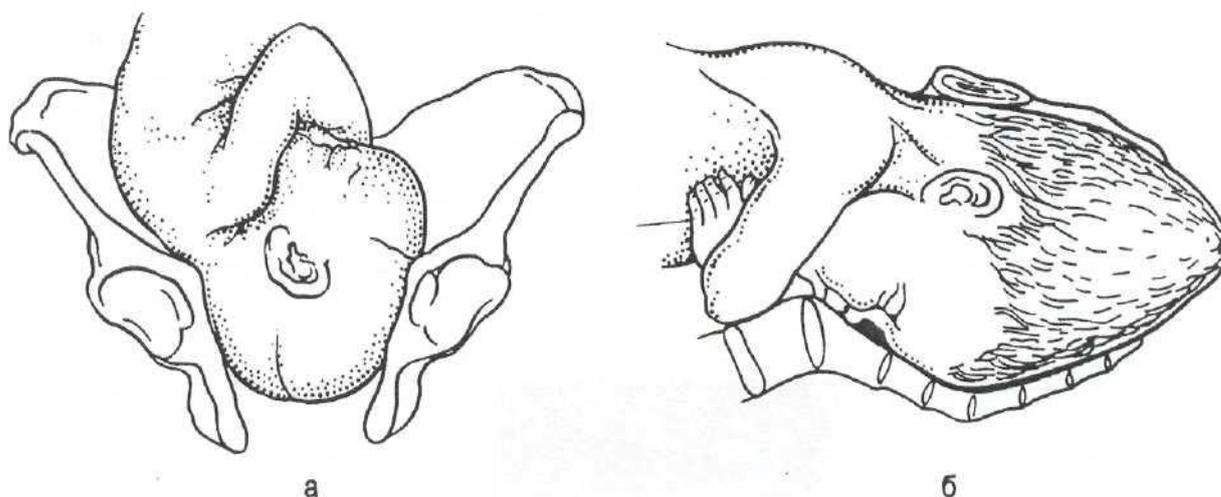


Рис. 15. Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.

а — сгибание головки во входе в малый таз; б — резкая конфигурация головки (долихоцефалическая головка).

Резкая *долихоцефалическая конфигурация головки* является третьей особенностью механизма родов при общеравномерносуженном тазе.

Подойдя к выходу таза со стреловидным швом в прямом его размере, головка начинает разгибаться, и в дальнейшем механизм родов протекает так же, как и при нормальном тазе.

Естественно, что сужение таза и необходимость добавочного движения головки — максимального сгибания и резкой ее конфигурации — требуют для прохождения головки больше времени, чем при нормальном тазе. Поэтому роды в целом и период изгнания в частности длительны. Этим объясняется возникновение большой родовой опухоли в области малого родничка, которая удлиняет и без того резко вытянутую долихоцефалическую головку плода.

Особенно неблагоприятно протекают роды при сочетании общеравномерносуженного таза с крупным плодом, с разгибательными вставлениями головки (переднеголовное, лицевое, лобное предлежание) и задним видом затылочного предлежания. В таких случаях головка плотно вколачивается в малый таз, и дальнейшее ее продвижение полностью прекращается, что требует оперативного окончания родов.

При тазовых предлежаниях, особенно при крупном плоде, может наблюдаться несоответствие между тазовым концом и размерами таза, но чаще осложнения возникают во время рождения последующей головки вследствие преждевременного разгибания ее и запрокидывания ручек. При значительном несоответствии между тазом и головкой выведение последующей головки оказывается иногда очень затрудненным, плод гибнет, и роды заканчиваются краниотомией. Но и в тех случаях, когда плод рождается живым, он нередко умирает вследствие внутричерепной травмы.

2. ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ. КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

2.1. Ведение родов

Издавна считалось, что ведение родов при узком тазе требует большого искусства от врача. В прошлом при узком тазе допускались "пробные роды" у первородящих, т.е., несмотря на сужение размеров таза и определенную

несоразмерность головки, пытались провести роды через естественные родовые пути. Нередко при этом наблюдались серьезные травмы как матери, так и ребенка.

В истории развития акушерства известны предложения преодолевать сопротивление таза с помощью акушерских щипцов, накладываемых на высоко стоящую головку. В последующем от этого отошли из-за чрезвычайно выраженного травматизма для матери и плода. Появилось даже образное выражение "щипцы для узкого таза, что кулак для глаза".

Некоторые авторы при вставившейся, или вклинившейся, в малый таз головке рекомендовали рассечение симфиза — симфизиотомию (пуботомия), что увеличивает размеры таза. Эта операция широкого распространения не имела.

В настоящее время тактика врача при ведении родов у пациенток с узким тазом изменилась, и самопроизвольные роды допускаются только тогда, когда, несмотря на уменьшение размеров таза, существенных препятствий для рождения головки он не представляет.

Оперативное родоразрешение при узком тазе может быть осуществлено в конце беременности до начала или с началом родовой деятельности.

Абсолютным показанием к кесареву сечению является анатомически узкий таз при сужении III—IV степени (встречается крайне редко); наличие экзостозов или костных опухолей в малом тазе, препятствующих прохождению плода; резкие деформации таза в результате перенесенной травмы; наличие при предыдущих родах разрывов лонного сочленения или других повреждений таза, мочеполовых и кишечно-половых свищей, обусловленных сужением таза.

При сужении таза I—II степени роды могут быть: а) нормальными;

б) затрудненными, но заканчивающимися благоприятно при оказании адекватной помощи; в) очень тяжелыми с опасными осложнениями для женщины и плода.

Течение родов при узком тазе зависит от следующих причин:

- степени-сужения таза;
- размеров головки плода;
- характера предлежания и вставления головки;
- способности головки к конфигурации;
- интенсивности (характера) родовой деятельности;
- готовности женского организма к родам ("зрелость" шейки матки);
- состояния плода.

При благоприятных сочетаниях указанных условий роды протекают нормально, особенно при I степени сужения таза.

В отсутствие таковых более целесообразным является кесарево сечение, которое производят в конце беременности или в начале родовой деятельности. Показанием к нему являются состояния, при которых возможно развитие слабости родовой деятельности или особенностей вставления головки плода, препятствующих ее прохождению через костное кольцо таза: 1) крупные размеры плода; 2) перенашивание беременности; 3) хроническая гипоксия плода; 4) тазовое предлежание; 5) аномалии развития половых органов; 6) рубец на матке после кесарева сечения и других операций; 7) указание на наличие в анамнезе бесплодия; 8) возраст первородящих старше 30 лет и т.д.

У беременных с узким тазом I и реже II степени сужения и небольших размерах плода роды начинают вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза. Только во время родов можно решить вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз в функциональном отношении узким или нормальным.

Во время родов систематически следят за функцией важнейших органов, характером родовых сил, состоянием плода, способностью головки плода к конфигурации, за механизмом вставления и продвижения головки, за состоянием родовых путей, особенно матки и ее нижнего сегмента,

расположением контракционного кольца. Тщательно следят за степенью соответствия объема головки плода и таза роженицы во время родов.

При ведении родов у рожениц с узким тазом определенное значение имеет ее положение. Для предупреждения раннего излития вод роженице не разрешают вставать, рекомендуют лежать на том боку, к которому обращены спинка и затылок плода. Подобное положение плода способствует опусканию затылка и сохранению околоплодных вод.

Раньше для предотвращения преждевременного разрыва плодного пузыря использовали кольпейринтер, вводимый во влагалище. В последующем от его применения отказались, поскольку он способствовал распространению инфекции.

В течение родов систематически производят обследование роженицы, через 2—3 ч измеряют температуру тела, особенно при раннем или преждевременном излитии вод, чтобы вовремя выявить развитие хориоамнионита. Регулярно проводят влагалищное исследование, которое обязательно после излития вод, чтобы "выяснить, не произошло ли выпадение пуповины или ручки. Одновременно уточняют вариант вставления головки.

Большое значение имеет и наблюдение за состоянием мочевого пузыря. Переполнение последнего и невозможность самопроизвольного опорожнения, часто наблюдающиеся в родах при узком тазе, не всегда зависят только от механического сдавления мочеиспускательного канала между головкой плода и лонным сочленением. Довольно часто это объясняется нарушением функции мочевого пузыря в результате расстройства иннервации, часто сопутствующего анатомическому состоянию нижнего сегмента матки. Естественно, что возможна и комбинация обеих этих причин. Переполненный мочевой пузырь должен быть опорожнен (в случае необходимости катетером). Это стимулирует родовую деятельность, способствует продвижению головки по родовому каналу и предупреждает в известной степени образование свищей. Задержка мочеиспускания может

явиться одним из признаков, указывающих на необходимость проведения кесарева сечения.

Состояние родовых сил. Во время родов тщательно следят за характером родовой деятельности: силой и частотой схваток. При развитии слабости или дискоординации родовой деятельности часто решается вопрос о кесаревом сечении.

Активация родовой деятельности допустима только в отсутствие несоразмерности между тазом и головкой. Поэтому перед тем как начать стимуляцию родовых сил, необходимо тщательно исследовать роженицу, чтобы исключить признаки несоразмерности.

Если при слабости родовой деятельности роженица утомлена, ей предоставляется медикаментозный отдых. После отдыха родовая деятельность может нормализоваться. При продолжающейся слабости родовых сил назначают средства, усиливающие сокращения матки. При узком тазе их применяют осторожно. Не рекомендуется родостимуляция с помощью мало-управляемых схем, при которых средства тономоторного действия вводятся подкожно, внутримышечно, чтобы не вызвать чрезмерной активности схваток и потуг, так как это может привести к разрыву матки, если продвижение головки затруднено.

При необходимости обезболивания родов применяют легко управляемые ингаляционные анестетики (закисно-кислородная смесь), электроаналгезию, эпидуральную анестезию.

Состояние и размеры плода. Путем систематических исследований роженицы (наружных и влагалищных) должно быть установлено положение плода, членорасположение (разгибание и боковое склонение головки), размеры, особенно головки, ее объем и плотность костей, характер вставления предлежащей части в таз, состояние сердечных тонов плода.

Для оценки общего состояния плода большое значение имеют результаты влагалищного исследования: плотность костей черепа, их подвижность относительно друг к другу, зависящая от ширины и

эластичности родничков и швов, степень захождения одной кости под другую, наличие родовой опухоли, ее месторасположение, положение большого сегмента в той или другой плоскости таза, срединное положение стреловидного шва или отклонение его к лону либо к мысу, стояние малого родничка по проводной оси таза или смещение в ту или иную сторону от нее. Все это указывает, правильно ли совершается механизм родов, в какой степени и как преодолевает головка препятствие со стороны родового канала, как последний влияет на плод. Резкая конфигурация головки способствует ее продвижению вперед и выгодна для матери — уменьшается опасность повреждения родовых путей, но она безразлична для плода, так как усиливает опасность внутричерепной травмы.

Чрезвычайно важным является своевременная диагностика ранних признаков гипоксии плода, определяемых при мониторинге наблюдении за его сердцебиением (кардиотокография).

Если не осуществляется кардиомониторное наблюдение за состоянием плода, то выслушивать сердцебиение как в первом, так и, особенно, во втором периоде родов следует как можно чаще: через каждые 15 мин в первом периоде и после каждой потуги во втором.

При выявлении признаков гипоксии в первом периоде целесообразно роды закончить кесаревым сечением, во втором периоде — в зависимости от расположения головки плода — наложением акушерских щипцов, вакуумэкстракцией (вынужденные операции). Для ускорения рождения плода необходима перинео- или эпизиотомия.

Состояние родовых путей. Состояние твердых родовых путей определяют путем наружного осмотра, измерений таза (наружный и внутренний), и влажными обследованием стенок родового канала.

В родах можно несколько увеличить истинную конъюгату, изменяя угол наклона таза. Истинную конъюгату удлиняет вальхеровское положение: роженицу укладывают на край родильной кровати таким образом, чтобы ноги свободно свисали вниз. В указанном положении ноги

оттягивают переднюю стенку таза книзу, в результате чего верхний край симфиза удаляется от мыса. В настоящее время это положение практически не применяется.

При заднем асинклитизме выгодно приподнять вершину крестца вверх, притягивая бедра роженицы к животу или подкладывая под крестец подушку. Этим достигается уменьшение угла наклона таза, способствующее исправлению патологического асинклитизма. При переднетеменном асинклитизме, напротив, выгодно опустить крестец вниз. Для этого под поясницу подкладывают валик.

Состояние мягких родовых путей в родах при узком тазе имеет большое значение и должно находиться под тщательным наблюдением. Во всех случаях, когда может быть заподозрено ущемление мягких тканей между головкой плода и стенками таза, немедленно следует произвести влагалищное исследование для выяснения действительного положения и принятия мер к устранению выявленных осложнений. На начавшееся ущемление мягких тканей может указывать переполнение мочевого пузыря вследствие невозможности самопроизвольного его опорожнения при долгом стоянии головки в одной и той же плоскости таза, особенно при входе и выходе, а также отечность половых органов, в первую очередь шейки матки.

Если обнаружена отечная губа шейки матки, последняя должна быть запроважена за головку, что можно произвести без особых затруднений, если маточный зев раскрыт на 8 см и более, а головка плода располагается малым сегментом во входе в таз или ниже.

Значительный отек наружных половых органов, появление кровяных выделений из влагалища, моча, окрашенная кровью, перерастяжение (истончение и болезненность) нижнего сегмента матки и гипоксия плода обычно указывают на далеко зашедшее ущемление тканей. В таких случаях необходимо немедленное родоразрешение, хотя эта помощь может оказаться запоздалой и не всегда предотвращает тяжелую родовую травму - мочеполовые и кишечно-половые свищи, трещины и разрывы матки и др.

Особое внимание уделяется состоянию матки, в первую очередь состоянию ее нижнего сегмента и расположению контракционного кольца.

Болезненность или значительное истончение нижнего сегмента, высокое и косое расположение пограничной борозды, несимметричность толщины и направления круглых маточных связок, болезненность последних свидетельствуют о перерастяжении нижнего сегмента — опаснейшего осложнения родов при узком тазе. В таких случаях необходимо дать роженице глубокий наркоз и родоразрешить ее оперативно.

Серьезным осложнением родов при узком тазе является инфицирование родовых путей. Об этом можно судить по характерным (гнойным) выделениям из влагалища и необычному запаху подтекающих околоплодных вод. Повышение температуры тела, учащение пульса, общее недомогание и другие признаки инфекции появляются позднее. При появлении первых же признаков инфицирования родовых путей следует назначить антибактериальные препараты.

Степень соответствия (соразмерности) объема головки плода и таза роженицы. Несмотря на то, что головка плода отличается хорошо выраженной способностью конфигурироваться, т.е. принимать форму, соответствующую форме родового канала, а таз обладает определенной податливостью по отношению к давящей изнутри на его стенки головке плода, анатомическое их соответствие друг другу имеет большое значение для правильного течения родов. Как конфигурационная способность головки, так и растяжимость сочленений таза в состоянии привести в соответствие лишь нерезко выраженные различия между объемом головки и емкостью малого таза. Если головка плода чрезмерно велика для данного таза или способность ее к конфигурации выражена незначительно, то даже энергичная продолжительная родовая деятельность может оказаться недостаточной для преодоления головкой препятствий со стороны суженного родового канала. Поэтому своевременное распознавание степени соответствия головки плода входу в таз является чрезвычайно существенным условием правильного

ведения родов. Это своевременное распознавание становится возможным после излития околоплодных вод и при хорошо выраженной родовой деятельности.

О соответствии таза и головки позволяют судить признаки Цангмейстера, Вастена.

Цангмейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения и сопоставления размеров наружной конъюгаты и расстояния от надкрестцовой ямки до передней поверхности головки. Измерение производят тазомером в положении роженицы на боку. При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата на 2—3 см больше, чем расстояние от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит, размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии определенного несоответствия между размерами таза и головкой; в этом случае прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена (рис. 16) определяется при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз. Исследующий располагает ладонь на поверхности симфиза и скользит ею кверху, на область предлежащей головки. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, значит, имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный) и роды самостоятельно закончиться не могут. При явном несоответствии размеров таза и головки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (при мертвом плоде — краниотомия или другие плодоразрушающие операции).

При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двойким: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, то роды заканчиваются

самостоятельно; при слабой родовой деятельности, крупной и плотной головке, аномалиях положения и вставления роды самостоятельно закончиться не могут.

При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза (признак Вастена отрицательный), роды обычно заканчиваются самостоятельно.

Следует подчеркнуть, что положительный или отрицательный признак Вастена зависит от особенностей вставления головки. Так, при заднем асинклитизме признак Вастена обычно положительный, тогда как при переднем асинклитизме или заднем виде затылочного предлежания — отрицательный.

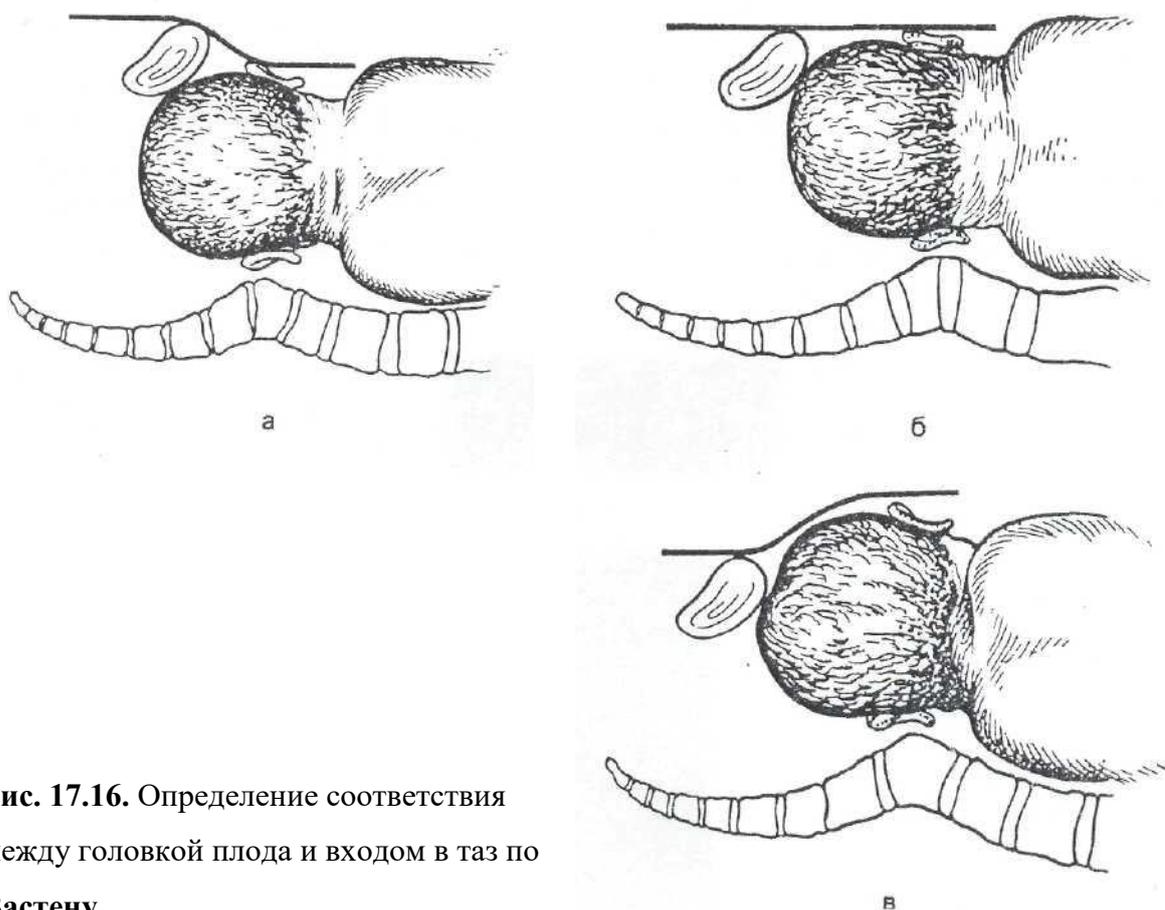


Рис. 17.16. Определение соответствия между головкой плода и входом в таз по Вастену.

а — признак **Вастена** отрицательный;

б — признак Вастена слабopоложительный ("вровень"¹¹);

в — признак Вастена положительный.

Осложнения в родах при узком тазе могут наблюдаться и после того, как головка опустилась в полость таза или даже установилась в выходе. Поэтому во втором периоде родов необходимо следить за продвижением головки и своевременным началом потуг, которые возможны только при опускании головки плода на тазовое дно. Осложнениями второго периода обычно являются вторичная слабость родовых сил, долгое стояние головки в узкой части таза, внутриутробная гипоксия плода. В таких ситуациях при наличии соответствующих условий роды лучше всего закончить наложением акушерских щипцов или вакуумэкстракцией плода, хотя это очень травматично для матери и особенно для плода. Если плод погибает, то производят перфорацию головки с последующей краниоклазией.

В конце периода изгнания часто производят срединно-латеральную эпи-зиотомию или перинеотомию с целью уменьшения травматизма плода.

При анатомически узком тазе возможны затруднения во время рождения не только головки, но и плечевого пояса (дистоция плечиков).

Особого внимания заслуживает ведение послеродового и раннего послеродового периода, когда может наблюдаться гипотоническое кровотечение. Для профилактики этого опасного осложнения применяют метилэргометрин (1 мл с 20 мл 40 % раствора глюкозы) или сочетание метилэргометрина с окситоцином (по 0,5 или 1,0 мл в равной пропорции) — внутривенно сразу после рождения плода.

В послеродовом периоде необходимо тщательно следить за инволюцией матки и при необходимости усиливать ее сокращение. Особое внимание уделяют состоянию лонного, крестцово-подвздошного сочленений, некоторое расхождение которых возможно при клинически узком тазе.

2.2. Клинически узкий таз

Если анатомически узкий таз не всегда приводит к несоразмерности таза роженицы и головки плода, то понятие "клинически узкий таз" всегда отражает ту или иную степень несоответствия плода и таза матери.

Диагноз клинически узкого таза устанавливают только в родах по совокупности признаков, позволяющих выявить несоразмерность (диспропорцию) таза и головки.

Основные причины клинически узкого таза:

- 1) анатомическое сужение или аномальные формы костного кольца малого таза;
- 2) крупные размеры плода;
- 3) асинклитические вставления (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва), разгибательные предлежания головки (лобное, передний вид лицевого предлежания);
- 4) отсутствие достаточной конфигурации головки при перенесенной беременности.

Основными признаками клинически узкого таза являются: 1) отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз с началом родовой деятельности; 2) нарушение сократительной деятельности матки (слабость или дискоординация родовой деятельности); 3) несвоевременное излитие околоплодных вод; 4) нарушение синхронности процесса открытия шейки матки и одновременного продвижения плода; 5) отсутствие или резкое замедление продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки; 6) выраженная конфигурация головки, образование родовой опухоли; 7) затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания; 8) отек шейки матки, создающий ложное впечатление неполного раскрытия ее (отечная шейка не смещается за головку при полном открытии и свисает во влагалище); 9) затяжное течение родов и появление признаков гипоксии плода.

При несоответствии таза роженицы и головки плода особенно опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление в моче признаков крови, растяжение нижнего сегмента матки (высокое стояние контракционного кольца), наличие произвольных безрезультативных потуг, повышение температуры тела и учащение пульса. При наличии перечисленных признаков следует немедленно закончить роды! Как правило, производят кесарево сечение, а при мертвом плоде — плодоразрушающую операцию.

Р.И.Калганова (1965) предложила классификацию клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между размером таза роженицы и головки плода и выделила три степени несоответствия.

Степень I (относительное несоответствие), для которой характерны:

- 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- 2) хорошая конфигурация головки плода.

Степень II (значительное несоответствие), для которой характерны:

- 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- 2) резко выраженная конфигурация головки плода;
- 3) длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- 4) наличие признака Вастена вровень;
- 5) симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче).

Степень III (абсолютное несоответствие), для которой характерны:

- 1) особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несоответственный для данной формы анатомически узкого таза;
- 2) выраженная конфигурация головки или отсутствие

конфигурационной способности головки, особенно, переносимого плода;

- 3) положительный признак Вастена;
- 4) выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря;
- 5) преждевременное появление произвольных неэффективных потуг;
- 6) отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- 7) симптомы угрожающего разрыва матки.

Степени II и III клинического несоответствия размеров таза и головки должны являться показанием к кесареву сечению.

Особенности вставления головки и механизм родов, свойственный имеющейся форме сужения таза, при энергичной родовой деятельности способствуют благоприятному исходу родов, а поэтому при I степени несоответствия роды протекают через естественные родовые пути.

Вопрос о степени несоответствия между тазом и головкой плода и методе родоразрешения следует решать в периоде раскрытия шейки матки. Существовавшее ранее мнение о необходимости проведения функциональной оценки таза во втором периоде родов (при полном открытии шейки матки) в течение 2 ч у первородящих и 1 ч — у повторнородящих в настоящее время считается неправильным.

При ведении родов у рожениц с узким тазом нельзя упустить благоприятный момент для производства кесарева сечения, иначе можно попасть в крайне тяжелое положение, поскольку во время операции будет очень затруднительным выведение головки, плотно вколотившейся в таз. Это обычно бывает связано с риском тяжелой внутричерепной травмы у ребенка.

Врач, ведущий роды у роженицы с узким тазом, должен своевременно отказаться от консервативной тактики в пользу кесарева сечения. При этом следует оперировать не по показаниям "угрозы разрыва матки", что

свидетельствует о запоздалой диагностике, а по показаниям "клинически узкого таза".

При длительном выжидании возможно развитие эндомиометрита и как следствие перитонита после несвоевременно проведенного кесарева сечения.

Новорожденные при узком тазе относятся к группе высокого риска. У родившегося плода отмечается значительная конфигурация головки, большая родовая опухоль; у них часто наблюдаются асфиксия при рождении, нарушение мозгового кровообращения, кефалогематомы, реже кровоизлияния в мозг, травмы костей черепа и др. При рождении туловища может быть перелом ключицы и (реже) ручки плода, повреждение шейного отдела позвоночника. Новорожденным при необходимости должна быть оказана квалифицированная реанимационная помощь, а в дальнейшем интенсивное наблюдение и соответствующее обследование и лечение. У всех детей, родившихся от матерей с узким тазом, необходимо производить нейросонографию для выявления интранатальных повреждений мозга.

Рациональное ведение родов при узком тазе позволяет предотвратить такие грозные осложнения, как разрыв матки, мочеполовые и кишечные свищи, разрывы и расхождения лонного и крестцово-подвздошного сочленения, а также материнскую смертность.

Расширение показаний к кесареву сечению при узком тазе позволило значительно снизить перинатальную смертность, асфиксию и травмы плода.

- I. Вопросы темы, предлагаемые для освещения на лекции:
1. Понятие анатомически и клинически узкого таза.
 2. Классификация.
 3. Характеристика часто встречающихся форм тазов.
 4. Диагностика узких тазов.
 5. Ведение беременности и родов при различных формах узких тазов.
 6. Осложнения при узких тазах. Показания к оперативному родоразрешению.

(Текст лекции)

- II. Перечень наглядных пособий, средств ТСО, используемых на лекции.
1. Таблицы.
 2. Муляжи.
- III. Вопросы темы, предлагаемые для разбора на практических занятиях.
1. Определение анатомически и клинически узкого таза.
 2. Классификация узких тазов по форме и степени сужения.
 3. Характеристика часто и редко встречающихся форм узких тазов.
 4. Причины узких тазов.
 5. Диагностика узких тазов.
 6. Особенности течения и ведения беременности при узких тазах.
 7. Биомеханизмы родов при поперечно-суженном, общеравномерносуженном и плоских тазах.
 8. Особенности клинического течения родов через естественные родовые пути при узких тазах. Функциональные пробы.
 9. Клинически узких таз, его характеристика.
 10. Осложнения при узких тазах для матери и плода.
 11. Показания к кесареву сечению.

IV. Формы наглядных пособий, средств ТСО, используемых на практическом занятии.

1. Таблицы.
2. Муляжи.
3. Фантом.
4. Кукла.

V. Формы контроля, используемые для определения готовности студентов к занятию и для последующего закрепления знаний.

1. Тестовый контроль исходного уровня знаний (тесты I и II уровня).
2. Курация беременных с узким тазом.
3. Обсуждение темы занятия.
4. Решение ситуационных задач (тесты I и II уровня).

VI. Вопросы темы, предлагаемые студентам для самостоятельного изучения.

1. Профилактика узких тазов.
2. Роль женской консультации в профилактике осложнений при узком тазе.

VII. Литература.

Обязательная:

1. Савельева Г.М. и соавт. Москва, 2006.
2. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. - Санкт-Петербург, 1998.

Дополнительная:

1. Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии под редакцией проф. Цвелева Ю.В. - Санкт-Петербург, 2004.

Содержание:

Майсурадзе Л.В.

Причины наступления родов. Физиология родового акта.....3

Майсурадзе Л.В.

Диагностика беременности.....24

Кабулова И.В. Майсурадзе Л.В.

Организация работы женской консультации. Диспансерное наблюдение беременных.....51

Арсагова Н.С.

Аборты. Пузырный занос. Хорионкарцинома.....80

Кабулова И.В.

Беременность и роды при тазовых предлежаниях плода.....100

Попова Л.С.

Неправильные положения плода акушерский. Акушерский поворот.....123

Попова Л.С.

Токсикозы I половины беременности.....158

Попова Л.С.

Гестозы беременных. Преэклампсия. Эклампсия.....167

Попова Л.С.

Акушерские щипцы.....201

Майсурадзе Л.В.

Послеродовые гнойно-септические заболевания.....218

Майсурадзе Л.В., Кабулова И.В.

Современные методы контрацепции.....244

Майсурадзе Л.В.

Невынашивание и перенашивание беременности.....257

Попова Л.С.

Узкий таз.....158